



**Facultad de Psicología**  
**Maestría en Psicología Clínica**



**Perfil de población de riesgo de Trastorno Límite de Personalidad en Uruguay. Cuando lo inestable se comporta como estable.**

**Fernanda Gabriela Sosa Rodríguez**

**CI: 4.535.605-2**

**Uruguay, Montevideo.**

**Febrero 2020.**

**Director de tesis: Prof. Adj. Hugo Selma**

**Directora académica: Prof. Adj. Mercedes Couso**

***Dedicada a Juan Carlos Sosa y Ana María Sosa.***

## **Resumen**

El trastorno límite de la personalidad es altamente prevalente e influye en el funcionamiento social del individuo, definido por un patrón de inestabilidad emocional, distorsión en la autoimagen y en las relaciones sociales, sentimientos de vacío y una alta impulsividad, que conlleva a conductas auto-destructivas (López-Ibor et al., 2002).

El diseño de investigación es transeccional correlacional-causal (Hernández Sampieri et al., 2010), realizando un muestreo representativo nacional de residentes en Uruguay mayores de edad, de 1961 sujetos. Se utilizan los siguientes instrumentos: cuestionario sociodemográfico ad-hoc, INSE (CINVE, 2012), SA-45 (Sandín et al., 2008), NEO-FFI (Costa & McCrae, 2008), ZKPQ-50-CC (Póo et al., 2013) y TCI-140 (C. R. Cloninger et al., 1994). Se utiliza el TCI-140 para definir la sub-muestra con riesgo de padecer TLP (grupo clínico), y se analiza el perfil de dicho grupo clínico con respecto a las variables: edad, sexo, rasgos de personalidad, lugar de residencia y crianza, nivel socio-económico y síntomas psicopatológicos. Se obtiene una prevalencia de población con riesgo de padecer TLP del 2,2 %. Se exponen solo los resultados con significación estadística. No se halló relación entre el riesgo de TLP y las variables sexo, edad, lugar de crianza y lugar de residencia. En el grupo clínico se observó un menor nivel socioeconómico, mayores puntuaciones en todas las dimensiones psicopatológicas evaluadas, excepto Síntomas Fóbicos (SA-45), y diferencias en función de género: en mujeres, puntuaciones más altas en Evitación del Daño, Cooperación (TCI-140), Sensitividad Interpersonal y Síntomas Somáticos (SA-45).

Palabras claves: Personalidad, Psicopatología, Trastorno límite de la personalidad.

## **Abstract**

Borderline personality disorder is highly prevalent and influences the social functioning of individuals, defined by a pattern of emotional instability, distortion in self-image and social relationships, feelings of emptiness and high impulsivity, which leads to self-destructive behaviors (López-Ibor et al., 2002).

This is a transectional correlational-causal research design (Hernández Sampieri et al., 2010), carrying out a nationwide representative sample of residents of Uruguay of legal age, of 1961 subjects. Following instruments were used: ad-hoc sociodemographic questionnaire, INSE (CINVE, 2012), SA-45 (Sandín et al., 2008), NEO-FFI (Costa & McCrae, 2008), ZKPQ-50-CC (Póo et al., 2013) and TCI-140 (C. R. Cloninger et al., 1994). TCI-140 was used to define the subsample at risk of developing BPD (clinical group), and profile of that clinical group is analyzed regarding to: age, sex, personality traits, place of residence and parenting, socioeconomic status and psychopathological symptoms. Prevalence of population with risk of BPD was 2.2%. Only results with

statistical significance are presented. Clinical group showed a lower socioeconomic level, higher scores in all psychopathological dimensions, except Phobic Symptoms (SA-45), and gender differences were observed: in women, higher scores of Harm Avoidance, Cooperation (TCI-140), Interpersonal Sensitivity and Somatic Symptoms (SA-45).

Keywords: Personality, Psychopathology, Borderline Personality Disorder.

## ÍNDICE:

I. Introducción .....	8
A. Fundamentación.....	10
B. Marco Teórico.....	12
1. Personalidad.....	12
a) Modelos factoriales de la personalidad.....	14
(1) Modelo de los Cinco Grandes.....	16
(2) Modelo de los Cinco Factores Alternativos de Zuckerman.....	17
(3) Modelo de Personalidad de Cloninger.....	18
C. Psicopatología.....	24
1. Trastornos de la personalidad.....	25
a) Trastorno Límitrofe de la Personalidad .....	26
(1) Definición.....	26
(2) Características .....	35
(3) Tratamientos Eficaces para el Trastorno Límitrofe de la Personalidad.....	37
(a) Terapia dialéctico conductual.....	38
(b) Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas.....	38
(c) Terapia basada en la mentalización .....	40
2. Modelos psicopatológicos dimensionales .....	40
a) Modelo psicopatológico de Derogatis .....	41
D. Nivel Socioeconómico.....	42
II. Antecedentes.....	43
A. Modelo de Personalidad de Cloninger y Trastornos de la Personalidad.....	43
B. TLP y sexo, edad, lugar de residencia y crianza, nivel socioeconómico y síntomas psicopatológicos .....	52
III. Objetivos .....	54
IV. Metodología .....	55
A. Diseño de investigación .....	55
B. Participantes.....	55
C. Instrumentos.....	56
D. Procedimiento.....	57
E. Análisis de Datos .....	58
F. Consideraciones éticas .....	59
V. Resultados.....	59
A. Respecto al Objetivo específico 1: Conocer la prevalencia de riesgos de padecer TLP a nivel de toda la población uruguaya mayor a 18 años .....	59

<b>B. Respetto al Objetivo específico 2: Cuantificar la prevalencia de población de riesgo de TLP en cuanto al sexo y edad, y analizar la relación entre dichas variables.....</b>	<b>62</b>
<b>C. Respetto al Objetivo específico 3: Analizar la relación entre los rasgos de personalidad y el riesgo de TLP, y la relación entre los rasgos de personalidad y el sexo en el grupo clínico.....</b>	<b>66</b>
<b>D. Respetto al Objetivo específico 4: Determinar si el nivel socioeconómico se relaciona con el riesgo de padecer trastorno limítrofe de la personalidad en dicha población.....</b>	<b>71</b>
<b>E. En relación al Objetivo Específico 5: Analizar la prevalencia de la población de riesgo en función del lugar de crianza y lugar de residencia, y establecer si existe una relación entre dichas variables.....</b>	<b>73</b>
<b>F. En relación al Objetivo Específico 6: Evaluar la sintomatología psicopatológica presente en dicha subpoblación y valorar si presenta diferencias con el resto de la población uruguaya mayor de 18 años.....</b>	<b>76</b>
<b>G. En relación al Objetivo Específico 7: Determinar si existen diferencias en la sintomatología psicopatológica de la población con riesgo de TLP en función del sexo.....</b>	<b>78</b>
<b>VI. Discusión.....</b>	<b>81</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>87</b>
<b>VII. Anexo 1.....</b>	<b>108</b>
<b>VIII. Anexo 2.....</b>	<b>109</b>

## Índice de tablas

Tabla 1 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en hombres de 18 a 24 años.....	60
Tabla 2 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en hombres de 25 a 30 años.....	60
Tabla 3 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en hombres de 31 a 45 años.....	60
Tabla 4 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en hombres de 46 a 60 años.....	60
Tabla 5 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en hombres de 61 y más años.....	61
Tabla 6 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en mujeres de 18 a 24 años.....	61
Tabla 7 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en mujeres de 25 a 30 años.....	61
Tabla 8 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en mujeres de 31 a 45 años.....	61
Tabla 9 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en mujeres de 46 a 60 años.....	62
Tabla 10 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en mujeres de 61 y más años.....	62
Tabla 11 - Frecuencias y porcentajes en función de grupo y sexo.....	63
Tabla 12 - Prueba exacta de Fisher: variables grupo y sexo.....	64
Tabla 13 - Media y desviación estándar de la variable edad en función del grupo.....	65
Tabla 14 - Prueba de normalidad en grupo clínico (1).....	65
Tabla 15 - Prueba de normalidad en el grupo no clínico (0).....	66
Tabla 16 - Prueba U de Mann-Whitney respecto a la variable edad en función del grupo.....	66
Tabla 17 - Medias y desviaciones típicas de las dimensiones del TCI-140 en función de grupo y sexo.....	67
Tabla 18 - Media y desviaciones típicas de las dimensiones del TCI-140 para los grupos 0 y 1.....	67
Tabla 19 - Prueba de normalidad de TCI-RD, TCI-PS y TCI-ST en grupo clínico.....	68
Tabla 20 - Prueba de normalidad de TCI-RD, TCI-PS y TCI-ST en grupo no clínico.....	68
Tabla 21 - Prueba U de Mann-Whitney respecto a las variables TCI-RD, TCI-PS y TCI-ST en función del grupo....	68
Tabla 22 - Medias y desviaciones típicas de las dimensiones del TCI-140 en función de sexo en el grupo clínico..	69
Tabla 23 - Prueba de normalidad de las dimensiones del TCI-140 en el grupo clínico.....	69
Tabla 24 - Prueba t de Student de TCI-RD, TCI-PS, TCI-SD y TCI-ST en función de sexo en el grupo clínico.....	70
Tabla 25 - Prueba U de Mann-Whitney de TCI-NS, TCI-HA y TCI-C en función de sexo en el grupo clínico.....	71
Tabla 26 - Medias y desviaciones típicas del INSE en función del grupo.....	71
Tabla 27 - Prueba de normalidad del INSE en el grupo clínico.....	72
Tabla 28 - Prueba de normalidad del INSE en el grupo no clínico.....	72
Tabla 29 - Prueba U de Mann-Whitney para INSE en función del grupo.....	73
Tabla 30 - Frecuencias y porcentajes del lugar de crianza en la niñez en función de grupo.....	73
Tabla 31 - Prueba exacta de Fisher entre las variables "lugar de crianza niñez" y grupo.....	74
Tabla 32 - Frecuencias y porcentajes del lugar de crianza en la adolescencia en función de grupo.....	74
Tabla 33 - Prueba exacta de Fisher entre las variables "lugar de crianza adolescencia" y grupo.....	75
Tabla 34 - Frecuencias y porcentajes del lugar de residencia actual en función de grupo.....	75
Tabla 35 - Prueba exacta de Fisher entre las variables "lugar de residencia actual" y grupo.....	76
Tabla 36 - Medias y desviaciones típicas de las dimensiones del SA-45 en función del grupo.....	76
Tabla 37 - Pruebas de normalidad de las dimensiones del SA-45 en el grupo no clínico.....	77
Tabla 38 - Pruebas de normalidad de las dimensiones del SA-45 en el grupo clínico (1).....	77
Tabla 39 - Prueba U de Mann-Whitney de las dimensiones del SA-45 en función del grupo.....	78
Tabla 40 - Medias y desviaciones típicas de las dimensiones del SA-45 en función del sexo, en el grupo clínico....	79
Tabla 41 - Pruebas de normalidad de las dimensiones del SA-45 en mujeres y hombres del grupo clínico (1).....	79
Tabla 42 - Prueba t de Student de SA-DEP, SA-SIN, SA-ANS, SA-OBS y SA-PAR en función de sexo en el grupo clínico.....	80

Tabla 43 - Prueba U de Mann-Whitney de SA-HOS, SA-SOM, SA-PSI y SA-FOB en función de sexo en el grupo clínico.....	81
--	----

## Índice de figuras

Figura 1 - Modelo de personalidad de los "Cinco Grandes" .....	16
Figura 2 - Modelo de personalidad de los "cinco grandes alternativos".....	18
Figura 3 - Modelo de personalidad tridimensional de Cloninger .....	19
Figura 4 - Diferencias clave entre temperamento (aprendizaje asociativo o procedural) y carácter (aprendizaje semántico o conceptual).....	22
Figura 5 - Dimensiones de temperamento y carácter del modelo de Cloninger.....	23
Figura 6 - Criterios diagnósticos del TLP en el DSM-IV-TR.....	27
Figura 7 - Criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad en el DSM-5.....	28
Figura 8 - Criterios diagnósticos del TLP en el DSM-5.....	29
Figura 9 - Dominios y facetas para la evaluación de los trastornos de personalidad en el DSM-5.....	31
Figura 10 - Criterios diagnósticos para la evaluación dimensional del TLP en el DSM-5.....	34
Figura 11 - Esquemas precoces desadaptativos por dominio.....	39
Figura 12 - Perfiles de Temperamento en Trastornos de Personalidad .....	44
Figura 13 - Evidencia Empírica sobre Perfiles de Temperamento y Carácter en Trastornos de Personalidad.....	45
Figura 14 – Teoría y Evidencia Empírica sobre Perfiles de Temperamento y Carácter en Trastorno de Personalidad Límite.....	51

## Índice de ilustraciones

Ilustración 1 - Mapa de la distribución de la muestra.....	56
--	----

## Acrónimos

TLP Trastorno límite de la Personalidad

TCI-HA Evitación del daño

TCI-NS Búsqueda de novedad

TCI-RD Dependencia de la recompensa

TCI-P Persistencia

TCI-SD autodirección

TCI-C cooperación

TCI-ST Autotrascendencia

SA-DEP Depresión

SA-HOST hostilidad

SA-SIN Sensibilidad Interpersonal

SA-SO Somatización

SA-ANS Ansiedad

SA-PSI Psicoticismo

SA-OB Obsesión Compulsión

SA-FOB Ansiedad Fóbica

SA-PAR Ideación Paranoide

INSE Índice de Nivel Socioeconómico

LAIS Lesiones Autoinfligidas



## I. Introducción

Dentro del estudio de las ciencias humanas indagar en la personalidad ha sido una de las temáticas más complejas e intrigantes a investigar, tanto en el rango de la personalidad normal como patológica (Bermúdez-Moreno et al., 2012; S. C. Cloninger, 2013; Dumont, 2010). Este estudio se enfoca particularmente en los trastornos limítrofes de la personalidad. Como se expone en el título, se puede considerar al TLP como un trastorno que es estable respecto a un patrón en el que se repite constantemente la inestabilidad. Como trastorno de personalidad, presenta un curso de la enfermedad con una alta cronicidad y estabilidad respecto a: inestabilidad emocional, en las relaciones interpersonales (pareja amistades, familia, trabajo o lugar de estudio), tipos de síntomas presentes, repetición de patrones conductuales y cognitivos (como lo es la idealización y luego desvalorización del otro), inestabilidad en la autoimagen, sentimientos de vacío y temor al abandono, accionado en conductas de auto o hetero agresividad (López-Ibor et al., 2002). El tipo de síntomas, el patrón de funcionamiento social-interpersonal, y la prevalencia del trastorno, lo han convertido en uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Este perfil de pacientes son los segundos que más utilizan los servicios de salud mental (sólo por detrás de los trastornos esquizofrénicos), con multitud de ingresos por cortes, lesiones e IAE, entre otros motivos (American Psychiatric Association, 2001). El suicidio, tema que podría considerarse de “emergencia sanitaria nacional” (Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, 2015; Correa, 2015; Garay & Vázquez, 2015), se encuentra íntimamente relacionado a la salud mental, con una proporción de aproximadamente un 90% de suicidios consumados que se dan en personas que padecen algún trastorno mental (principalmente depresión, trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, abuso de sustancias, etc) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2011). En este contexto, se estima que entre un 8 y 10% de suicidios consumados se presentan en personas que padecen TLP (American Psychiatric Association, 2001).

Uno de los problemas asociados frecuentemente al TLP, como una característica destacable del mismo, es la dificultad que genera a nivel de los sistemas de atención sanitaria para su diagnóstico. Dada la heterogeneidad de presentaciones y síntomas, y su alta comorbilidad, se calcula que un paciente con TLP “demora” unos 9 años y medio en mujeres y unos 6 años y medio en hombres, este y otros problemas llevan a que sea un trastorno altamente infradiagnosticado (Rubio & Pérez-Urdániz, 2003), particularmente en hombres . Ello acarrea consecuencias que significativas, en una condición clínica con síntomas que pueden ser de extrema gravedad (López-Ibor et al., 2002). Entre dichas consecuencias, se hizo mención ya a la relación entre TLP e IAE y suicidios consumados. También, presentan numerosos ingresos hospitalarios (un 10% de consultas en centros hospitalarios y un 15-20% de pacientes ingresados) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2011), y altas probabilidades de terminar en el sistema penitenciario, particularmente en hombres (entre el 25 y 50% de población carcelaria) (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011).

El diagnóstico precoz es, por ende, un tema fundamental a la hora de abordar estas condiciones clínicas, como un paso previo indispensable para poder brindar tratamientos oportunos y eficaces. Para ello, se han desarrollado multitud de instrumentos, tests, escalas, de diverso tipo (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011). La mayor parte de ellos, enfocan el TLP desde la perspectiva psicopatológica (síntomas o aspectos disfuncionales) (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011), lo cual puede facilitar en parte el sub-diagnóstico, particularmente en población masculina -más proclive a minimizar, negar o no ser consciente de sus síntomas, o a ocultarlos por razones culturales- (Busch et al., 2016; Grant et al., 2008; Sansone & Sansone, 2011).

Por ello, resultan particularmente interesantes los métodos de acercamiento a este trastorno, que evalúan el mismo dentro del rango de normalidad-patología de manera más amplia. Particularmente, los modelos de personalidad dimensionales del “Big Five” (Costa & McCrae, 2008) y el modelo psicobiológico de Cloninger (Svrakic & Cloninger, 2010a) aportan un acercamiento a dichos perfiles a partir de tests (el NEO y el TCI) que evalúan rasgos de personalidad comunes, y no solamente síntomas o aspectos disfuncionales (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011).

En el caso del primero, si bien es un modelo que no estuvo pensado inicialmente para evaluar patología, ni presenta indicadores específicos que permitan discriminar el TLP de manera específica, muestra indicadores estrechamente relacionados a determinados aspectos funcionales del TLP (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011), y ha sido inspiración para el modelo dimensional alternativo de los trastornos de personalidad del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014, p.; Esbec & Echeburúa, 2011).

En el caso del segundo, propone un método específico para el diagnóstico del TLP, en base a ciertos criterios o puntos de corte tomados desde los puntajes obtenidos en el test TCI (en sus distintas versiones) (C. R. Cloninger et al., 1994; Meares, 2014; Svrakic & Cloninger, 2010a). Dicho método presenta una sensibilidad y especificidad adecuadas para la detección de “riesgo de TLP” (C. R. Cloninger et al., 1994; Meares, 2014), si bien no podría ser indicado como un método de “regla de oro” para su diagnóstico (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011). No obstante esto último, un acercamiento con preguntas “no patológicas” al diagnóstico del TLP, podría permitir la minimización del sesgo de respuesta que parece influir en el sub-diagnóstico del TLP, particularmente en población masculina (tal como se señaló anteriormente).

## A. Fundamentación

Este estudio deriva del Proyecto de Investigación “Personalidad y Psicopatología: Evaluación en población uruguaya a través del SCL-90-R y las adaptaciones de las versiones cortas del TCI-R, ZKPQ y NEO-PI” (Selma, s. f.). Dicho proyecto, financiado por CSIC (Unidad de Comunicación Institucional (FP-UdelaR), s. f.), busca adaptar y validar los test mencionados en nuestro país y estudiar las relaciones entre las variables estudiadas. En dicho marco, se tomó una muestra representativa nacional de residentes en Uruguay mayores de 18 años, tomando datos sociodemográficos y evaluando los rasgos de personalidad que miden los tests NEO-FFI, TCI-140 y ZKPQ-50-CC, así como síntomas psicopatológicos evaluados por el SA-45 (se debió cambiar el SCL-90-R por este test -que es una versión corta del mismo- debido a problemas de Derechos de Autor del SCL-90-R en América Latina). En el trabajo de campo correspondiente a dicho proyecto, participaron investigadores de varias universidades (docentes), estudiantes de grado de FP-UdelaR, y quien suscribe, en calidad de Maestranda (en el marco de la incorporación a Programas contemplada en la Maestría en Psicología Clínica de la FP-UdelaR). Quien suscribe, se encargó del relevamiento de datos de 60 sujetos, de un total de 1961 casos válidos. Para la presente tesis, se analizará la base de datos del total de 1961 sujetos. A una parte de esa muestra, además de los instrumentos mencionados, se aplicaron otros tests, correspondientes a una tesis doctoral (Selma, 2015). Estos tests agregados específicamente en dicha sub-muestra (Rorschach, FAB y DEX-Sp y MMSE), no se tomarán en la presente tesis. En el transcurso del proyecto se han presentado resultados del mismo en congresos, artículos científicos (Selma & Fernández-Theoduloz, 2015, 2016; Selma & Luzardo, 2016), una tesis de doctorado (Selma, 2015), y en la presente tesis de maestría.

La presente tesis de maestría se enmarca en el proyecto antes mencionado, la maestranda participó del presente proyecto realizando las siguientes tareas:

1. Trabajo de campo: recogiendo los datos de 80 del total de 1961 participantes (casos válidos)
2. Relevamiento bibliográfico: búsqueda de antecedentes para la presente tesis
3. Análisis de datos: realización del análisis de datos correspondiente al presente trabajo, a través del software estadístico SPSS

El enfoque de este estudio se basa en describir el perfil de la población con riesgo de presentar TLP en Uruguay. Cuando hablamos de perfil nos referimos a rasgos particulares que caracterizan a una persona y no a otra, donde se discriminan cualidades propias que pertenecen a determinado tipo de personalidad, en este caso se toma la definición de perfil de riesgo de TLP desde puntuaciones específicas de indicadores del TCI-140 de Cloninger (C. R. Cloninger et al., 1994) el cual se detalla más adelante.

La presente investigación se basa en uno de los modelos de personalidad factoriales psicobiológicos, el modelo de personalidad de 7 dimensiones de C.R. Cloninger (Svrakic & Cloninger, 2010a). Dicho modelo teoriza los rasgos de personalidad mediante la interacción entre la genética y el ambiente (S. C. Cloninger, 2013; Dumont, 2010; John et al., 2008), tal como se desarrollará en capítulos siguientes. Dicho modelo, a su vez, ofrece una conceptualización dimensional de los trastornos de personalidad (Bermúdez-Moreno et al., 2012; Lenzenweger & Clarkin, 2005; Oldham et al., 2009; Pérez-Sayes et al., 2005; Thomas et al., 2006), con una fundamentación fuertemente psicobiológica. En base a esta conceptualización dimensional se desarrolló un test que evalúa las dimensiones de personalidad correspondientes al modelo (4 rasgos de temperamento y 3 rasgos de carácter), el TCI (C. R. Cloninger et al., 1994), del cual existen numerosas versiones. A partir de patrones de puntuaciones específicas en las distintas versiones del TCI, se puede determinar si una persona presenta el perfil de riesgo de padecer TLP, existiendo en la bibliografía distintas propuestas qué criterios utilizar (C. R. Cloninger et al., 1994; Maldonato et al., 2018; Meares, 2014; Paolini et al., 2016; Strack, 2006). El presente estudio toma un muestreo representativo nacional de residentes en Uruguay mayores de 18 años, entre los que se pretende discriminar aquellos sujetos que presentan riesgo de padecer TLP. Para ello, se tomarán en cuenta dos rasgos de temperamento, y dos rasgos de carácter (Meares, 2014; Svrakic & Cloninger, 2010a):

- Se tomarán dos rasgos temperamentales, **Búsqueda de Novedad (NS) y Evitación del Daño (HA)**, que en este trastorno, según los antecedentes, presentan puntuaciones elevadas en personas con TLP (S. A. Ball et al., 1997; Battaglia et al., 1996; Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; Fossati et al., 2001; Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Joyce, McKenzie, et al., 2003; Joyce, Mulder, et al., 2003; Maggini et al., 2000; Meares, 2014; Mulder et al., 1999; Nagoshi et al., 1992; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002). Ello se debe a que el primer rasgo (NS), incluye la impulsividad, la búsqueda de sensaciones nuevas, se asocia a conductas más emocionales, instintivas y menos guiadas por la lógica. En cuanto a la Evitación del Daño (HA), se relaciona con una mayor emocionalidad negativa, presentando con mayor frecuencia e intensidad síntomas de ansiedad y depresión, relacionados con emociones tales como el miedo, la culpa, la angustia, tristeza, etc. Las puntuaciones elevadas en este rasgo, también se relacionan con mayor frecuencia de conductas evitativas y una mayor inhibición (Bayón, 2006a; Dolcet i Serra et al., 2006; Svrakic et al., 2002; Svrakic & Cloninger, 2010a)
- Con respecto a los dos rasgos de carácter a partir de los cuales se discriminará la población de riesgo de padecer TLP del resto de población, serán **Autodirección (SD) y Cooperación (C)**. Estos dos rasgos, según los antecedentes (S. A. Ball et al., 1997; Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; J. E. Casey & Joyce, 1999; Fossati et al., 2001; Griego et al., 1999; Karwautz et al., 2003; Meares, 2014; Mulder et al., 1999; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002), presentan puntuaciones bajas en dicha población. **Autodirección (SD)** se define como la capacidad de controlar, mantener y dirigir sus metas, de proyectar y planificar sus acciones hacia el futuro. Esta dimensión, en los casos de TLP, se ve descendida, debido a la dificultad que produce este trastorno en cuanto a las perturbaciones que contiene el funcionamiento de sí mismo e interpersonal, con particular énfasis en los mecanismos de

autorregulación (Dolcet i Serra et al., 2006; Svrakic & Cloninger, 2010a). Por otro lado, el rasgo de carácter **Cooperación (C)**, se relaciona con las habilidades sociales, la capacidad de establecer vínculos positivos y cooperativos, así como los valores prosociales tales como altruismo, confianza, cooperación, ser poco rencoroso y empatía (Bayón, 2006a; Dolcet i Serra et al., 2006; Svrakic & Cloninger, 2010a). En el caso de padecer TLP se destaca que las relaciones interpersonales son frecuentemente inestables, interrumpidas, dramatizadas, con faltas de consideración hacia el otro, con un exceso de preocupación por si el otro puede abandonarle, sensaciones de vacío y baja autoestima (American Psychiatric Association, 2014; López-Ibor et al., 2002).

En el presente trabajo, se tomará una muestra de población general (no clínica) residente en Uruguay, mayor de 18 años. En dicha población, se identificará a los sujetos con rasgos de personalidad correspondientes a lo esperable en personas que padecen TLP (tal como se acaba de describir). Dicha población se tomará como aquella con “riesgo de padecer TLP”, dado que no se utilizan instrumentos que evalúen de manera específica dicho trastorno, por tanto, no se puede asumir con un mayor grado de seguridad que en efecto padezcan dicho trastorno. No obstante, el TCI (en sus distintas versiones) presentan una sensibilidad y especificidad adecuadas (Maldonato et al., 2018; Meares, 2014) para la detección de TLP. Una vez definida esta población, se analizarán las variables de sexo, edad, rasgos de personalidad, lugar de crianza, lugar de residencia, nivel socioeconómico y los síntomas psicopatológicos propuestos por el modelo de 9 dimensiones de Derogatis (1977). En dichas variables, se comparará a los sujetos con riesgo de TLP respecto al resto de la población estudiada.

## **B. Marco Teórico.**

### **1. Personalidad.**

Dentro del estudio de las ciencias humanas indagar en la personalidad ha sido una de las temáticas más complejas e intrigantes a investigar, tratando de responder a preguntas tales como ¿por qué las personas reaccionan de manera diferente ante la misma situación?, ¿qué es lo que determina esas diferencias, el ambiente, las conductas aprendidas, la carga genética con la cual nacemos? ¿Cómo dos personas criadas en el mismo entorno puedan tener personalidades totalmente distintas? ¿que hace que algunos individuos puedan presentar trastornos en la personalidad y otros no? ¿se pueden predecir comportamientos si tenemos definidas ciertas características de la personalidad? Si bien dichas incógnitas no podrán ser respondidas mediante este estudio, son estas en gran parte la motivación para investigar en este tema.

Con respecto a la historia del estudio de la personalidad cabe mencionar algunos de los antecedentes más relevantes de la misma, por lo cual se elige como primordial destacar en primer lugar el aporte del filósofo

Hipócrates quien vivió en el siglo V AC, quien describe la teoría de los cuatro tipos de humores o temperamentos. Este modelo se describe como biológico debido a que se basa en que el temperamento sanguíneo se produce por exceso de sangre y el resto de los temperamentos se vinculan con el exceso de flema, bilis negra y bilis amarilla (Albores et al., 2003):

- El **temperamento sanguíneo** se caracteriza por una inestabilidad en el humor, son personas extrovertidas, tienden a tomar decisiones basándose en sus emociones antes que en la reflexión. Son personas activas, cálidas, carismáticas que contagian su alegría, tienen gran capacidad para los deportes.
- El **temperamento flemático** es una persona tranquila, fría que se toma su tiempo para tomar las decisiones, sería altamente racional, calculadora, analítica.
- El **temperamento melancólico** tiende a ser pesimista, abnegado, cambiar de humor rápidamente, serio, emocionalmente muy sensible, se enoja con facilidad, propenso a la introversión, la persona con este tipo de temperamento le molesta que lo perturben, debido a ser sumamente perfeccionista.
- El **temperamento colérico** es rápido, muy activo, práctico en sus decisiones, autosuficiente y sobre todo independiente. Se fija metas y objetivos es una persona muy ambiciosa. Valora rápida e intuitivamente y no reconoce los posibles tropiezos y obstáculos que puede encontrar en el camino si busca lograr una meta. Autosuficiente, dominante, tiende a ser manipulador para lograr sus objetivos.

Cabe destacar que se menciona esta teoría por ser la primera teoría pre-científica con un sustrato biológico, y fue un modelo de gran relevancia en el pensamiento occidental hasta los inicios mismos de la psicología científica (Dumont, 2010). Inspirados en la misma se fueron desarrollando diversos modelos y concepciones de la personalidad, constructo que se define a posteriori para poder continuar con las concepciones que han llevado a desarrollar en la actualidad los modelos de personalidad que se toman como referentes teóricos para poder realizar este estudio. Existen diversos modelos teóricos de la personalidad, que no son exclusivamente pensados desde patologías, sino que buscan describir el funcionamiento psíquico de los individuos y explicar diferentes formas de actuar, pensar y sentir. Han abordado el estudio de la personalidad diversas perspectivas teóricas, el psicoanálisis, los modelos cognitivo-sociales, los modelos factoriales, humanistas, entre otros (Bermúdez-Moreno et al., 2012; Dumont, 2010; John et al., 2008; Pervin, 1998).

Respecto al estudio científico de la personalidad, una de las teorías más influyentes y de desarrollo más temprano fue el psicoanálisis. Esta teoría introdujo conceptos teóricos sobre la personalidad, inspirados en el abordaje de la neurosis (Bermúdez-Moreno et al., 2012; Dumont, 2010; John et al., 2008).

Otros autores, tomaron como punto de partida las “diferencias individuales” en población general o no clínica. En esos primeros desarrollos teóricos abocados al estudio de la personalidad “normal”, se destacan los aportes de Allport para el estudio de la personalidad, el cual la define como “la organización dinámica, dentro del

individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente” (Allport, 1937).

A inicios del siglo XX comenzaron a desarrollarse enfoques teóricos basados en análisis factoriales en población no clínica, tomando como punto de partida las respuestas a “adjetivos” descriptores de la personalidad. Es el comienzo de los modelos factoriales léxicos, cuyo exponente más destacado en la actualidad es el modelo de los cinco grandes o “big five”. En esos primeros desarrollos, se elaboraron distintas teorías que proponían la existencia de determinados “rasgos” de personalidad, universales, que podían explicar las diferencias individuales (Bermúdez-Moreno et al., 2012; S. C. Cloninger, 2013; Dumont, 2010). Los rasgos son características que explican, modulan y mantienen el comportamiento, considerando a su vez, que los rasgos de personalidad son el sustrato y el contexto en que podemos comprender mejor las formas más atípicas y variadas de la psicopatología (Millon & Davis, 1998). No obstante ello, y casi paradójicamente, muchos de estos rasgos de personalidad definidos a partir de población no clínica, mostraron estar estrechamente relacionados con diversas condiciones clínicas. El mismo Allport (1961) menciona que las cualidades de la personalidad adulta madura y sana, tales como extensión del yo, característica que implica que el individuo posee intereses autónomos sin depender de los demás los cuales le permiten sentirse pleno como pueden ser su actividad laboral o intereses más recreativos, hacen que se involucre en metas que son extensiones positivas de sí mismo. Otra cualidad que destaca es la interacción humana cálida saludable de la personalidad donde la persona puede mantener interacciones sociales sinceras y con expectativas realistas de las mismas. A lo cual, se le suma la seguridad emocional, que implica una buena estabilidad de sí mismo, autoaceptación y una elevada autoestima. A su vez la personalidad saludable implica expectativas realistas, destrezas, buena capacidad para los deberes cotidianos, buena capacidad de insight, y ser objetivo en su propia vida. Siendo por ende estable, unificada y consistente. Todas estas cualidades son las que se consideran como unidad con respecto a la personalidad, por lo cual se ve consistencia en la misma, si esta se encontrara fragmentada se podría pensar que existe una patología. Por lo cual se le llama unidad de la personalidad a la integración de los elementos, intereses, rasgos, predisposición biológica, etc (Allport, 1961).

Esta estrecha relación entre el estudio de la personalidad como diferencias individuales, y la definición de ciertos perfiles de personalidad como “saludables” o no, desde el punto de vista psicológico, ha sido una característica de varios modelos teóricos que han abordado el tema (S. C. Cloninger, 2013), y es, justamente, una de las principales líneas directrices del presente trabajo.

### **a) Modelos factoriales de la personalidad.**

Los Modelos Factoriales de la personalidad tienen como herramienta el procedimiento estadístico de análisis factorial basado en el concepto de correlación. Por ende, este tipo de análisis revela una forma de describir de manera más sencilla grandes números de variables al identificar un número menor de factores (S. C. Cloninger,

2013). El análisis factorial permite extraer dimensiones de la personalidad tales como introversión o extraversión, así pues, se destaca que los Modelos de personalidad no son aplicables únicamente para detectar patologías, sino que buscan evaluar las diferencias individuales y rasgos que permiten conceptualizar las mismas (S. C. Cloninger, 2013).

Tal como se señaló anteriormente, existen múltiples enfoques y teorías respecto al estudio de la personalidad. En el presente estudio nos enfocaremos en modelos factoriales de personalidad. Dichos modelos factoriales, se diferencian en dos grupos: los modelos léxicos, y los modelos psicobiológicos (Dolcet i Serra et al., 2006).

Los **Modelos Factoriales Léxicos** inspirados desde Cattell (S. C. Cloninger, 2013) tomaron el lenguaje como instrumento para investigar los rasgos de personalidad universales (Cattell & Mead, 2008). Comenzaron aplicando cuestionarios con adjetivos descriptivos de rasgos de personalidad (tomados del diccionario de lengua inglesa), y realizaron análisis factoriales sobre las respuestas de distintas muestras de población (Bermúdez-Moreno et al., 2012; Dolcet i Serra et al., 2006; Dumont, 2010; Pervin, 1998). Bajo ese precepto se elaboraron diversas elaboraciones teóricas, tales como el modelo de 16 factores de Cattell, y varios modelos de 5 factores (producto de una re-factorialización de los 16 factores de Cattell), entre los cuales destaca el de Costa y McCrae (S. C. Cloninger, 2013; Dolcet i Serra et al., 2006).

Los modelos factoriales léxicos son de carácter descriptivo de la personalidad, no indagan en explicar las causas, se enfocan en la dialéctica del lenguaje cotidiano y desde allí es que describen los rasgos de personalidad que proponen (Costa & McCrae, 1992).

Los **Modelos de la Personalidad Psicobiológicos**, originalmente inspirados en las investigaciones de Eysenck (1970), tienen como fuente de información los factores biológicos que se puedan correlacionar con los rasgos dimensionales de la personalidad, con el fin de que estos sean de carácter universal y relevante (Eysenck, 1970). A diferencia de los modelos léxicos, no parten del supuesto (que entienden arbitrario) de que el lenguaje es una fuente fiable para analizar los rasgos de personalidad más relevantes, sino que entienden que el punto de partida está en el cerebro, los rasgos de personalidad relevantes deben tener algún correlato psicobiológico a nivel cerebral (Bermúdez-Moreno et al., 2012; Dolcet i Serra et al., 2006; Pervin, 1998). Estos modelos parten del supuesto de que las diferencias de personalidad derivan de los mecanismos biológicos los cuales sustentan todos los procesos cognitivos, y describen cómo ello sucede. A su vez pretenden ser más que modelos descriptivos, son explicativos, causales y pragmáticos que se vinculan con la psicología aplicada (Dolcet i Serra et al., 2006).

Dentro de los modelos factoriales biológicos se destacan, el Modelo de Personalidad de Cloninger (C. R. Cloninger et al., 1993) y el Modelo de los 5 factores alternativos de Zuckerman (2005).



## (1) Modelo de los Cinco Grandes.

El modelo factorial léxico de los cinco grandes o Big five (Costa & McCrae, 1992) es considerado actualmente como el modelo de personalidad factorial o dimensional más utilizado y aceptado a nivel mundial (S. C. Cloninger, 2013; Dumont, 2010). Es utilizado a nivel mundial en ámbitos tan distintos como el clínico, laboral, vocacional, educativos, y de investigación (Blanch et al., 2009; S. C. Cloninger, 2013; Costa & McCrae, 2008). El NEO-PI-R es el test de referencia en este modelo, contando con una versión corta, el NEO-FFI (Costa & McCrae, 2008), que se utilizará en el presente estudio. A partir de la tradición léxica mencionada anteriormente, se llega a un modelo de 5 dimensiones/factores/rasgos<sup>1</sup>, tal como se detalla en la Figura 1.

*Figura 1 - Modelo de personalidad de los "Cinco Grandes"*

<b>Rasgo</b>	<b>Definición</b>
<b>Extroversión (E)</b>	Refiere a calidad y cantidad de las relaciones interpersonales y cómo ellas se manifiestan en el individuo
<b>Neuroticismo (N)</b>	Describe emociones intensas que generan displacer. Emociones negativas como preocupación, miedos y altos grados de inseguridad
<b>Amabilidad o Cordialidad (A)</b>	Considerada como la capacidad adaptativa del individuo al medio social y la calidad de los vínculos que mantiene de modo agradable, cordial, amable, cálido u empático
<b>Apertura a la experiencia (O)</b>	Se enfoca en el gusto por lo desconocido, la novedad, las ideas nuevas, la habilidad creativa y nuevos aprendizajes
<b>Escrupulosidad o Responsabilidad (C)</b>	Vinculada al control de impulsos, a la seriedad, el orden y la disciplina.

Adaptado de [Costa & McCrae \(2008\)](#).

Tal como se señaló anteriormente, la amplia aceptación de este modelo implica entre otras cosas que hay un amplísimo rango de investigaciones realizadas con el mismo. Existen numerosas evidencias de la relación de varios rasgos con diversas condiciones clínicas (Blanch et al., 2009; Montag & Levin, 1994; Pelechano et al., 2013), y ha sido uno de los principales modelos de inspiración para la conceptualización dimensional de los trastornos de personalidad propuesta por el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014; Esbec &

<sup>1</sup> En general, la bibliografía acerca de los modelos de personalidad dimensionales, tiende a utilizar de manera indistinta los términos dimensiones, factores o rasgos, para referirse a las variables o constructos de personalidad que evalúa cada modelo teórico

Echeburúa, 2011).

## **(2) Modelo de los Cinco Factores Alternativos de Zuckerman.**

El modelo factorial psicobiológico de los Cinco Factores Alternativos de Zuckerman (2005), es desarrollado con la intención de discriminarse de los modelos de enfoque léxicos de Cinco factores como el “Big Five” (Costa & McCrae, 1992), inspirado en los desarrollos anteriores de Eysenck y Gray (S. C. Cloninger, 2013; Dolcet i Serra et al., 2006). Presenta cinco rasgos de personalidad, entendidas como rasgos de temperamento, para la evaluación de la personalidad (Zuckerman, 2005). Se entienden como rasgos de temperamento aquellos que conforman la personalidad, pero que tienen algunas cualidades especiales. Particularmente se refiere a aquellos rasgos psicológicos innatos que configuran el núcleo de la personalidad, características afectivas que se determinan genéticamente y que permanecen estables desde los primeros años y a lo largo de toda la vida (Albores et al., 2003). Se distingue del Modelo de Cloninger, entre otros aspectos, debido a que este último discrimina dimensiones de temperamento y de carácter (Svrakic & Cloninger, 2010a).

Esta teoría define 5 dimensiones de temperamento (ver Figura 2), evaluadas a través de distintas versiones del Cuestionario de Personalidad de Zuckerman y Kuhlman -ZKPQ- (Zuckerman, 2005). Entre ellas, la versión corta transcultural ZKPQ-50-CC (A. Aluja et al., 2006), cuya adaptación argentina (Póo et al., 2013) utilizaremos en el presente estudio.

Figura 2 - Modelo de personalidad de los “cinco grandes alternativos”

Rasgo	Definición
<b>Impulsividad - búsqueda de sensaciones no socializada (Imp-SS)</b>	Relacionado con la atracción hacia lo desconocido, con voluntad de experimentar sensaciones nuevas, en puntuaciones muy altas puede haber conductas de riesgo a nivel social, económico, físico. Se caracteriza a su vez por exaltación y actitudes impulsivas
<b>Neuroticismo-ansiedad (N-Anx)</b>	Caracteriza la preocupación emocional, abarcando emociones negativas tales como miedo, tensión, sensibilidad a las críticas, ansiedad, depresión y hostilidad. Connota a su vez inseguridad en uno mismo
<b>Agresión–hostilidad (Agg-Host)</b>	Relacionado con la expresión de la agresión y la ira. En puntuaciones elevadas denota formas agresivas de expresión, conductas antisociales, falta de respeto hacia los demás, venganza. Por otro lado, en el caso de que se presente descendido puede relacionarse con conductas cordiales, mayor tolerancia, amabilidad y respeto hacia los demás
<b>Sociabilidad (Sy)</b>	Este rasgo comprende la tendencia a sentirse atraído por situaciones de interacción social, generar y mantener relaciones sociales, si las puede sostener y tolerar, o si por el contrario es más solitario.
<b>Actividad (Act)</b>	Relacionado con el nivel y cantidad de actividades, tales como el esfuerzo por el trabajo y la preferencia por un mayor nivel de actividad y actividades más desafiantes
Adaptado de <u>Zuckerman (2005)</u> .	

Este modelo presenta un sólido desarrollo teórico y empírico, hallando correlatos biológicos de las 5 dimensiones descritas, desarrollando instrumentos de evaluación con buenas propiedades psicométricas y validación transcultural (A. Aluja, 2019). A su vez, varias de las dimensiones estudiadas por el mismo se relacionan con un amplio rango de condiciones clínicas (A. Aluja, 2019; Floros et al., 2014; Hyphantis et al., 2013).

### (3) Modelo de Personalidad de Cloninger.

Este modelo de Personalidad empezó a desarrollarse por C.R. Cloninger en desde fines de la década de los

80 (Cloninger, 1993). Si bien retoma y se apoya en los desarrollos de otros modelos psicobiológicos como los de Eysenck y Gray (Dolcet i Serra et al., 2006), es innovador en su integración del sustrato biológico de la personalidad con experiencias del desarrollo sociocultural, combinando lo biológico, psicológico y social. Se propone abarcar la personalidad normal y la patológica, entendiendo la diferencia entre ambas como un “continuum” (C. R. Cloninger et al., 1993).

En un primer momento, desarrolla una teoría con 3 factores de temperamento (C. R. Cloninger, 1987a): Búsqueda de Novedad (NS), Evitación del Daño (HA) y Dependencia de la Recompensa (RD). Define el temperamento como el componente de la personalidad que incluye las respuestas asociativas automáticas que se producen ante estímulos simples, que son capaces de diferenciar a los individuos y su variabilidad de respuestas emocionales. Este componente es considerado neuro-biológico, determinado por la interacción del individuo con el ambiente y fundamentalmente heredado (C. R. Cloninger et al., 1993). Para evaluar estos 3 rasgos de temperamento, desarrolla el “Cuestionario de personalidad Tridimensional” -TPQ- (C. R. Cloninger et al., 1991), que evalúa los 3 rasgos descritos (con distintas facetas dentro de cada uno de ellos) proponiendo una explicación psicobiológica a las diferencias individuales en los mismos, tal como se muestra en la Figura 3.

*Figura 3 - Modelo de personalidad tridimensional de Cloninger*

Rasgo	Definición	Facetas	Correlato biológico
Búsqueda de novedad (NS)	Tendencia a responder intensamente a estímulos novedosos o a señales de recompensa inmediata. Predispone al sujeto a conductas exploratorias en búsqueda de recompensas inmediatas y/o inesperadas, o bien para la evitación de situaciones monótonas, aburridas o desagradables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excitabilidad</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Excentricidad</li> <li>• Desorden</li> </ul>	Baja actividad basal dopaminérgica
Evitación del daño (HA)	Predisposición del individuo a responder de forma intensa a estímulos aversivos y a la anticipación de los mismos, y a desarrollar inhibición aprendida para evitar de forma pasiva el castigo y también o situaciones desconocidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad anticipatoria</li> <li>• Evitación de lo desconocido</li> <li>• Timidez</li> <li>• Fatigabilidad</li> </ul>	Alta actividad serotoninérgica
Dependencia de la recompensa (RD)	Tendencia a responder intensamente a los premios y recompensas, y también a mantener comportamientos que anteriormente estuvieran asociados a recompensas satisfactorias o a evitación de dolor o displacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimentalismo</li> <li>• Persistencia</li> <li>• Apego</li> <li>• Dependencia</li> </ul>	Baja actividad basal noradrenérgica
Adaptado de Cloninger (1986).			

Este cuestionario tuvo numerosas adaptaciones transculturales (Le Bon et al., 1998; Lépine et al., 1994; Stratta

et al., 2000; Takeuchi et al., 1993), y revisiones posteriores (Stratta et al., 2000) revelaron que la estructura factorial se explicaría mejor por un modelo de 4 factores, donde la Persistencia, factor antes considerado como una dimensión dentro de la Dependencia de la Recompensa, se propone como un factor aparte, agregado a los factores temperamentales (C. R. Cloninger et al., 1994). A partir de lo mismo desarrolla un segundo modelo teórico, incluyendo los 3 factores temperamentales del TPQ, más la persistencia, y agregando 3 dimensiones del carácter (Dolcet i Serra et al., 2006). El carácter abarca aquellos componentes de la personalidad que tienen un grado bajo de heredabilidad y un alto nivel de adquisición por medio del aprendizaje, por lo cual pueden ser más factibles de ser modificables (Albores et al., 2003; Svrakic & Cloninger, 2010a). Las tres dimensiones del carácter que agrega al modelo que son: Autodirección (SD), Cooperación(C), Autotrascendencia (ST) (C. R. Cloninger et al., 1994). A partir de este modelo, se desarrolla el TCI (C. R. Cloninger et al., 1994), que posee varias versiones, una de ellas, el Cuestionario de Temperamento y Carácter Revisado (TCI-R) (C. R. Cloninger et al., 1993). El TCI-140 es una versión corta del TCI-R, y está compuesto por los primeros 140 ítems del mismo (que tiene en total 240 ítems). En el presente estudio, utilizaremos el TCI-140, correspondiente a los primeros 140 ítems de la adaptación uruguaya del TCI-R (Selma et al., 2017).

Este modelo, discrimina dos categorías diferentes, los factores temperamentales y caracteriales, considerando diversas variables, comprobables y estudiadas desde un modelo multidimensional de la personalidad comprendiendo al ser humano de una manera más integral y abarcativa. Con este nuevo modelo se intenta traspasar el debate descriptivo de lo categorial y dimensional (C. R. Cloninger, 2004).

Este modelo contiene una base teórica con un sustrato biológico significativo e integra el desarrollo del individuo desde la experiencia y el aprendizaje sociocultural, por lo que describe que se puede diferenciar a los individuos por los diferentes sistemas adaptativos de procesamiento, recepción y almacenamiento de la memoria. Dicha información se encuentra en dos niveles de memoria diferentes, la memoria explícita y memoria implícita (Dolcet i Serra et al., 2006; Svrakic & Cloninger, 2010a). La memoria se define por la capacidad del sistema nervioso de beneficiarse de la experiencia. No es un constructo unitario, sino que contiene procesos específicos, que implican la capacidad de memorizar y almacenar información. Respecto a la memoria a largo plazo, este tipo de memoria se denomina así debido a la capacidad de almacenar información por largos periodos de tiempo, conteniendo capacidad casi ilimitada. Dentro de esta se encuentran la memoria explícita y la memoria implícita (Aguirre et al., 2016).

La Memoria explícita se divide en dos subsistemas (Aguirre et al., 2016):

- La memoria semántica, que permite recabar hechos, conceptos y significados del mundo exterior. Lo cual permite aprendizajes, funciona de manera asociativa, ya que tiene capacidad de organización jerárquica los aprendizajes almacenados
- La memoria episódica contiene los recuerdos de nuestras experiencias pasadas personales, recuerdos conscientes del individuo que ha vivido

La memoria Implícita, por su parte, se divide en (Aguirre et al., 2016):

- Se puede adquirir por aprendizaje por condicionamiento de hábitos y respuestas afectivas, este condicionamiento operante se puede dar por la asociación de un estímulo neutro con un estímulo incondicionado generando una exposición conjunta que provocaría que el estímulo neutro provoque la respuesta del estímulo incondicionado. Este tipo de aprendizaje por asociación de las consecuencias o acciones que genera, se le llama reforzamiento que pueden ser positivo o negativo
- La memoria procedural, considerada la memoria de las acciones e información elemental. Habilidades automáticas que no requieren demasiado de nuestra atención. Por ello se compone de comportamientos sensoriomotores automáticos inconscientes

Estos dos sistemas de memoria implican que los recuerdos conscientes se basan en conceptos y los inconscientes se vinculan con percepciones (Aguirre et al., 2016).

Dentro de la Personalidad, Cloninger relaciona el Temperamento con la memoria implícita, reacciones automáticas inconscientes, por aprendizaje procedimental o condicionamiento asociativo. Considerando 4 tipos de hábitos que se relacionan con los 4 factores de temperamento. El Carácter lo vincula a la memoria explícita, considerada como valores conscientes, desde el aprendizaje proposicional o capacidad conceptual, plantea tres tipos de esquemas cognitivos relacionados con 3 dimensiones del carácter (Svrakic & Cloninger, 2010a), tal como se muestra esquemáticamente en la Figura 4.

Figura 4 - Diferencias clave entre temperamento (aprendizaje asociativo o procedural) y carácter (aprendizaje semántico o conceptual)

	Temperamento	Carácter
Tipo de aprendizaje	Procedural	Proposicional
Nivel de conciencia	Automático	Intencional
Formas de memoria	Perceptos, conceptos	Procedimientos, proposiciones
Principios de aprendizaje	Condicionamiento asociativo	Conceptual, "insight"
Sistemas cerebrales clave	Sistema límbico, estriado	Neocórtex frontotemporal, hipocampo
Rasgos manifiestos	Hábitos, emocionales	Conceptos adaptativos, socializados
Emociones asociadas	Primarias (ira, miedo, perseverancia, apego)	Secundarias (orgullo, compasión, ética, altruismo)
Rol del sujeto en la actividad mental	Pasivo reproductivo	Activo, constructivo
Formas de representación mental	Estímulo-respuesta, secuencias que varían de forma aditiva	Redes interactivas (esquemas conceptuales) variando su configuración cualitativamente
Adaptado y traducido por la autora de <a href="#">Svrakic &amp; Cloninger (2010)</a> .		

El modelo, por ende, incorpora 4 dimensiones de temperamento y 3 de carácter, tal como se muestra en la Figura 5.

*Figura 5 - Dimensiones de temperamento y carácter del modelo de Cloninger*

Dimensión	Procesos	Descripción	Correlato biológico
Evitación del daño (HA)	Inhibición o evitación pasiva	Intensidad de la respuesta ante estímulos aversivos, desarrollando inhibición de conductas con la finalidad de evitar el castigo, la novedad o la frustración por falta de recompensa.	Actividad serotoninérgica
Búsqueda de novedad (NS)	Activación	Intensidad de la excitación como respuesta a estímulos que indican potenciales recompensas o alivio del dolor. Tendencia a presentar conductas exploratorias para alcanzar posibles premios, evitar la monotonía o los posibles castigos	Sistemas de recompensa dopaminérgicos
Dependencia de la recompensa (RD)	Relación social	Intensidad de la respuesta ante señales de recompensa social y a mantener o resistir la extinción de conductas relacionadas con premios o la evitación de castigos	Actividad noradrenérgica
Persistencia (PS)	Refuerzo parcial	Perseverancia de las conductas a pesar de la fatiga y la frustración, capacidad de mantenimiento de conductas en situaciones de reforzamiento parcial o diferido	Actividad noradrenérgica y gabaérgica
Autodirección (SD)	Esquemas respecto al individuo	Capacidad del individuo para controlar, regular planificar y sostener su conducta dirigida a sus metas de sí mismo	Hipocampo y neocorteza frontotemporal
Cooperación (C)	Esquemas respecto a la sociedad	Grado de involucramiento con los demás, empatía social, orientación a los otros, capacidad altruista	Hipocampo y neocorteza frontotemporal
Autotrascendencia (ST)	Esquemas respecto a la espiritualidad	Expresa los ideales religiosos y políticos, la capacidad espiritual e invención creativa. Se considera como una unidad de conciencia espiritual o existencial	Hipocampo y neocorteza frontotemporal
Adaptado de Dolcet i Serra et al. (2006) y Svrakic & Cloninger (2010).			

A través de estos casi 30 años, el modelo teórico de personalidad de Robert C. Cloninger ha ido reelaborándose (Bayón, 2006b). Se ha acumulado evidencia de los rasgos de personalidad descritos y su sustrato neurobiológico (Gusnard et al., 2003; Sugiura et al., 2000), marcadores genéticos asociados (Benjamin et al., 2000; Keltikangas-Järvinen & Jokela, 2010; Parsian & Cloninger, 2001; Svrakic & Cloninger, 2010b), y su relación con la psicopatología (Asch et al., 2009; C. R. Cloninger, 1987b, 1991; Etter et al., 2003; Freeman et al., 1995; Guillem et al., 2002; Miettunen & Raevuori, 2012; Joel Paris, 2005; Pelissolo et al., 2008; Svrakic & Cloninger, 2010b; Widiger, 2007). Particularmente, ha mostrado relaciones consistentes respecto a los trastornos de personalidad (Kitamura, s. f.; Selma et al., 2017; Svrakic & Cloninger, 2010a). Para los mismos, se propone un método diagnóstico a partir del mismo TCI (C. R. Cloninger et al., 1994; Meares, 2014; Svrakic & Cloninger, 2010a).

Las distintas versiones del TCI han sido adaptadas a numerosos países y contextos culturales: Francia



(Pélissolo & Lépine, 2000), Suecia (S Brändström et al., 1998), Japón (Kijima et al., 2000), Holanda (de la Rie et al., 1998; Duijsens et al., 2000), Alemania (Richter et al., 1999), Irán (Richter et al., 2007), Korea (Sung et al., 2002), Finlandia (Miettunen et al., 2004), China (Parker et al., 2003) y Uruguay (Selma et al., 2017).

### **C. Psicopatología**

La psicopatología, etimológicamente estudio de las dolencias del alma, puede definirse como una ciencia que toma su objeto de estudio de la psiquiatría y su espíritu de la psicología. Siendo a su vez la fundamentación científica de la psiquiatría, la cual requiere delimitar conceptos generales con validez universal en el campo de la patología psíquica (Vallejo et al., 2015).

En la psiquiatría y para el estudio de las patologías se crean diferentes manuales para poder categorizar y diferenciar las patologías, entre las cuales, a nivel mundial, los manuales DSM y CIE son los que gozan de mayor reconocimiento. En el presente trabajo, nos basaremos principalmente en los criterios del DSM-IV (López-Ibor et al., 2002) y DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Por una parte, la última versión del DSM (DSM-5) incorpora actualizaciones importantes respecto a la definición del TLP, por ejemplo la inclusión de un modelo dimensional respecto a los trastornos de personalidad (American Psychiatric Association, 2014). Sería razonable adoptar los criterios del mismo para la conceptualización del TLP. No obstante ello, la mayoría de los antecedentes respecto al estudio del TLP, sus relaciones con las variables estudiadas en el presente estudio, con los modelos de personalidad, etc, se han basado en la versión anterior (DSM-IV), por lo que es particularmente relevante citar la definición del TLP también según esa versión. Para complejizar un poco más la situación, se destaca el hecho de que, si bien los manuales DSM han sido la referencia a nivel mundial en los últimos años, y por ende sería esperable que la última versión de los mismos sea el manual de referencia, la misma ha despertado numerosas críticas y está siendo duramente cuestionada desde distintos ámbitos (Esbec & Echeburúa, 2011; *The NIMH Withdraws Support for DSM-5*, s. f.; Wakefield, 2016).

Si bien ha habido en los últimos años un claro predominio de los manuales DSM, existen multiplicidad de enfoques teóricos respecto al campo de la psicopatología. Dichos enfoques teóricos, que pueden dividirse, según algunos autores, en dos categorías: los modelos categoriales y los modelos dimensionales (Trull & Durrett, 2005; Widiger & Gore, 2014).

Los modelos categoriales describen síntomas y criterios. Se pertenece a una categoría psicopatológica si y solo si, se cumple con ciertos criterios diagnósticos, desde los cuales se describe en absolutos si se tiene o no una patología. Es decir, se tiene o no se tiene depresión (por ejemplo). No se toman en cuenta las variaciones dentro de la intensidad de síntomas psicopatológicos entre la normalidad y la patología, que parecen tener una relación de continuum más que una división categórica (Haan, 2020; Pérez-Velázquez & Frantseva, 2011). Dentro de esta categoría de modelos se pueden ubicar tanto los modelos DSM como los CIE. A pesar de su amplia difusión y aceptación, los modelos categoriales presentan algunas limitaciones (Widiger & Gore, 2014):

- Alta comorbilidad; puede presentar más de un trastorno.
- Poca especificidad de los síntomas; considerando que algunos están presentes en otros trastornos.
- Riesgo de ser restrictivos: por homogeneizar los sujetos de cada categoría.
- La dicotomía entre normalidad y patología no es algo tan fácil de discriminar, como lo hace este modelo.

Por otro lado, los modelos dimensionales, entienden la psicopatología se entiende como un conjunto de magnitudes que sirven para definir un fenómeno psicológico. Se definen dimensiones que son universales (todas las personas las poseen) y en las cuales los individuos varían en niveles de “intensidad”. Estos modelos son capaces de detectar diferencias individuales y discriminar los distintos niveles de gravedad dentro del “continuum” que existe entre normalidad y patología (Trull & Durrett, 2005; Widiger & Gore, 2014). A su vez, se pueden detectar síntomas de distintos tipos, en distintas dimensiones, por lo que se pierde poca información y es posible describir a características relevantes de las personas en términos cuantificables. Esto permite apreciar el grado en que se manifiesta un problema (un continuo entre normalidad y patología) (Widiger & Gore, 2014).

Por otra parte, los modelos dimensionales ajustan mucho mejor para la explicación de las comorbilidades, los diagnósticos parciales, las variaciones de trastornos (categoriales) a lo largo del tiempo, muestran una mayor consistencia empírica en los estudios respecto a la heredabilidad y la genética, la evaluación dimensional se puede convertir en categorial (pero no a la inversa), permite la posibilidad de modificar los diferentes “puntos de corte” en función de características culturales o poblacionales, y algunos autores señalan que mejoran la fiabilidad (un 15%) y validez (un 37%) (Kotov et al., 2017; Markon et al., 2011; Morey et al., 2012; Trull & Durrett, 2005; Widiger & Gore, 2014; Widiger & Trull, 2007).

## **1. Trastornos de la personalidad**

Los trastornos de personalidad son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social. Dichos trastornos son de carácter crónico, se caracterizan por conductas, pensamientos rígidos, dificultando su percepción y relacionamiento ante situaciones y personas de manera saludable, se les considera egosintónicos. Generalmente su inicio se adjudica a la adolescencia o principio de la edad adulta. Tanto el DSM-IV como el DSM-5 definen tres grupos de trastornos de personalidad y un grupo de trastornos no especificados. Los trastornos pertenecientes al grupo A se caracterizan por ser raros o excéntricos, los del grupo B se caracterizan por ser dramáticos, emocionales o erráticos, y los trastornos del grupo C se caracterizan por ser ansiosos o temerosos (López-Ibor et al., 2002).

Según el DSM-5, un trastorno de personalidad es un “patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro” (American Psychiatric Association, 2014, p. 645).

Se trata de un conjunto de trastornos que presentan una alta comorbilidad (entre sí y con otros trastornos), y una prevalencia que se estima en aproximadamente un 15%. Se trata de trastornos con una extrema rigidez en su funcionamiento, lo cual se relaciona con su carácter crónico, con las dificultades que suelen presentar en los procesos terapéuticos, y con su frecuente reticencia a iniciar los mismos (American Psychiatric Association, 2014; Svrakic & Cloninger, 2010a; Young et al., 2007).

## **a) Trastorno Limítrofe de la Personalidad**

### **(1) Definición**

La primera definición del trastorno límite la realizó el psicoanalista Stern, en 1938, para referirse a un grupo de pacientes que no presentaban una estructura de personalidad neurótica, ni una psicótica (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011). El concepto mismo de “estructura de personalidad” limítrofe fue desarrollada por autores bajo este paradigma teórico de manera extensa a partir de entonces (Laplanche & Pontalis, 1994). Se incorporó por primera vez a los manuales DSM en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), siendo incluido en todas las versiones posteriores. En el DSM-IV y DSM-5 es incluido dentro del “grupo B” de trastornos de personalidad, el cual es definido por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen, afectividad y una notable impulsividad (American Psychiatric Association, 2014; López-Ibor et al., 2002).

El término limítrofe, no corresponde a que exista un límite, sino que al contrario el individuo que padece este trastorno está al borde del límite constantemente, este tipo de personalidad es excesivamente demandante hacia las demás personas que le rodean, presentando conductas promiscuas, lesiones autoinfligidas (LAIS), conflictos con la ley, intentos de autoeliminación recurrentes (IAE) y altos indicios de suicidio (American Psychiatric Association, 2001; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011; Meares, 2014).

En la Figura 6 se presentan los criterios diagnósticos del TLP según el DSM-IV-TR (López-Ibor et al., 2002). Se requiere la presencia de 5 de 9 ítems. Ello da un total de 256 combinaciones posibles, de las cuales se ha documentado al menos 136 (Johansen et al., 2004). Este justamente es uno de los problemas de los modelos categoriales, la enorme diversidad de presentaciones clínicas y perfiles de pacientes... Cuando hablamos de 256 distintas combinaciones de síntomas ¿realmente estamos diciendo que todos ellos “tienen lo mismo”? Es decir ¿podemos pensar en una etiología, pronóstico, tratamiento, características comunes? Este punto ya fue abordado en la descripción anterior respecto a modelos dimensionales y categoriales, y se retomará en la descripción de algunos modelos dimensionales. Uno de ellos, incluido en el DSM-5.

Figura 6 - Criterios diagnósticos del TLP en el DSM-IV-TR

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:	
<b>Síntomas afectivos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo</li> <li>2. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla</li> <li>3. Sentimientos crónicos de vacío o inutilidad</li> </ol>
<b>Síntomas impulsivos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación</li> <li>5. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por extremos de idealización y devaluación</li> <li>6. Impulsividad en al menos dos áreas que es potencialmente dañina para sí mismo (Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 4)</li> </ol>
<b>Síntomas interpersonales</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado (Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 4)</li> <li>8. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable</li> </ol>
<b>Síntomas cognitivos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos grave</li> </ol>
Adaptado de López-Ibor et al. (2002).	

Tal como se señaló anteriormente, se citan en el presente trabajo las definiciones de TLP según el DSM-IV-TR (debido a que la mayor parte de los antecedentes están basados en el mismo) y según el DSM-5 (debido a que es uno de los manuales de referencia a día de hoy, a pesar de haber perdido el “crédito” de sus antecesores). En la Figura 7 se muestran los criterios diagnósticos para los trastornos de personalidad, según el DSM-5.

Figura 7 - Criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad en el DSM-5

A	<p>Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos)</li> <li>2. Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional)</li> <li>3. Funcionamiento interpersonal</li> <li>4. Control de los impulsos</li> </ol>
B	<p>El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales</p>
C	<p>El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes</p>
D	<p>El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana</p>
E	<p>El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental</p>
F	<p>El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o de otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico)</p>
<p>Adaptado de <a href="#">American Psychiatric Association (2014)</a>.</p>	

El DSM-5 propone que el diagnóstico del TLP se puede realizar a partir de los 18 años, y en caso de menores de edad se requiere que los las características del mismo se presenten durante al menos un año. En la Figura 8 se muestran los criterios diagnósticos del mismo, respecto a la evaluación categorial (American Psychiatric Association, 2014).

Figura 8 - Criterios diagnósticos del TLP en el DSM-5

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:
1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días)
7. Sensación crónica de vacío
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves
Adaptado de <a href="#">American Psychiatric Association (2014)</a> .

Pero, tal como se ha descrito anteriormente, dicho manual ofrece un modelo dimensional “opcional”, según el cual se definen los trastornos de personalidad mediante las siguientes características esenciales ([American Psychiatric Association, 2014](#)):

- A. Moderado o mayor deterioro en el funcionamiento de la personalidad (auto/interpersonal).
- B. Uno o más rasgos de personalidad patológicos.
- C. Deficiencias en el funcionamiento de la personalidad, la expresión del rasgo de la personalidad del individuo es relativamente inflexible, se extiende a través de una amplia gama de situaciones personales y sociales.

- D. Deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo son relativamente estables a través del tiempo, con los inicios que se remontan por lo menos a la adolescencia o la edad adulta temprana.
- E. Deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no se explica mejor por otro trastorno mental.
- F. Deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no son atribuibles exclusivamente a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica (por ejemplo, traumatismo craneoencefálico grave).
- G. Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no se entienden mejor como normal para la etapa de desarrollo de un individuo o entorno sociocultural (p. 761)

La determinación del **criterio A**, requiere de una evaluación del funcionamiento personal e interpersonal. Se evalúan rasgos que van en un continuo entre la salud y la patología. Este continuo se evalúa según 5 niveles (American Psychiatric Association, 2014):

- 0. Poco o ningún deterioro (funcionamiento adaptativo)
- 1. Leve
- 2. Moderado
- 3. Grave
- 4. Deterioro extremo

El funcionamiento que se evalúa en este criterio, refiere al **Self** y a lo **Interpersonal**. El **Self** está compuesto por (American Psychiatric Association, 2014, p. 762):

- 1. **Identidad:** La experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre uno mismo y los demás, la estabilidad de la autoestima y la exactitud de auto-evaluación; capacidad para, y capacidad de regular, una gama de la experiencia emocional.
- 2. **Autodirección:** búsqueda de objetivos coherentes y significativas a corto plazo de la vida; la utilización de las normas internas constructivas y pro-sociales de comportamiento, la capacidad de un auto-reflejo productivo.

Mientras que lo **Interpersonal** está compuesto por (American Psychiatric Association, 2014, p. 762):

- 1. **Empatía:** La comprensión, apreciación de las experiencias y motivaciones de los demás; la tolerancia

de las diferentes perspectivas; la comprensión de los efectos de la conducta propia de uno sobre otros.

2. **La intimidad:** La profundidad, la duración de la conexión con los demás; el deseo y la capacidad de cercanía; reciprocidad de la relación reflejada en el comportamiento interpersonal *DSM-V* (2014). (5a. ed).

El lector podrá notar las similitudes de esta propuesta con varios de los aspectos planteados por Cloninger (Svrakic & Cloninger, 2010a). El concepto de Autodirección (y cómo podría incluirse en este concepto el de Identidad propuesto por el DSM-5) por un lado, y el de empatía e intimidad (estrechamente relacionados con Cooperación y/o Dependencia de la Recompensa). En los trastornos de personalidad se observan consistentemente puntuaciones bajas en Autodirección y Cooperación, mientras que algunos autores han puesto de manifiesto la especificidad, también, de puntuaciones bajas en Dependencia de la Recompensa (C. R. Cloninger et al., 1994; Maldonato et al., 2018; Meares, 2014), lo cual es una coincidencia sorprendente con lo planteado por la evaluación dimensional del DSM-5... o no tan sorprendente si se toma en cuenta que es uno de los modelos que han servido de base al mismo (Esbec & Echeburúa, 2011, 2015; Gutiérrez & Vilar, 2014).

Respecto al **Criterio B:** se destacan los **rasgos de personalidad patológica** que están organizados en cinco grandes dominios, que a su vez presentan facetas en cada uno de ellos, de acuerdo a lo que se puede observar en la Figura 9.

*Figura 9 - Dominios y facetas para la evaluación de los trastornos de personalidad en el DSM-5*

Dominio	Facetas
Afectividad Negativa	Labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, sumisión, hostilidad, perseverancia, depresividad (común a otros dominios), suspicacia (común a otros dominios), afectividad restringida (común a otros dominios)
Desprendimiento o desapego	Retraimiento social, evitación de la intimidad, anhedonia, depresividad, afectividad restringida, suspicacia
Antagonismo	Manipulación, falta de honradez, grandiosidad, búsqueda de atención, insensibilidad, hostilidad (común a otros dominios)
Desinhibición	Irresponsabilidad, impulsividad, distraibilidad, temeridad, carencia de perfeccionismo
Psicoticismo	Creencias y experiencias extrañas, excentricidad, disregulación cognitiva y perceptiva
Adaptado de (American Psychiatric Association, 2014)	



Los **Criterios C y D** (Capacidad de penetración y Estabilidad de las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad) describen rasgos de personalidad patológicos que se extienden a una variedad de contextos personales y sociales. Como la personalidad se define como un patrón de percibir, en relación con, y pensando en el medio ambiente y uno mismo, el término “relativamente” refleja el hecho de que todos excepto las personalidades más extremadamente patológicas muestran un cierto grado de adaptabilidad. El patrón de trastornos de la personalidad es de mala adaptación y relativamente inflexible, lo que conduce a discapacidad en actividades sociales, ocupacionales, u otras áreas importantes, como individuos no son capaces de modificar su comportamiento o pensamientos, incluso en la cara de la evidencia de que su enfoque no está funcionando. Las deficiencias en el funcionamiento y rasgos de personalidad son relativamente estables (American Psychiatric Association, 2014). Estas características, por otra parte, concuerdan con la conceptualización que se hace desde algunos modelos dimensionales como el de Cloninger sobre los trastornos de personalidad en general, y el TLP en particular. Bajo dicha conceptualización, los trastornos de personalidad se caracterizan por presentar rasgos de personalidad presentes en todas las personas (en distintos grados de intensidad), pero de manera muy intensa (combinación de rasgos con marcadas diferencias respecto a la media poblacional): con disposiciones emocionales muy extremas (temperamento), y escasos mecanismos de autorregulación y habilidades interpersonales (carácter) (Svrakic & Cloninger, 2010a).

Los rasgos de personalidad, las disposiciones que se comportan o se sienten de cierta manera, son más estables que las expresiones sintomáticas de estas disposiciones, pero los rasgos de personalidad también pueden cambiar. Las alteraciones en el funcionamiento de la personalidad son más estables que los síntomas (American Psychiatric Association, 2014). Por ello, y también relacionando estos conceptos con el modelo de Cloninger, elegido para este estudio, es particularmente relevante evaluar estos rasgos de personalidad, pues son altamente estables (Dolcet i Serra et al., 2006; Svrakic & Cloninger, 2010a) y permiten detectar un grupo de población de riesgo, aunque no necesariamente presente síntomas significativos en el momento de la evaluación.

Los **Criterios E, F y G** son: Las explicaciones alternativas para la patología de la personalidad (Diagnóstico diferencial). En algunas ocasiones, lo que parece ser un trastorno de la personalidad puede explicarse mejor por otro trastorno mental, los efectos de una sustancia u otra condición médica, o una etapa normal del desarrollo (por ejemplo, la adolescencia, la edad avanzada) o el entorno sociocultural del individuo. Cuando otro trastorno mental está presente, el diagnóstico de un trastorno de la personalidad no se hace, si las manifestaciones del trastorno de la personalidad son claramente una expresión de otro trastorno mental (por ejemplo, si las características del trastorno esquizotípico de la personalidad están presentes sólo en el contexto de la esquizofrenia). Por otro lado, los trastornos de la personalidad se pueden diagnosticar con precisión en presencia de otro trastorno mental, como el trastorno depresivo mayor, y los pacientes con otros trastornos mentales deben ser evaluados por trastornos de la personalidad debido a la comorbilidad ya que los trastornos de personalidad a menudo afectan el curso de otros trastornos mentales. A su vez, siempre es

apropiado evaluar el funcionamiento de la personalidad y rasgos de la misma patológicos para proporcionar un contexto claro de otras psicopatologías (American Psychiatric Association, 2014).

El Trastorno de la personalidad Límite, tiene como características típicas inestabilidad emocional, distorsión de la propia imagen, inestabilidad en los objetivos personales y las relaciones interpersonales acompañado por la impulsividad, la asunción de riesgos y/o la hostilidad, dificultades características evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía, y/o la intimidad, junto con los rasgos específicos de mala adaptación en el ámbito de la afectividad negativa, antagonismo y/o desinhibición (American Psychiatric Association, 2014).

En base a lo antedicho, en la evaluación dimensional del TLP a partir del DSM-5, se proponen los criterios expuestos en la Figura 10.

Figura 10 - Criterios diagnósticos para la evaluación dimensional del TLP en el DSM-5

A	<p>Moderado o mayor deterioro en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por dificultades propias de dos o más de las siguientes cuatro áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Identidad:</b> Marcadamente empobrecida, poco desarrollada, o la propia imagen inestable, a menudo asociada con excesiva autocrítica; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés</li> <li><b>2. La conciencia de dirección:</b> La inestabilidad en los planes de metas, aspiraciones, valores, o de carrera</li> <li><b>3. Empatía:</b> Capacidad de reconocer los sentimientos y necesidades de los demás asociados con hipersensibilidad interpersonal comprometida (es decir, con tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgados hacia selectivamente atributos negativos o vulnerabilidades</li> <li><b>4. La intimidad:</b> Estrechas relaciones intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad, la preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario; relaciones estrechas a menudo percibidas en los extremos de idealización y devaluación, alternando entre la sobre implicación y la retirada</li> </ol>
B	<p>Cuatro o más de los siguientes siete rasgos de personalidad patológicos, al menos uno de los cuales debe ser (5) La impulsividad, (6) La toma de riesgos, o (7) La hostilidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Labilidad emocional</b> (un aspecto de la afectividad negativa): Inestables experiencias emocionales y cambios de humor frecuentes; emociones que son fácilmente excitados, intensas, y / o fuera de proporción con los eventos y/o circunstancias</li> <li><b>2. Ansiedad</b> (un aspecto de la afectividad negativa): Intensos sentimientos de nerviosismo, tensión, o pánico, a menudo en respuesta a las tensiones interpersonales; preocupación por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y el futuro posible negativo; sentir miedo, aprensión, o amenazado por la incertidumbre; temor a desmoronarse o perder el control</li> <li><b>3. La inseguridad de separación</b> (un aspecto de la afectividad negativa): Los miedos de rechazo y / o separación de otros significativos, asociados a los temores de la dependencia excesiva y la pérdida total de autonomía</li> <li><b>4. Depresividad</b> (un aspecto de la afectividad negativa): Sentimientos frecuentes de estar abajo, desgraciado, y / o sin esperanza; dificultad para recuperarse de tales estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada; sentimientos de autoestima inferior; pensamientos de suicidio y comportamiento suicida</li> <li><b>5. La impulsividad</b> (un aspecto de Desinhibición): Actuar sobre el impulso del momento en respuesta a los estímulos inmediatos; actuando de forma momentánea y sin un plan o consideración de las consecuencias; dificultades para establecer y mantener planes; un sentido de urgencia, auto-daño y estrés emocional</li> <li><b>6. Tomar o probar</b> (un aspecto de Desinhibición): Participación en actividades peligrosas, de riesgo, y potencialmente auto-daño innecesariamente, sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por los límites y la negación del peligro real para sí mismos</li> <li><b>7. La hostilidad</b> (un aspecto de Antagonismo): Sentimientos de ira persistentes o frecuentes; la ira o irritabilidad en respuesta a los desaires e insultos menores</li> </ol>
Adaptado de (American Psychiatric Association, 2014)	

Muchos de estos puntos son compartidos con lo propuesto por otros modelos teóricos, por ejemplo el de Cloninger. Se señalaron anteriormente las coincidencias respecto a constructos como el de Autodirección, Cooperación y Dependencia de la Recompensa y su importancia en los trastornos de personalidad (y el TLP en particular) (Kitamura, s. f.; Meares, 2014; Svrakic & Cloninger, 2010a). En este caso se refiere a conceptos íntimamente relacionados con la impulsividad propia de la “Búsqueda de Novedad” y los síntomas de ansiedad-depresión estrechamente relacionados a la “Evitación del daño” . De todos estos conceptos, Autodirección, Cooperación, Búsqueda de Novedad y Evitación del Daño serán tomados para la determinación de nuestra “muestra clínica”, tal como se detallará más adelante.

## **(2) Características**

Se estima que el TLP representa entre un 30 y un 60% de todos los trastornos de personalidad (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011), con una prevalencia anual de aproximadamente un 2% en población general (López-Ibor et al., 2002), y un 5,9% a lo largo de la vida (en algún momento de su vida presentó TLP) (Grant et al., 2008). No existe un acuerdo general respecto a la distribución de esa prevalencia por sexo. Los antecedentes parecen señalar una proporción mayoritariamente femenina (López-Ibor et al., 2002), aunque esta diferencia podría deberse a un sub-diagnóstico del TLP en población masculina (Busch et al., 2016; Grant et al., 2008; Sansone & Sansone, 2011).

Este trastorno puede comenzar en la adolescencia o al principio de la edad adulta, no empeora con el tiempo, sino que a partir de los 35-40 años tiende a estabilizarse, particularmente respecto a los síntomas relacionados a los aspectos impulsivos del trastorno (autolesiones, IAE, etc). No obstante ello, se trata de un trastorno con un alto grado de cronicidad y pronóstico muy variable (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011; López-Ibor et al., 2002).

Son altamente frecuentes las comorbilidades, por ejemplo con depresión (entre 40 y 87%), trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos, trastornos por consumo de sustancias (fundamentalmente alcohol, y en hombres), trastornos de la conducta alimentaria (fundamentalmente bulimia, y en mujeres), trastorno por estrés postraumático, trastorno por déficit atencional (aproximadamente un 41,5% en la infancia y un 16,1% en la adultez), otros trastornos de personalidad (trastorno dependiente un 50%, evitativo un 40%, paranoide un 30%, antisocial un 20-25% -mayormente en hombres-, e histriónico 25-63%) (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011).

Respecto a la etiología, no es ninguna sorpresa que los estudios indiquen que se trata de un fenómeno multideterminado, con un amplio rango de variables intervinientes, y la falta de un marco teórico que pueda integrar todas las de las que hay evidencias disponibles. Los factores que parecen incidir en la etiología del TLP

se pueden agrupar en: vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego (Young et al., 2007).

Vulnerabilidad genética: el riesgo de padecer este trastorno en familiares de personas diagnosticadas aumenta hasta cinco veces más que en la población en general (López-Ibor et al., 2002). Los estudios en gemelos estiman que la influencia genética es de un 69%. No obstante, pareciera ser que la heredabilidad se relaciona más con los rasgos de personalidad asociados (agresión impulsiva y disregulación del estado de ánimo), que al TLP en sí mismo. La influencia genética parece estar determinada por la interacción entre factores genéticos y ambientales (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011).

Respecto a la alteración de los mecanismos de neurotransmisión, la evidencia sugiere alteraciones en los mecanismos de serotoninérgicos, así como en la acetilcolina, vasopresina, colesterol, ácidos grasos, y en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Existe poca evidencia sobre alteraciones en los mecanismos de transmisión dopaminérgicos y noradrenérgicos (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011).

Respecto a la disfunción neurobiológica, se han observado patrones de funcionamiento anómalos en la amígdala, el hipocampo, regiones orbitofrontales, prefrontales dorsolaterales y el cuerpo calloso (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011).

Factores psicosociales con evidencia respecto a su relación con el TLP, pueden citarse varios. La presencia de trastornos del estado de ánimo y de abuso de sustancias en familiares, negligencia y falta de implicación emocional por parte de los cuidadores, situaciones de abuso físico, sexual y emocional, negación emocional por parte de los padres, malos tratos y un entorno familiar inestable (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011). En capítulos posteriores, referiremos a la posible relación de algunas de estas variables con el grado de "urbanicidad" y el nivel socioeconómico (se entiende que la misma se relaciona con la mayor presencia de algunos de estos factores ambientales, y que puede ser fuente de estresores de diverso tipo) (Cohen et al., 2008; Grant et al., 2008; Martínez-Raga et al., 2005; J. Paris, 1992; Santana et al., 2018; Torgersen et al., 2001).

Respecto a la relación del TLP con el apego, son varios los autores que han puesto de manifiesto la presencia muy poco frecuente de pacientes con TLP con apego "seguro" (6-8%). En la génesis del TLP se describe un entorno familiar invalidante: experiencias emocionales negativas, simplificación de la resolución de problemas, negligencia, apego inseguro, abuso físico/sexual/emocional y distintas situaciones de trauma (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011). Muchas de ellas, también, se relacionan con el grado de urbanicidad y el nivel socioeconómico (Cohen et al.,

2008; Grant et al., 2008; Martínez-Raga et al., 2005; J. Paris, 1992; Santana et al., 2018; Torgersen et al., 2001).

En lo que refiere a la etiología, existen numerosas coincidencias con la propuesta teórica de Cloninger (Svrakic & Cloninger, 2010a), en particular respecto al papel del temperamento y a la alta heredabilidad del mismo, a la causalidad determinada en gran medida por la interacción genes-ambiente, a la importancia de los mecanismos de neurotransmisión y la participación del sistema límbico en el temperamento, la importancia de áreas límbicas y frontotemporales para el temperamento y el carácter, entre otras (Svrakic & Cloninger, 2010a).

Por otra parte, Millon (Millon & Davis, 1998), destaca la inestabilidad e intensidad de dicha patología en cuanto a sus reacciones emocionales, su variabilidad en estados de ánimo de cambio súbito, a estados depresivos como de agitación ansiosa o ira intensa. Define tres características clínicas de suma relevancia, la ansiedad por separación debido a la dependencia que poseen estos individuos, contienen un pensamiento catastrófico ante posibles abandonos tanto reales como imaginarios. Conflictos cognitivos y sentimientos de culpa, en su búsqueda de aprobación y seguridad la mayoría de las veces pierden los vínculos establecidos debido a demasiada dependencia, inseguridad o a su misma ansiedad a la separación por lo cual se les generan sentimientos de culpa, de inferioridad, de vacío e ira intensa. Estos sentimientos pueden volcarse hacia sí mismos y transformarse en individuos sumamente autocríticos, que implementan a sí mismos los castigos que pretendían aplicar a los demás. A su vez, se considera que la Inestabilidad afectiva y comportamental, la intensidad de sus estados de ánimo son algunas de las características más constitutiva de este trastorno, lo cual genera cambios bruscos en el comportamiento, presentando periodos en que pierden el control e incluso pueden llegar a episodios psicóticos. Su estado de ánimo vacila entre ser dominantes, padecer un tono depresivo que en ocasiones se ve interrumpido en episodios de agitación ansiosa, actividad eufórica y hostilidad. Los comportamientos se tornan nocivos para ellos mismos, autodestructivos debido a su propia inestabilidad emocional (Millon, 2006).

### **(3) Tratamientos Eficaces para el Trastorno Limítrofe de la Personalidad.**

Respecto a las intervenciones más competentes para tratar este trastorno, las psicoterapias que poseen efectividad comprobada empíricamente son (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011):

- Terapia dialéctico conductual
- Terapia cognitiva centrada en esquemas
- Terapia basada en la mentalización

## **(a) Terapia dialéctico conductual**

La terapia dialéctico conductual es un tipo de psicoterapia desarrollada especialmente para pacientes con TLP que presentan conductas parasuicidas, aunque posteriormente se ha extendido su uso a otras condiciones clínicas. Posee 5 etapas de tratamiento (Linehan, 2014):

1. Pretratamiento
2. Obtención del control conductual
3. Procesamiento emocional del pasado
4. Resolución de los problemas ordinarios de la vida
5. Capacidad de experimentar una alegría sostenida

Posee varios módulos, con distintos objetivos: Mindfulness, tolerancia a la angustia, regulación emocional y efectividad interpersonal. Se fundamenta en la Terapia Cognitivo Conductual, el Mindfulness, e incorpora el concepto de “dialéctica” como una forma específica de trabajar con los pacientes (Linehan, 2014). A día de hoy, es la psicoterapia que cuenta con un mayor nivel de evidencia empírica respecto a su efectividad (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011).

## **(b) Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas.**

La terapia de esquemas, desarrollada por Jeffrey Young, es un tipo de psicoterapia desarrollado específicamente para trastornos de personalidad y trastornos caracteriológicos crónicos, que no respondían adecuadamente a terapia cognitivo conductual “clásica”. El autor sostiene que existen determinadas experiencias traumáticas, que se relacionan con la frustración de necesidades básicas del desarrollo en la infancia o adolescencia, que pueden desarrollar Esquemas Precoces Desadaptativos (Young et al., 2007). El término “esquemas” refiere a las formas que adquiere la persona para categorizar y reaccionar ante las situaciones que se le presentan (A. T. Beck & Freeman, 1995). El modelo describe 18 Esquemas Precoces Desadaptativos (que son mediadores cognitivos del trastorno), que se agrupan en 5 dominios (cada uno correspondiente a una necesidad básica del desarrollo, insatisfecha en la infancia o adolescencia), tal como se muestra en la Figura 11.

Figura 11 - Esquemas precoces desadaptativos por dominio

Dominio	Esquemas Precoces Desadaptativos
Desconexión y rechazo social	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abandono/inestabilidad.</li> <li>2. Desconfianza/abuso.</li> <li>3. Privación emocional.</li> <li>4. Imperfección/vergüenza.</li> <li>5. Aislamiento.</li> </ol>
Perjuicio en autonomía y desempeño	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Dependencia/incompetencia.</li> <li>7. Vulnerabilidad.</li> <li>8. Enmarañamiento.</li> <li>9. Fracaso.</li> </ol>
Límites inadecuados	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Grandiosidad.</li> <li>11. Insuficiente Autocontrol</li> </ol>
Tendencia hacia otros	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Subyugación.</li> <li>13. Autosacrificio.</li> <li>14. Búsqueda de Aprobación</li> </ol>
Sobrevigilancia e inhibición	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Negatividad/ pesimismo.</li> <li>16. Control Excesivo.</li> <li>17. Normas Inalcanzables.</li> <li>18. Condena</li> </ol>
Adaptado de <a href="#">Young et al. (2007)</a>	

El dominio de desconexión y rechazo es el que compete en mayor medida a los individuos que padecen TLP. Dicho dominio es generador de sentimientos de abandono e inestabilidad donde predomina la sensación de inseguridad constante. Es necesario que el individuo pueda reconocer sus esquemas desadaptativos para poder comenzar a trabajar con ellos y generar mejoras en el tratamiento. Este es un trabajo lento, pero una vez logrado, resulta de gran utilidad para el paso siguiente, comenzar a diferenciar los modos de respuestas del individuo que son problemáticos (Young et al., 2007). Este modelo presenta efectividad empíricamente comprobada para el TLP, así como para varios de los trastornos de personalidad (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011; Young



et al., 2007).

### **(c) Terapia basada en la mentalización**

La terapia basada en la mentalización, es una psicoterapia de orientación psicoanalítica desarrollada por Bateman y Fonagy. Parte del supuesto teórico de que el TLP se desarrolla a partir de una falla en el proceso de apego, que genera dificultades en los procesos de mentalización, entendida como capacidad de entender los procesos mentales propios y de los demás (Bateman & Fonagy, 2004; Sánchez Quintero & Vega, 2013). El objetivo de la psicoterapia es aumentar la capacidad de reflexión del paciente, la mentalización, lo cual permite que el mismo logre contener, regular, experimentar y dar sentido a las emociones y sentimientos, todos ellos aspectos clave de la disfuncionalidad del TLP. Su uso se ha extendido a otras condiciones clínicas como el trastorno antisocial, el abuso de sustancias y los trastornos de alimentación (Bateman & Fonagy, 2004).

El concepto de mentalización ha demostrado estar estrechamente relacionado con hallazgos provenientes de las neurociencias, relacionados con la “teoría de la mente”, la empatía y su relación con las habilidades sociales (Arán Filippetti et al., 2012; Bateman & Fonagy, 2004; Fletcher et al., 1995; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011; Otsuka et al., 2011).

De los tres tratamientos con efectividad comprobada en el TLP, es el único con una matriz teórica psicoanalítica (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011).

## **2. Modelos psicopatológicos dimensionales**

Anteriormente nos referimos a la existencia de dos tipos de modelos teóricos respecto a la psicopatología, los dimensionales y los categoriales. Existen diferentes modelos psicopatológicos dimensionales, y este es quizás uno de los problemas que presentan los mismos, pues no existe un consenso sobre cuales o cuantas son estas dimensiones psicopatológicas básicas (Michellini et al., 2019). Nombraremos a continuación algunos de los más reconocidos o relevantes en los últimos años.

El PSY-5 (Harkness et al., 2012) es un modelo dimensional psicopatológico que se enfoca en evaluar la personalidad y síntomas psicopatológicos en adultos por medio del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-2), compuesto por cinco escalas (Jiménez Gómez et al., 2009):

- Agresividad (AGG).

- Psicoticismo (PSYC).
- Neuroticismo/ emocionalidad negativa (NEGE).
- Antisociabilidad (DISC).
- Introversión (INTR).

Estudios longitudinales a largo plazo, han mostrado una estructura factorial que podría describirse a través de 3 rasgos o dimensiones, más una dimensión común denominada “factor P” (siendo el equivalente “conceptual” del “factor G” en inteligencia). Según lo hallado por este grupo de investigadores, a partir de estas 3 dimensiones (más el factor P), se puede evaluar la psicopatología y explicar de manera satisfactoria los distintos trastornos -categoriales- a lo largo de la vida de las personas, la comorbilidad entre los mismos, la persistencia de los trastornos a lo largo del tiempo y severidad de los síntomas. Además del “factor P” común a los demás, se describen 3 dimensiones psicopatológicas (Caspi et al., 2013):

- Internalizante.
- Externalizante.
- Trastornos del pensamiento

Los estudios muestran que cuanto más alta es la puntuación de una persona en “P”, peor son los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, y personales de funcionamiento cerebral, historia de desarrollo infantil y deterioro de la vida adulta (Caspi et al., 2013).

### a) **Modelo psicopatológico de Derogatis**

El Inventario de Síntomas SCL-90-R, desarrollado por Derogatis (1977), evalúa una amplia gama de características psicopatológicas en el individuo, el cual puede aplicarse tanto a población clínica como población general (Davidson et al., 1997). A partir de la aplicación de cuestionarios autoaplicados que buscaban evaluar sintomatología psicopatológica, y a partir de análisis factoriales, desarrolló un modelo de 9 dimensiones (Derogatis, 1977).

Las 9 dimensiones propuestas son (Casullo & Pérez, 2008; Derogatis, 1977; Sandín et al., 2008):

1. **Depresión (DEP):** síntomas del trastorno depresivo, como disforia, anhedonia, pérdida de interés por actividades habituales, poca energía, desesperanza, ideaciones suicidas y otros síntomas somáticos y cognitivos de depresión.
2. **Hostilidad (HOST):** pensamientos, sentimientos y acciones relacionadas con la ira, tales como agresión, irritabilidad, resentimiento, fastidio, rabia y reacciones explosivas.
3. **Sensibilidad interpersonal (SIN):** sentimientos de inferioridad e inadecuación personal en comparación con otras personas. Baja autoestima y malestar ante interacciones sociales.

4. **Somatización (SO):** malestares que surgen de la percepción de disfunciones corporales variadas, con mediación del sistema nervioso autónomo. Incluye dolores de cabeza, musculares y manifestaciones somáticas de ansiedad.
5. **Ansiedad (ANS):** síntomas de diversos trastornos de ansiedad, como inquietud, tensión, nerviosismo y ataques de pánico.
6. **Psicoticismo (PSI):** síntomas del amplio rango psicótico, tales como aislamiento social, alucinaciones auditivas, ideas de transmisión y control del pensamiento, y funcionamiento social del tipo esquizoide.
7. **Obsesión-compulsión (OB):** síntomas característicos del Trastorno Obsesivo Compulsivo: pensamientos, acciones e impulsos vividos como involuntarios, intrusivos, indeseados e irresistibles, que son egodistónicos y/o imposibles de controlar por el sujeto.
8. **Ansiedad fóbica (FOB):** síntomas de fobia específica, caracterizados por respuestas persistentes de ansiedad o miedo irracionales y desproporcionados respecto al estímulo que desencadena las mismas, ocasionando conductas de evitación o huida.
9. **Ideación Paranoide (PAR):** síntomas tales como el pensamiento paranoide, como sentimientos de grandiosidad, de autorreferencia, temor a la pérdida de autonomía, pensamiento proyectivo y suspicaz y pensamiento delirante.

Este instrumento es considerado, a día de hoy, como el test de “screening” psicopatológico más utilizado a nivel mundial, con infinidad de estudios respecto a las más diversas condiciones clínicas (Alvarado et al., 2012; Casullo, 2004; Casullo & Pérez, 2008; Pedersen & Karterud, 2010; Sandín et al., 2008).

Para este estudio se utilizó el test SA-45 (Sandín et al., 2008), versión abreviada del SCL-90-R (Casullo, 2004; Davidson et al., 1997), que evalúa las mismas dimensiones psicopatológicas y mejora algunas deficiencias psicométricas de su antecesor (Sandín et al., 2008).

#### **D. Nivel Socioeconómico**

El nivel socioeconómico es una medida que permite determinar el estatus de una persona o familia en comparación al resto de la sociedad a partir de tres variables principales: ingresos, nivel de educación y empleo (CINVE, 2012). Es un indicador fiable de la capacidad de gasto de los hogares, evaluando la misma mediante indicadores mucho más pragmáticos que consultar los ingresos (es una pregunta incómoda, que no suele responderse o se suele hacer con poca veracidad) (CINVE, 2012).

El nivel socioeconómico, es una variable que ha mostrado estar relacionada con la predisposición a un amplio rango de problemas de salud (Davies et al., 2019; Lordan et al., 2012; Wang & Geng, 2019), y es una variable fundamental de estudiar en el continente con mayor desigualdad del mundo (ONU, s. f.).

El Índice de Nivel Socioeconómico (INSE), fue creado por un grupo de expertos sociólogos, para evaluar el nivel socioeconómico de los residentes en Uruguay de manera fiable. Lo hace a través de variables que explican los diferentes niveles socioeconómicos de nuestra sociedad, los perfiles de los hogares según los estratos sociales. El INSE analiza un conjunto de variables existentes como lo son el nivel educativo del principal sostenedor del hogar, el servicio doméstico que tienen en cada hogar, la cantidad de perceptores de ingreso del hogar, si existe algún universitario en el hogar, el equipamiento del hogar; cantidad de automóviles, cantidad de televisores, aire acondicionado, tv para abonados, refrigerador y la calidad de la vivienda, entre otros (CINVE, 2012).

El INSE discrimina los perfiles de los hogares según estratos, teniendo diferentes puntajes para cada estrato para discriminar los distintos niveles: bajo inferior, bajo superior, medio inferior, medio medio, medio superior, alto inferior, alto superior. Si bien es un índice que se presenta como una variable continua, puede convertirse en ordinal según una tabla de conversión (CINVE, 2012).

## **II. Antecedentes.**

### **A. Modelo de Personalidad de Cloninger y Trastornos de la Personalidad.**

Según el modelo teórico propuesto por Cloninger (Svrakic & Cloninger, 2010a), el diagnóstico de un Trastorno de Personalidad se debe hacer mediante dos pasos o etapas:

1. La presencia de déficits adaptativos (puntuaciones bajas en SC y C) marcan la presencia de algún trastorno de personalidad
2. El perfil específico temperamental, marca la disposición hacia un trastorno de personalidad específico

Estos perfiles temperamentales específicos a cada trastorno de personalidad se detallan en la Figura 12.

Figura 12 - Perfiles de Temperamento en Trastornos de Personalidad

<b>Trastornos de Personalidad</b>	<b>HA</b>	<b>NS</b>	<b>RD</b>	<b>P</b>
<b>Antisocial</b>	<b>Baja</b>	<b>Alta</b>	<b>Baja</b>	<b>Alta</b>
<b>Histriónico</b>	<b>Baja</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>	<b>Baja</b>
<b>Borderline</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>	<b>Baja</b>	<b>Baja</b>
<b>Narcisista</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>
<b>Evitativo</b>	<b>Alta</b>	<b>Baja</b>	<b>Alta</b>	<b>Baja</b>
<b>Dependiente</b>	<b>Baja</b>	<b>Baja</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>
<b>Esquizoide</b>	<b>Baja</b>	<b>Baja</b>	<b>Baja</b>	<b>Baja</b>
<b>Obsesivo/ansioso</b>	<b>Alta</b>	<b>Bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>

Adaptado y traducido de Svrakic & Cloninger (2010).

En la Figura 13 y la Figura 14 se muestran los antecedentes empíricos respecto a las dimensiones del modelo de Cloninger y los trastornos de personalidad en general (

Figura 13), y el TLP en particular (Figura 14). Ambas figuras son creación de la autora a partir de una búsqueda bibliográfica personal y una revisión no sistemática (Kitamura, s. f.).

Figura 13 - Evidencia Empírica sobre Perfiles de Temperamento y Carácter en Trastornos de Personalidad

T.P.	HA	NS	RD	PS	SD	C	ST
ANT	Bajo  (Maggini et al., 2000)	Alto  (S. A. Ball et al., 1997, 1997; Battaglia et al., 1996; Bayón et al., 1996; Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000; Svrakic et al., 1993)  Maggini et al., 2000; Nagoshi et al., 1992; Svrakic et al., 1993, 2002)	Bajo  (Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000; Svrakic et al., 1993)	Bajo  (Maggini et al., 2000)	Bajo  (S. A. Ball et al., 1997; Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)	Bajo  (Bayón et al., 1996; Griego et al., 1999; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)	
HIS	Alto  (S. A. Ball et al., 1997; Battaglia et al., 1996; Nagoshi et al., 1992)  Bajo  (Gutiérrez et al., 2002)	Alto  (Battaglia et al., 1996; Bejerot et al., 1998; Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Karwautz et al., 2003; Maggini et al., 2000; Svrakic et al., 1993)	Alto  (Battaglia et al., 1996; Bejerot et al., 1998; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000)	Alto  (Maggini et al., 2000)  Bajo  (Svrakic et al., 2002)	Bajo  (Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)	Bajo  (Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)	Alto  (Bayón et al., 1996; Svrakic et al., 2002)
TLP	Alto  (S. A. Ball et al., 1997; Battaglia et al., 1996; Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; Fossati et al., 2001; Griego et al., 1999; Joyce et al., 2010; Joyce, Mulder, et al., 2003; Maggini et al., 2000; Meares, 2014; Mulder et al., 1999; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002)	Alto  (Battaglia et al., 1996; Fossati et al., 2001; Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Joyce et al., 2010; Joyce, McKenzie, et al., 2003; Joyce, Mulder, et al., 2003; Maggini et al., 2000; Meares, 2014; Mulder et al., 1999; Nagoshi et al., 1992; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002)		Alto  (Maggini et al., 2000)  Bajo  (S. A. Ball et al., 1997)	Bajo  (S. A. Ball et al., 1997; Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; J. E. Casey & Joyce, 1999; Fossati et al., 2001; Griego et al., 1999; Joyce et al., 2010; Karwautz et al., 2003; Meares, 2014; Mulder et al., 1999; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002)	Bajo  (S. A. Ball et al., 1997; Bayón et al., 1996; Fossati et al., 2001; Griego et al., 1999; Joyce et al., 2010; Meares, 2014; Mulder et al., 1999; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002)	Alto  (Mulder et al., 1999; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 2002)

T.P.	HA	NS	RD	PS	SD	C	ST
NAR	<p>Alto</p> <p>(Battaglia et al., 1996; Nagoshi et al., 1992)</p>	<p>Alto</p> <p>(Battaglia et al., 1996; Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000; Miller et al., 2008; Svrakic et al., 2002)</p>	<p>Alto</p> <p>(Maggini et al., 2000)</p> <p>Bajo</p> <p>(J. E. Casey &amp; Joyce, 1999)</p>	<p>Alto</p> <p>(Maggini et al., 2000)</p>	<p>Bajo</p> <p>(S. A. Ball et al., 1997; Bejerot et al., 1998; J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Griego et al., 1999; Miller et al., 2008; Svrakic et al., 2002)</p>	<p>Bajo</p> <p>(S. A. Ball et al., 1997; Bejerot et al., 1998; J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Griego et al., 1999; Miller et al., 2008; Svrakic et al., 2002)</p>	<p>Alto</p> <p>(Bayón et al., 1996; Svrakic et al., 2002)</p>
EVI	<p>Alto</p> <p>(S. A. Ball et al., 1997; Battaglia et al., 1996; Bejerot et al., 1998; J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Gutiérrez et al., 2002; Joyce, McKenzie, et al., 2003; Maggini et al., 2000; Mulder et al., 1999; Nagoshi et al., 1992; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p>Bajo</p> <p>(Bejerot et al., 1998; Goldman et al., 1994; Joyce, McKenzie, et al., 2003; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993)</p>	<p>Alto</p> <p>(Maggini et al., 2000)</p> <p>Bajo</p> <p>(Battaglia et al., 1996; Nagoshi et al., 1992; Svrakic et al., 2002)</p>	<p>Alto</p> <p>(Maggini et al., 2000)</p> <p>Bajo</p> <p>(Griego et al., 1999)</p>	<p>Bajo</p> <p>(Bejerot et al., 1998; J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Griego et al., 1999; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p>Bajo</p> <p>(Griego et al., 1999; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 2002)</p>	<p>Bajo</p> <p>(Griego et al., 1999)</p>
DEP	<p>Alto</p> <p>(Battaglia et al., 1996; Bejerot et al., 1998; J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Griego et al., 1999; Karwautz et al., 2003; Maggini et al., 2000; Mulder et al., 1999; Nagoshi et al., 1992; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p>Alto</p> <p>(Battaglia et al., 1996; Maggini et al., 2000; Svrakic et al., 2002)</p> <p>Bajo</p> <p>(Karwautz et al., 2003)</p>	<p>Alto</p> <p>(Bejerot et al., 1998; J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>		<p>Bajo</p> <p>(Bejerot et al., 1998; J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Griego et al., 1999; Karwautz et al., 2003; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p>Bajo</p> <p>(Griego et al., 1999; Svrakic et al., 2002)</p>	

T.P.	HA	NS	RD	PS	SD	C	ST
<b>OBS</b>	<p><b>Alto</b></p> <p>(Battaglia et al., 1996; Bejerot et al., 1998; Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p><b>Bajo</b></p> <p>(Bejerot et al., 1998; Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000)</p>	<p><b>Bajo</b></p> <p>(J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000)</p>	<p><b>Alto</b></p> <p>(S. A. Ball et al., 1997; Battaglia et al., 1996; Bejerot et al., 1998; Maggini et al., 2000; Svrakic et al., 2002)</p>	<p><b>Bajo</b></p> <p>(Griego et al., 1999; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p><b>Bajo</b></p> <p>(Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p><b>Alto</b></p> <p>(Mulder et al., 1999)</p> <p><b>Bajo</b></p> <p>(Griego et al., 1999)</p>
<b>ESQ</b>	<p><b>Alto</b></p> <p>(Bayón et al., 1996; Goldman et al., 1994; Karwautz et al., 2003; Maggini et al., 2000; Nagoshi et al., 1992; Svrakic et al., 2002)</p>	<p><b>Bajo</b></p> <p>(Battaglia et al., 1996; Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000)</p>	<p><b>Bajo</b></p> <p>(S. A. Ball et al., 1997; Battaglia et al., 1996; Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Joyce, McKenzie, et al., 2003; Maggini et al., 2000; Nagoshi et al., 1992; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>		<p><b>Bajo</b></p> <p>(Bayón et al., 1996; J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p><b>Bajo</b></p> <p>(J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p><b>Bajo</b></p> <p>(Svrakic et al., 1993)</p>
<b>ESQT</b>	<p><b>Alto</b></p> <p>(Battaglia et al., 1996; Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000; Mulder et al., 1999; Nagoshi et al., 1992; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p><b>Alto</b></p> <p>(J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000)</p>	<p><b>Alto</b></p> <p>(Maggini et al., 2000)</p> <p><b>Bajo</b></p> <p>(Battaglia et al., 1996; Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p><b>Alto</b></p> <p>(Maggini et al., 2000)</p> <p><b>Bajo</b></p> <p>(Gutiérrez et al., 2002)</p>	<p><b>Bajo</b></p> <p>(Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; Griego et al., 1999; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p><b>Bajo</b></p> <p>(Bayón et al., 1996; Griego et al., 1999; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p><b>Alto</b></p> <p>(J. E. Casey &amp; Joyce, 1999; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 2002)</p> <p><b>Bajo</b></p> <p>(Bejerot et al., 1998)</p>



T.P.	HA	NS	RD	PS	SD	C	ST
PAR	Alto  (S. A. Ball et al., 1997; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000; Mulder et al., 1999; Nagoshi et al., 1992; Svrakic et al., 2002)	Alto  (Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)  Bajo  (Maggini et al., 2000)	Bajo  (Battaglia et al., 1996; J. E. Casey & Joyce, 1999; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000; Nagoshi et al., 1992; Svrakic et al., 1993, 2002)	Alto  (Maggini et al., 2000; Svrakic et al., 2002)	Bajo  (Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; J. E. Casey & Joyce, 1999; Griego et al., 1999; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)	Bajo  (Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; J. E. Casey & Joyce, 1999; Griego et al., 1999; Karwautz et al., 2003; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)	Alto  (Bayón et al., 1996; Svrakic et al., 2002)
PAG	Alto  (Battaglia et al., 1996; Bayón et al., 1996; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000; Nagoshi et al., 1992)	Alto  (Battaglia et al., 1996; Bayón et al., 1996; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000; Svrakic et al., 1993)	Bajo  (Maggini et al., 2000)	Bajo  (Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000; Svrakic et al., 1993)	Bajo  (Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993)	Bajo  (Bayón et al., 1996; Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993)	Bajo  (Griego et al., 1999)
SAD		Alto  (Battaglia et al., 1996; Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993)	Bajo  (Griego et al., 1999)		Bajo  (Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993)	Bajo  (Bayón, 2006a; Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993)	
MAS	Alto  (Battaglia et al., 1996; Bayón et al., 1996; Griego et al., 1999; Maggini et al., 2000; Nagoshi et al., 1992; Svrakic et al., 1993)	Alto  (Battaglia et al., 1996; Maggini et al., 2000)	Bajo  (Maggini et al., 2000)	Bajo  (Maggini et al., 2000)	Bajo  (Bayón et al., 1996; Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993)	Bajo  (Griego et al., 1999; Svrakic et al., 1993)	
DEPR	Alto  (Griego et al., 1999)				Bajo  (Griego et al., 1999)	Bajo  (Griego et al., 1999)	Bajo  (Griego et al., 1999)

T.P.	HA	NS	RD	PS	SD	C	ST
G. A	<p>Alto</p> <p>(S. Ball et al., 2002; Battaglia et al., 1996; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>		<p>Bajo</p> <p>(S. Ball et al., 2002; Battaglia et al., 1996; Gutiérrez et al., 2002; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>		<p>Bajo</p> <p>(S. Ball et al., 2002; Bejerot et al., 1998; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p>Bajo</p> <p>(S. Ball et al., 2002; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	
G. B	<p>Alto</p> <p>(S. Ball et al., 2002; Battaglia et al., 1996; Joyce et al., 2010; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 2002)</p>	<p>Alto</p> <p>(S. Ball et al., 2002; Battaglia et al., 1996; Bejerot et al., 1998; Brent et al., 1990; Joyce et al., 2010; Mulder et al., 1999; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>			<p>Bajo</p> <p>(S. Ball et al., 2002; Joyce et al., 2010; Mulder et al., 1999; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p>Bajo</p> <p>(S. Ball et al., 2002; Joyce et al., 2010; Mulder et al., 1999; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p>Alto</p> <p>(Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 2002)</p>
G. C	<p>Alto</p> <p>(S. Ball et al., 2002; Battaglia et al., 1996; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p>Alto</p> <p>(Svrakic et al., 2002)</p> <p>Bajo</p> <p>(Bejerot et al., 1998; Mulder et al., 1999)</p>			<p>Bajo</p> <p>(S. Ball et al., 2002; Bejerot et al., 1998; Mulder et al., 1999; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	<p>Bajo</p> <p>(S. Ball et al., 2002; Svrakic et al., 1993, 2002)</p>	
TPG	<p>Alto</p> <p>(Battaglia et al., 1996; Karwautz et al., 2003)</p>	<p>Alto</p> <p>(Battaglia et al., 1996)</p>	<p>Bajo</p> <p>(Gutiérrez et al., 2002)</p>		<p>Bajo</p> <p>(Gutiérrez et al., 2002, 2008; Karwautz et al., 2003; Richter &amp; Brändström, 2009)</p>	<p>Bajo</p> <p>(Gutiérrez et al., 2002, 2008; Karwautz et al., 2003; Richter &amp; Brändström, 2009)</p>	<p>Alto</p> <p>(Gutiérrez et al., 2002)</p>

T.P.	HA	NS	RD	PS	SD	C	ST
<p>ANT: T. Antisocial de la personalidad; HIS; T. Histriónico de la personalidad; TLP: T. Límite de la personalidad; NAR: T. Narcisista de la personalidad; EVI: T. Evitativo de la personalidad; DEP: T. Dependiente de la personalidad; OBS: T. Obsesivo de la personalidad; ESQ: T. Esquizoide de la personalidad; ESQT: T. Esquizotípico de la personalidad; PAR: T. Paranoide de la personalidad; PAG: T. Pasivo Agresivo de la personalidad; SAD: T. Sádico de la personalidad; MAS: T. Masoquista de la personalidad; DEPR: Trastorno depresivo de la personalidad; G.A: T. de personalidad del grupo A; G.B: T. de personalidad del grupo B; G.C: T. de personalidad del grupo C; TPG: Trastornos de personalidad en general</p>							

Como se puede observar en la Figura 12 y la Figura 13, los datos empíricos se corresponden parcialmente con lo postulado desde el punto de vista teórico. En base a lo antedicho, se propusieron distintas formas de evaluar Trastornos de Personalidad a partir del TCI. La propuesta de Cloninger, parte del modelo de dos etapas anteriormente mencionado (Svrakic & Cloninger, 2010a): puntajes bajos en Autodirección y Cooperación (por debajo del percentil 33 en ambos casos), y luego tomar los perfiles de temperamento en específicos para cada trastorno (C. R. Cloninger et al., 1994). Existen otras propuestas de puntos de corte, utilizando las mismas variables, agregando Dependencia de la Recompensa, o haciendo combinaciones diferentes de varios ítems del test (Dell’Orco et al., 2018; Paolini et al., 2016; Strack, 2006).

Respecto al TLP en particular, tal como se observa en la Figura 13 y la Figura 14, se presenta un patrón caracterizado por (Dolcet i Serra et al., 2006; Svrakic & Cloninger, 2010):

- Puntuaciones elevadas en Búsqueda de Novedad (NS), rasgo relacionado con una mayor probabilidad de conductas impulsivas de riesgo como gasto excesivo, sexo no seguro, abuso de sustancias, reacciones explosivas e inestabilidad en los vínculos, automutilación e intentos de autoeliminación
- Puntuaciones elevadas en Evitación del daño (HA), relacionado una mayor probabilidad de síntomas de ansiedad, depresivos y conductas evitativas
- Puntuaciones bajas en Autodirección (TCI-SD), relacionado con falta de asertividad, habilidades de autorregulación, autocontrol y una menor efectividad de conductas dirigidas a metas
- Puntuaciones bajas en Cooperación (TCI-C), relacionado con menores habilidades interpersonales, empatía y compasión, y más frecuencia de sentimientos de rencor y falta de confianza en los demás

No se hallaron relaciones consistentes entre el TLP y las dimensiones de Dependencia de la Recompensa (TCI-RD), y Persistencia (TCI-PS) en los estudios realizados, contrastando con lo postulado teóricamente (ver Figura 14).

Figura 14 – Teoría y Evidencia Empírica sobre Perfiles de Temperamento y Carácter en Trastorno de Personalidad Límitrofe

TP	HA	NS	RD	PS	SD	C	ST
Modelo teórico  (Svrakic & Cloninger, 2010a)	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	
Evidencia empírica	Alto  (S. A. Ball et al., 1997; Battaglia et al., 1996; Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; Fossati et al., 2001; Griego et al., 1999; Joyce et al., 2010; Joyce, Mulder, et al., 2003; Maggini et al., 2000; Meares, 2014; Mulder et al., 1999; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002)	Alto  (Battaglia et al., 1996; Fossati et al., 2001; Goldman et al., 1994; Griego et al., 1999; Joyce et al., 2010; Joyce, McKenzie, et al., 2003; Joyce, Mulder, et al., 2003; Maggini et al., 2000; Meares, 2014; Mulder et al., 1999; Nagoshi et al., 1992; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002)		Alto  (Maggini et al., 2000)  Bajo  (S. A. Ball et al., 1997)	Bajo  (S. A. Ball et al., 1997; Bayón et al., 1996; Bejerot et al., 1998; J. E. Casey & Joyce, 1999; Fossati et al., 2001; Griego et al., 1999; Joyce et al., 2010; Karwautz et al., 2003; Meares, 2014; Mulder et al., 1999; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002)	Bajo  (S. A. Ball et al., 1997; Bayón et al., 1996; Fossati et al., 2001; Griego et al., 1999; Joyce et al., 2010; Meares, 2014; Mulder et al., 1999; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 1993, 2002)	Alto  (Mulder et al., 1999; Pukrop, 2002; Svrakic et al., 2002)

Tal como se señaló en el capítulo anterior, es importante señalar dos aspectos. El primero, la correspondencia parcial entre lo postulado teóricamente y lo observado empíricamente respecto al TLP (Figura 14). El segundo, la utilización del TCI para la evaluación de trastornos de personalidad en general, y para la evaluación del TLP en particular. Respecto a este último punto, ya se expuso anteriormente la propuesta de Cloninger, con puntos de corte por debajo del percentil 33 en Autodirección y Cooperación y Dependencia de la Recompensa, y puntajes por encima del percentil 67 en Búsqueda de Novedad, Evitación del Daño y Persistencia (C. R. Cloninger et al., 1994). Una posterior revisión de diversos puntos de corte, establece como criterios (para optimizar la sensibilidad y la especificidad del instrumento) para la presencia de TLP el siguiente perfil (Meares, 2014): puntajes por encima del percentil 70 en Búsqueda de Novedad y Evitación del Daño, y por debajo del percentil 30 en Autodirección y Cooperación. Estos mismos criterios serán los utilizados en el presente estudio.

## **B. TLP y sexo, edad, lugar de residencia y crianza, nivel socioeconómico y síntomas psicopatológicos**

Respecto al sexo, se señaló anteriormente que el DSM-IV (López-Ibor et al., 2002) refiere una prevalencia mayoritariamente femenina (75% de los casos), y cómo se ha hipotetizado que esta diferencia se debe principalmente a que la población femenina tiende a consultar y a solicitar asistencia profesional más frecuentemente (Busch et al., 2016; Sansone & Sansone, 2011). Ello podría deberse a diversos factores, por ejemplo la mayor frecuencia de autolesiones e intentos de autoeliminación en mujeres (lo cual deriva en centros de atención sanitaria), y la mayor frecuencia de consumo problemático de sustancias, trastornos de conducta y conductas delictivas en hombres (lo cual deriva al sistema penitenciario) (Bjorklund, 2006; Sansone & Sansone, 2011; Skodol & Bender, 2003). Se estima que la prevalencia del TLP en pacientes ambulatorios se estima entre el 11 y 20%, en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas entre el 18 y 32%, y en población carcelaria entre el 25 y 50% (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011). Es un grupo poblacional de un gran impacto en los sistemas sanitario y penitenciario, y ello es un factor de gran relevancia para entender de qué manera se llega al mismo y de qué manera (es razonable suponer que es más “medible” la población atendida por el sistema de atención sanitaria, respecto a la población carcelaria). Por todo ello, en los últimos años, parece concluirse que la prevalencia entre ambos géneros tiende a ser similar (Busch et al., 2016; Grant et al., 2008; Sansone & Sansone, 2011).

No obstante ello, sí parece haber diferencias en cuanto a la presentación del TLP en función de género, donde se observa (Barnow et al., 2007; Grant et al., 2008; Sansone & Sansone, 2011; Tadić et al., 2009; Zanarini et al., 1998):

1. En hombres: más frecuencia de consumo de sustancias, rasgos de personalidad antisociales, paranoides y narcisistas, rasgos más marcados de Búsqueda de Novedad y de Evitación del Daño.
2. En mujeres: más frecuencia de trastornos de la alimentación, del humor, de ansiedad y por estrés postraumático, rasgos más marcados de Evitación del daño y más bajos de Búsqueda de Novedad

Respecto a la variable edad, diversos estudios sugieren que la severidad de los síntomas del TLP tiende a decrecer con la edad, con una mayor prevalencia a edades más jóvenes en ambos sexos (Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2008, 2012). Particularmente, los síntomas relacionados con la impulsividad (autolesiones, consumo problemático de drogas, trastornos de conducta, etc), tienden a disminuir con la edad (Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2008, 2012), tal como señala el propio manual del DSM-IV (López-Ibor et al., 2002).

La relación entre la prevalencia de los trastornos de personalidad y el lugar de residencia o crianza ha sido relativamente poco estudiada, sin embargo existen varios antecedentes al respecto (Coid et al., 2006; Grant et al., 2004, 2008; Jackson & Burgess, 2000; J. Paris, 1998; Pulay et al., 2009; Rossier et al., 2013; Stinson

et al., 2008). Se sostiene que los entornos más urbanizados exponen a mayores niveles de estrés de diverso tipo, y ello se relaciona con un mayor riesgo de trastornos de personalidad (Santana et al., 2018). De todos ellos la exposición a situaciones de violencia parece ser la más relevante en relación a la presencia de trastornos de personalidad del grupo B y C (Santana et al., 2018). La evidencia parece sugerir que existe una mayor prevalencia en zonas rurales de trastornos del grupo C, y mayor prevalencia en zonas urbanas de trastornos del grupo B (J. Paris, 1998; Revappala, 2016) en general, y del TLP en particular (Torgersen et al., 2001).

Un antecedente es particularmente relevante, por su proximidad temporal y geográfico cultural, realizado en la megalópolis de San Pablo, Brasil (Santana et al., 2018). Si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, la prevalencia de trastornos del grupo A aumentó a medida que aumentaba el grado de urbanicidad (ciudad, pueblo, rural), y en los grupos B y C, la prevalencia aumentaba gradualmente desde las grandes ciudades, luego en las zonas rurales y la prevalencia más alta en localidades pequeñas (Santana et al., 2018).

Además de que no existen suficientes estudios al respecto de este punto, otros autores señalan una dificultad adicional: la mayoría de antecedentes se han centrado en el estudio de la relación de la prevalencia de enfermedades con el lugar de residencia actual, en lugar de hacerlo en función del lugar de nacimiento o crianza (Santana et al., 2018). Y es bien sabida la importancia de los primeros años de vida en la conformación de la personalidad, tanto sana como patológica (Aaron T. Beck et al., 2010; Caspi et al., 2013; Young et al., 2007). Por ello, el presente estudio evalúa la relación del riesgo de TLP no solamente con el lugar de residencia actual, sino también con el lugar en el que residió mayormente su primera y su segunda décadas de vida.

El nivel socioeconómico, es un factor que se ha asociado a un amplio rango de trastornos mentales y médicos (Brown & Harris, 1979; Davies et al., 2019; Lordan et al., 2012; Wang & Geng, 2019). En el caso del TLP, también se ha encontrado una asociación entre un menor nivel socioeconómico y una mayor prevalencia del trastorno (Cohen et al., 2008; Grant et al., 2008). Ello se debería a una mayor presencia de factores tales como traumas infantiles, un menor CI (Coeficiente Intelectual), estresores recientes, parentalización inadecuada, comorbilidades más frecuentes (Cohen et al., 2008), menores niveles educativos (Martínez-Raga et al., 2005; J. Paris, 1992; Torgersen et al., 2001), más frecuencia de problemas familiares y dificultades en el acceso a servicios -entre los cuales es destacable el acceso a servicios de atención sanitaria- (Martínez-Raga et al., 2005).

América latina, por su parte, es el continente con mayor desigualdad social del mundo, si bien Uruguay es el país con menor desigualdad del mismo (ONU, s. f.). Particularmente, Uruguay es uno de los países del mundo donde esta relación es más marcada (Delhey & Steckermeier, 2019). Por ello, se entiende particularmente importante medir dicha variable y su relación con el riesgo de TLP en nuestro país.

Es ampliamente documentada la alta comorbilidad de los trastornos de personalidad con otros trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2014; López-Ibor et al., 2002). El SCL-90-R es un instrumento que,

como se detalló anteriormente, no evalúa trastornos mentales de forma específica pero sí síntomas psicopatológicos de un modo dimensional, y es un indicador confiable de malestar psicopatológico general (Bados et al., 2005; Casullo & Pérez, 2008; Gempp & Avendaño, 2008; Sanchez & Ledesma, 2009). En los trastornos de personalidad, se observan puntuaciones más altas en los índices “interpersonales” de sensibilidad interpersonal, hostilidad e ideación paranoide, si bien dichas puntuaciones no permiten discriminar adecuadamente población con o sin trastornos de personalidad (Pedersen & Karterud, 2010). Este instrumento también se ha utilizado para evaluar la evolución de los pacientes con TLP en tratamiento (Levy et al., 1999; Petersen et al., 2008; Stals et al., 2010), observándose puntuaciones más altas en adolescentes con TLP en las dimensiones de sensibilidad interpersonal, depresión y hostilidad (Levy et al., 1999), y puntuaciones más altas en todas las dimensiones y en el índice de severidad global en mujeres adultas (Andersen et al., 2012).

En función de los antecedentes señalados, de las áreas de conocimiento previo y áreas vacantes o poco investigadas, se plantea el presente proyecto de investigación. Se trata del primer estudio realizado en nuestro país con un muestreo representativo que utilice instrumentos de evaluación de personalidad o de síntomas psicopatológicos de amplio rango. Es nuestra intención que pueda ser un valioso aporte para el conocimiento de la realidad del TLP en nuestro país, así como que pueda colaborar al análisis de las relaciones del mismo con las otras variables estudiadas.

### **III. Objetivos**

#### **Objetivo general.**

- Investigar el perfil de la población uruguaya mayores de 18 años, con riesgo de presentar el TLP, respecto a sexo, edad, rasgos de personalidad, lugar de residencia, lugar de crianza, nivel socioeconómico y síntomas psicopatológicos.
- Analizar la relación entre el perfil de riesgo de TLP y las variables sexo, edad, rasgos de personalidad lugar de residencia, lugar de crianza, nivel socioeconómico y síntomas psicopatológicos.

#### **Objetivos específicos.**

- 1-** Conocer la prevalencia de la población con riesgo de padecer TLP a nivel de toda la población uruguaya mayor de 18 años.
- 2-** Cuantificar la prevalencia de población de riesgo de TLP en cuanto al sexo y edad, y analizar la relación entre dichas variables.
- 3-** Analizar la relación entre los rasgos de personalidad y el riesgo de TLP, y la relación entre los rasgos de personalidad y el sexo en el grupo clínico

- 4- Determinar si el nivel socioeconómico se relaciona con el riesgo de padecer trastorno límite de la personalidad en dicha población.
- 5- Analizar la prevalencia de la población de riesgo en función del lugar de crianza y lugar de residencia, y establecer si existe una relación entre dichas variables.
- 6- Evaluar la sintomatología psicopatológica presente en dicha subpoblación y valorar si presenta diferencias con el resto de la población uruguaya mayor de 18 años.
- 7- Determinar si existen diferencias en la sintomatología psicopatológica de la población con riesgo de TLP en función del sexo

## IV. Metodología

### A. Diseño de investigación

Se utiliza un diseño de investigación transeccional correlacional-causal (Hernández Sampieri et al., 2010).

### B. Participantes

La **selección de la muestra** (Hernández et al., 1997) se efectuó desde un muestreo probabilístico aleatorio por cuotas, técnica donde la muestra reunida tiene la misma proporción de individuos que toda la población con respecto al fenómeno enfocado. En este caso, se realizaron cuotas en función de sexo y 5 franjas de edad (18-24, 25-30, 31-45, 45 y más), por lo cual se seleccionan 2200 sujetos residentes en Uruguay, mayores de 18 años. Se realizó un sorteo de 550 secciones censales, tomando los datos del Censo de Población 2011 (INE, s. f.), en cada una de las cuales se entrevistó a 4 sujetos. Del total de 2200 sujetos, una vez eliminados formularios incompletos o completados al azar (a tales efectos, el TCI-140 posee 4 ítems de control del tipo “Por favor, redondee el número 4, es una pregunta de control”, se eliminaron aquellos cuestionarios con más de un error en estos ítems), se obtienen 1961 casos válidos. El total de la muestra “sorteada” incluyó zonas urbanas y rurales, tal como se representa gráficamente en la Ilustración 1.



Ilustración 1 - Mapa de la distribución de la muestra



- x Urbana (X sujetos)
- x Rural (X sujetos)

Adaptado de *Detailed Political Map of Uruguay—Ezilon Maps* (s. f.).

### C. Instrumentos

Se aplican a todos los participantes en el presente estudio:

- 1- Cuestionario sociodemográfico ad-hoc, que contiene, entre otras preguntas (ver Anexo 2):
  - a. Sexo
  - b. Edad

- c. Lugar de residencia actual (se define por la sección censal en la cual fue sorteado)
  - d. Lugar de crianza niñez. Se pregunta “Su infancia (hasta los 10 años) la pasó principalmente en” y presenta como opciones de respuesta: Ciudad, Pueblo o rural
  - e. Lugar de crianza adolescencia. Se pregunta “Su adolescencia (hasta los 20 años) la pasó principalmente en” y presenta como opciones de respuesta: Ciudad, Pueblo o rural
- 2- INSE (Llambí y Piñeyro, 2012), que evalúa (ver Anexo 2): nivel socioeconómico (INSE).
  - 3- TCI-140 (C. R. Cloninger et al., 1994), en su adaptación uruguaya (Selma et al., 2017), que evalúa los rasgos de personalidad de: Búsqueda de Novedad (TCI-NS), Evitación del Daño (TCI-HA), Dependencia de Recompensa (TCI-RD), Persistencia (TCI-PS), Autodirección (TCI-SD), Cooperación (TCI-C) y Autotrascendencia (TCI-SD).
  - 4- Versión española del NEO-FFI (Costa & McCrae, 2008), que evalúa los rasgos de personalidad de: Neuroticismo (NEO-N), Extroversión (NEO-E), Apertura a la experiencia (NEO-O), Amabilidad (NEO-A), Responsabilidad (NEO-C).
  - 5- Versión argentina del ZKPQ-50-CC (Póo et al., 2013), que evalúa los rasgos de personalidad de: Impulsividad – Búsqueda de sensaciones (ImpSS), Neuroticismo-Ansiedad (NAnx), Sociabilidad (Sy), Agresividad – Hostilidad (AggHost), Actividad (Act).
  - 6- SA-45 (Sandín et al., 2008), que evalúa síntomas psicopatológicos de: Depresión (SA-DEP), Hostilidad (SA-HOST), Sensibilidad Interpersonal (SA-SIN), Somáticos (SA-SA-), Psicoticismo (SA-PSI), Obsesión-compulsión (SA-OBS), Ansiedad fóbica (SA-FOB), Paranoide (SA-PAR).

En la presente tesis no se trabajará con las escalas NEO-FFI ni ZKPQ-50-CC, debido a que, si bien son parte del proyecto en el cual esta tesis está inserta, no se han considerado para los objetivos del presente estudio, ya que se superponen parcialmente con las variables del TCI-140. La aplicación de 3 instrumentos de personalidad de manera simultánea, permite estudios de validez convergente y discriminante, que escapan al objeto de la presente tesis.

Tal como se señaló oportunamente, parte de esta muestra fue “sorteada” para la aplicación de escalas adicionales, parte de otros proyectos “anidados” (Selma, 2015; Selma & Fernández-Theoduloz, 2015, 2016) en el de “Personalidad y Psicopatología” (Selma, s. f.). Para dichas escalas “adicionales” (Disexecutive Questionnaire, Frontal Assessment Battery y Rorschach), y su aplicación fue realizada con posterioridad a la entrega de las escalas anteriores al entrevistador (por ende, se supone que no afecta a los resultados ni diseño de la presente tesis de maestría).

## **D. Procedimiento**

Una vez obtenida la muestra de “manzanas” sorteadas, se visitan todos los domicilios de la misma (comenzando por una esquina al azar), hasta completar los 4 cuestionarios en cada una. Cada vez que se

visita un domicilio, la aplicación se realiza de la siguiente manera:

1. Se realiza la presentación de la investigación, se lee y firma el consentimiento informado
2. Se aplica el cuestionario sociodemográfico por parte del entrevistador
3. Se entrega al participante el resto de escalas para que pueda “autocompletarlas” en su domicilio
4. Después de aproximadamente una hora se retira el formulario completado

A cada aplicador le correspondía grupos de 2 o 3 manzanas, para los cuales debía obtener una muestra “balanceada” en función de cuotas de sexo y las 4 franjas de edad mencionadas, con la misma proporción aproximada de la proporción real de esas franjas de edad y sexo en la población uruguaya.

Una vez completados los formularios, se pasan los datos a una planilla Excel, se realiza un trabajo de verificación de errores y de eliminación de casos incompletos o completados al azar sobre la base de datos, y se exporta posteriormente al programa SPSS.

## **E. Análisis de Datos**

Se trabaja con el software estadístico SPSS, tal como fue señalado anteriormente. Para determinar la submuestra que se considerará como de “riesgo de padecer TLP”, se utilizarán 4 dimensiones del TCI-140 (Selma et al., 2017). Tal como se expuso anteriormente, los antecedentes señalan cómo existe una relación entre los puntajes en varias dimensiones de dicho test y el diagnóstico de TLP. Desde la teoría (Svrakic & Cloninger, 2010a) se propone un perfil con puntajes bajos en TCI-RD, TCI-SD y TCI-C, y altos en TCI-NS, TCI-HA y TCI-PS. Desde el punto de vista empírico, tal como se presentó en la Figura 13 y la Figura 14, existen 4 dimensiones que presentan perfiles específicos en el TLP, que son TCI-NS, TCI-HA, TCI-SD y TCI-C. Se tomarán los criterios propuestos por Meares (2014), definiendo la población con riesgo de TLP a partir de aquellos que cumplen de manera simultánea 4 condiciones:

- 1- Puntaje por encima del percentil 70 en la variable (TCI-NS).
- 2- Puntaje por encima del percentil 70 en la variable (TCI-HA).
- 3- Puntaje por debajo del percentil 30 en la variable (TCI-SD).
- 4- Puntaje por debajo del percentil 30 en la variable (TCI-C).

En base a estos indicadores se establece la sub-población con riesgo de TLP. La misma se analiza en comparación con el resto de la población, con respecto a las variables: sexo, edad, lugar de crianza y residencia, rasgos de personalidad, nivel socioeconómico, síntomas psicopatológicos,

## **F. Consideraciones éticas**

Considerando las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos elaborada por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la investigación que requiera de la participación de seres humanos será justificada cuando implique las posibilidades de descubrir beneficios para la salud de las personas, siempre y cuando se respete y proteja debidamente a los sujetos de la investigación (World Health Organization & Council for International Organizations of Medical Sciences, 2017).

De acuerdo con dichas pautas y siguiendo la legislación nacional vigente, la participación de este estudio es de índole voluntaria y anónima. Se les otorgó a los individuos el consentimiento informado correspondiente (Anexo 1) para su revisión y aceptación donde se deja constancia de que sus datos serán protegidos debido a que los mismos serán estrictamente utilizados con fines estadísticos. En caso de que fuese necesario, estuvo prevista la orientación al participante para recibir atención psicológica previendo que ningún sujeto se vea perjudicado en el proceso de dicho estudio. El proyecto contó con el aval correspondiente del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología (Udelar).

## **V. Resultados**

### **A. Respecto al Objetivo específico 1: Conocer la prevalencia de riesgos de padecer TLP a nivel de toda la población uruguaya mayor a 18 años**

La muestra del grupo clínico (1) es de un 2,2% de prevalencia de riesgo de TLP con respecto a toda la población analizada. El grupo clínico (1) es discriminado teniendo en cuenta que cumplan todos con los criterios propuestos, en el caso de Autodirección (SD) y Cooperación (C), que estén por debajo del percentil 30 en el caso, y por encima del percentil 70 en el caso de Búsqueda de Novedad (NS) y Evitación de Daño (HA). Para discriminar los sujetos respecto a su pertenencia al grupo 1 (riesgo de TLP) o al grupo 0 (resto de la muestra), se toman los estadísticos descriptivos del TCI-140 (en las 4 variables que determinan el grupo clínico) en la muestra, diferenciándolos por sexo masculino y femenino en 5 franjas etarias: de 18 a 24 años, de 25 a 30 años, 31 a 45 años, 46 a 60 años y 60 años o más (ver Tablas 1 a 10). Se toman estas franjas etáreas en línea con las utilizadas para la construcción de los baremos del TCI-140 en población uruguaya (en proceso de publicación). De este modo, en cada una de estas franjas de edad, se puede discriminar de manera más adecuada la población con riesgo de TLP, en función de cumplir con las 4 condiciones descritas anteriormente (puntajes en el TCI-140).

Tabla 1 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en hombres de 18 a 24 años

		TCI-NS	TCI-HA	TCI-SD	TCI-C
N	Válido	156	156	156	156
	Perdidos	0	0	0	0
Media		61,08	53,22	73,97	57,26
Desviación estándar		9,828	10,819	12,974	8,253
Percentiles	30	55,00	47,00	68,00	53,00
	70	66,00	58,00	82,00	62,90

Tabla 2 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en hombres de 25 a 30 años

		TCI-NS	TCI-HA	TCI-SD	TCI-C
N	Válido	105	105	105	105
	Perdidos	0	0	0	0
Media		56,80	54,73	75,28	56,32
Desviación estándar		10,018	11,685	13,606	8,415
Percentiles	30	52,00	48,00	67,80	53,00
	70	61,20	62,00	85,00	61,00

Tabla 3 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en hombres de 31 a 45 años

		TCI-NS	TCI-HA	TCI-SD	TCI-C
N	Válido	243	243	243	243
	Perdidos	0	0	0	0
Media		54,72	54,07	79,30	57,95
Desviación estándar		10,891	11,136	11,944	8,599
Percentiles	30	48,00	49,00	73,00	55,00
	70	60,00	59,00	87,00	62,00

Tabla 4 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en hombres de 46 a 60 años

		TCI-NS	TCI-HA	TCI-SD	TCI-C
N	Válido	205	205	205	205
	Perdidos	0	0	0	0
Media		53,00	54,23	81,20	59,58
Desviación estándar		9,948	11,106	11,843	8,262
Percentiles	30	48,00	49,00	76,80	55,00
	70	58,00	60,00	89,00	64,00

Tabla 5 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en hombres de 61 y más años

		TCI-NS	TCI-HA	TCI-SD	TCI-C
N	Válido	201	201	201	201
	Perdidos	0	0	0	0
Media		51,90	56,65	77,70	58,89
Desviación estándar		8,868	10,474	13,339	7,147
Percentiles	30	48,00	52,00	72,60	55,00
	70	57,00	61,00	86,00	63,00

Tabla 6 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en mujeres de 18 a 24 años

		TCI-NS	TCI-HA	TCI-SD	TCI-C
N	Válido	141	141	141	141
	Perdidos	0	0	0	0
Media		55.82	60.67	76.83	59.57
Desviación Estándar		9.153	10.488	12.714	7.296
Percentiles	30	51.60	56.00	71.00	57.00
	70	60.40	67.00	84.40	63.40

Tabla 7 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en mujeres de 25 a 30 años

		TCI-NS	TCI-HA	TCI-SD	TCI-C
N	Válido	133	133	133	133
	Perdidos	0	0	0	0
Media		56,47	59,22	78,78	60,92
Desviación estándar		10,374	11,518	12,141	6,990
Percentiles	30	50,00	53,00	72,00	58,00
	70	61,00	66,00	86,00	65,00

Tabla 8 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en mujeres de 31 a 45 años

**Estadísticos**

		TCI-NS	TCI-HA	TCI-SD	TCI-C
N	Válido	268	268	268	268
	Perdidos	0	0	0	0
Media		54.47	59.79	79.18	60.57
Desviación Estándar		10.270	12.234	13.673	7.897
Percentiles	30	49.00	54.00	72.00	57.00
	70	59.00	66.30	88.00	66.00

Tabla 9 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en mujeres de 46 a 60 años

		TCI-NS	TCI-HA	TCI-SD	TCI-C
N	Válido	274	274	274	274
	Perdidos	0	0	0	0
Media		54.16	58.65	77.98	61.91
Desviación Estándar		9.825	11.829	13.755	7.653
Percentiles	30	49.00	53.00	71.00	58.00
	70	59.00	65.50	88.00	66.00

Tabla 10 - Estadísticos descriptivos del TCI-140 en mujeres de 61 y más años

		TCI-NS	TCI-HA	TCI-SD	TCI-C
N	Válido	235	235	235	235
	Perdidos	0	0	0	0
Media		52.42	60.07	77.24	61.21
Desviación Estándar		9.941	11.999	13.463	8.654
Percentiles	30	47.00	53.80	72.00	57.00
	70	57.20	66.00	86.00	66.00

**A partir de los criterios anteriormente mencionados, y tomando los puntos de corte descritos en las Tablas 1 a 10, se halla que el grupo clínico (1) se conforma por 44 casos y el resto de la población (0) contiene 1917 casos. La prevalencia del grupo clínico ante el total de la población es de 2,244%. De aquí en más, se denominará como variable “grupo” a la pertenencia al grupo clínico (1) o de riesgo de padecer TLP, o no clínico (0) con el resto de la muestra.**

**B. Respecto al Objetivo específico 2: Cuantificar la prevalencia de población de riesgo de TLP en cuanto al sexo y edad, y analizar la relación entre dichas variables**

**Análisis con respecto al sexo.**

En la Tabla 11 se muestran las frecuencias y porcentajes dentro de la muestra en función de grupo y sexo. A partir de las mismas, se calculan las prevalencias en función de sexo: en mujeres 1.998%, en hombres: 2.527%.

Tabla 11 - Frecuencias y porcentajes en función de grupo y sexo

	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Mujer	21	47,7272727	1030	53,7297861
Hombre	23	52,2727273	887	46,2702139
Grupo	1		0	

Se observa una leve diferencia a favor de los hombres. Para evaluar si dicha relación es estadísticamente significativa, se aplica la “prueba exacta de Fisher”, cuyos resultados se exponen en la Tabla 12. El resultado de la misma indica que dicha relación no es significativa estadísticamente, tomando punto de corte una significación estadística de  $p < 0.05$  (tal como es habitual en ciencias sociales), este punto de corte se toma para todas las pruebas subsiguientes.



Tabla 12 - Prueba exacta de Fisher: variables grupo y sexo

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,623 <sup>a</sup>	1	,430	,448	,262	
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,405	1	,524			
Razón de verosimilitud	,621	1	,431	,448	,262	
Prueba exacta de Fisher				,448	,262	
Asociación lineal por lineal	,623 <sup>c</sup>	1	,430	,448	,262	,089
N de casos válidos	1961					

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,42.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. El estadístico estandarizado es ,789.

### **Análisis con respecto a la variable edad.**

En la Tabla 13 se muestran la media y la DT de la edad discriminada por grupo, observándose una media y desviación típica menores y en el grupo clínico (1).

Tabla 13 - Media y desviación estándar de la variable edad en función del grupo

Grupo	N	Media	Desviación estándar
0	1917	44,835	17,6773
1	44	41,318	14,7550
Total	1961	44,756	17,6216

Para evaluar si dichas diferencias son estadísticamente significativas, se requiere un paso previo, que es analizar si la distribución de la variable edad es normal en ambos grupos. Se elige el test de normalidad Shapiro-Wilk (debido a que la muestra es menor a 50 casos), resultando que en el grupo clínico la distribución es normal (ver Tabla 14).

Tabla 14 - Prueba de normalidad en grupo clínico (1)

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	N	Sig.	Estadístico	N	Sig.
Edad	.085	44	.200*	.968	44	.267

\*Este es un límite inferior del verdadero significado.

a. Corrección significativa de Lilliefors.

En el caso del grupo no clínico (0) se realiza la prueba de Kolmogorov-Smirnov (debido al tamaño muestral grande) para evaluar la normalidad de la distribución de la variable edad, resultando que la misma presenta una distribución que no es normal (ver Tabla 15). En base a este último dato, se elige como estadístico de contraste de medias para ambos grupos la "Prueba U de Mann Whitney".

Tabla 15 - Prueba de normalidad en el grupo no clínico (0)

		Edad
N		1917
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	44.835
	Desviación estándar	17.6773
Máximas diferencias extremas	Absoluto	.087
	Positivo	.087
	Negativo	-.065
Estadístico de prueba		.087
Sig. Asintótica (bilateral)		.000 <sup>c</sup>

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significancia de Lilliefors.

De dicha prueba resulta que no hay diferencia de medias de edad estadísticamente significativas entre ambos grupos (ver Tabla 16).

Tabla 16 - Prueba U de Mann-Whitney respecto a la variable edad en función del grupo

	Edad
U de Mann-Whitney	37958,000
W de Wilcoxon	38948,000
Z	-1,135
Sig. asintótica (bilateral)	,256

a. Variable de agrupación: Grupo

**C. Respecto al Objetivo específico 3: Analizar la relación entre los rasgos de personalidad y el riesgo de TLP, y la relación entre los rasgos de personalidad y el sexo en el grupo clínico**

En la Tabla 17 se exponen las medias y desviaciones típicas de cada una de las 7 dimensiones de personalidad evaluadas por el TCI-140 (Selma et al., 2017) en función de grupo y sexo.

Tabla 17 - Medias y desviaciones típicas de las dimensiones del TCI-140 en función de grupo y sexo

	Grupo no clínico (0)				Grupo clínico (1)			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
TCI-NS	54,13	9,942	54,69	10,261	65,86	6,421	68,65	7,529
TCI-HA	59,30	11,653	54,30	10,951	74,00	7,355	66,61	6,913
TCI-RD	68,42	10,953	63,76	10,976	63,00	11,362	64,09	10,361
TCI-PS	64,28	12,205	66,73	12,648	59,62	13,927	63,35	14,443
TCI-SD	78,52	13,042	78,51	12,518	55,95	8,225	58,04	8,746
TCI-C	61,15	7,810	58,48	8,077	52,43	3,932	48,00	5,402
TCI-ST	42,34	12,111	40,32	11,710	43,57	11,439	44,39	9,567
N válido (por lista)	1030		887		21		23	

En la Tabla 18 se muestran las medias y desviaciones típicas de las 7 dimensiones de personalidad del TCI-140 separados por grupo. En la misma se observa cómo en el grupo clínico (1) se presentan puntuaciones más altas en TCI-NS, TCI-HA y más bajas en TCI-SD y TCI-C (tal como era esperable dada la forma de determinación de dicha población). A su vez, se observan puntuaciones más bajas en TCI-RD, y TCI-PS y más altas en TCI-ST.

Tabla 18 - Media y desviaciones típicas de las dimensiones del TCI-140 para los grupos 0 y 1

	Grupo 0		Grupo 1	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
TCI-NS	54,39	10,092	67,32	7,083
TCI-HA	56,99	11,603	70,14	7,973
TCI-RD	66,27	11,204	63,57	10,737
TCI-PS	65,41	12,469	61,57	14,159
TCI-SD	78,52	12,799	57,05	8,469
TCI-C	59,91	8,043	50,11	5,208
TCI-ST	41,40	11,966	44,00	10,386
N válido (por lista)	1917		44	

Para evaluar si dichas diferencias son estadísticamente significativas, se analiza si la distribución de dichas variables es normal en ambos grupos. En el caso del grupo clínico (1), se utiliza el test de Shapiro-Wilk (por los mismos motivos que en el caso anterior), obteniéndose que las variables presentan una distribución normal (ver Tabla 19).

Tabla 19 - Prueba de normalidad de TCI-RD, TCI-PS y TCI-ST en grupo clínico

Pruebas de normalidad <sup>a</sup>						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>b</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TCI-RD	,119	44	,126	,959	44	,115
TCI-PS	,074	44	,200*	,969	44	,278
TCI-ST	,129	44	,063	,953	44	,074

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Grupo = 1

b. Corrección de significación de Lilliefors

En el caso del grupo no clínico (0), se utiliza la prueba de Kolmogorov-Smirnov, resultando que las 3 variables estudiadas no presentan una distribución normal (ver Tabla 20).

Tabla 20 - Prueba de normalidad de TCI-RD, TCI-PS y TCI-ST en grupo no clínico

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra <sup>a</sup>				TCI-RD	TCI-PS	TCI-ST
N				1917	1917	1917
Parámetros normales <sup>b,c</sup>	Media			66,27	65,41	41,40
	Desviación estándar			11,204	12,469	11,966
Máximas diferencias extremas	Absoluta			,044	,028	,052
	Positivo			,020	,017	,052
	Negativo			-,044	-,028	-,026
Estadístico de prueba				,044	,028	,052
Sig. asintótica (bilateral)				,000 <sup>d</sup>	,001 <sup>d</sup>	,000 <sup>d</sup>

a. Grupo = 0

b. La distribución de prueba es normal.

c. Se calcula a partir de datos.

d. Corrección de significación de Lilliefors.

En función de estos resultados, para evaluar si las diferencias de medias en las 3 variables de personalidad entre ambos grupos, es estadísticamente significativa, se elige como estadístico de contraste la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 21 - Prueba U de Mann-Whitney respecto a las variables TCI-RD, TCI-PS y TCI-ST en función del grupo

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>			
	TCI-RD	TCI-PS	TCI-ST
U de Mann-Whitney	34951,000	35998,000	36765,000
W de Wilcoxon	35941,000	36988,000	1875168,000
Z	-1,946	-1,664	-1,457
Sig. asintótica (bilateral)	,052	,096	,145

a. Variable de agrupación: Grupo

La Tabla 21 muestra los resultados de dicho contraste, resultando que no se observan diferencias significativas en ninguna de las 3 variables: TCI-RD, TCI-PS y TCI-ST. En el caso de la primera de ellas, la significación es apenas superior a .05, siendo apenas superior al punto de corte establecido.

Respecto a las diferencias en las dimensiones de personalidad en función de sexo, en el grupo clínico, la Tabla 22 muestra las medias y desviaciones típicas para las 7 dimensiones de personalidad en mujeres y hombres. Se observan puntuaciones más altas en TCI-NS, TCI-RD, TCI-PS, TCI-SD y TCI-ST en hombres, y más altas en TCI-HA y TCI-C en mujeres.

*Tabla 22 - Medias y desviaciones típicas de las dimensiones del TCI-140 en función de sexo en el grupo clínico*

	Mujeres		Hombres	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
TCI-NS	65,86	6,421	68,65	7,529
TCI-HA	74,00	7,355	66,61	6,913
TCI-RD	63,00	11,362	64,09	10,361
TCI-PS	59,62	13,927	63,35	14,443
TCI-SD	55,95	8,225	58,04	8,746
TCI-C	52,43	3,932	48,00	5,402
TCI-ST	43,57	11,439	44,39	9,567
N válido (por lista)	21		23	

Se realiza el test de Shapiro-Wilk para evaluar si estas dimensiones presentan una distribución normal en este grupo.

*Tabla 23 - Prueba de normalidad de las dimensiones del TCI-140 en el grupo clínico*

	Pruebas de normalidad <sup>a</sup>					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>b</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TCI-NS	,154	44	,010	,882	44	,000
TCI-HA	,174	44	,002	,912	44	,003
TCI-RD	,119	44	,126	,959	44	,115
TCI-PS	,074	44	,200*	,969	44	,278
TCI-SD	,084	44	,200*	,986	44	,877
TCI-C	,119	44	,126	,930	44	,011
TCI-ST	,129	44	,063	,953	44	,074

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Grupo = 1

b. Corrección de significación de Lilliefors

Tal como se observa en la Tabla 23, la distribución se puede considerar como normal en las variables TCI-RD, TCI-PS, TCI-SD y TCI-ST, y no normal en las variables TCI-NS, TCI-HA y TCI-C.

Por ello, para evaluar si las diferencias en las dimensiones del TCI-140 en función del sexo (en el grupo clínico), son estadísticamente significativas, se realizarán los contrastes de medias prueba “t de Student” (para las variables con distribución normal) y prueba U de Mann-Whitney (para las variables con distribución no normal). Se presentan los resultados de dichos contrastes en la Tabla 24 y Tabla 25 respectivamente.

Tabla 24 - Prueba t de Student de TCI-RD, TCI-PS, TCI-SD y TCI-ST en función de sexo en el grupo clínico

**Prueba de muestras independientes<sup>a</sup>**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
TCI-RD	Se asumen varianzas iguales	,331	,568	-,332	42	,742	-1,087	3,275	-7,695	5,521
	No se asumen varianzas iguales			-,331	40,615	,743	-1,087	3,289	-7,730	5,557
TCI-PS	Se asumen varianzas iguales	,309	,581	-,870	42	,389	-3,729	4,286	-12,378	4,920
	No se asumen varianzas iguales			-,872	41,865	,388	-3,729	4,278	-12,364	4,906
TCI-SD	Se asumen varianzas iguales	,002	,965	-,815	42	,420	-2,091	2,566	-7,270	3,087
	No se asumen varianzas iguales			-,817	41,958	,418	-2,091	2,559	-7,255	3,073
TCI-ST	Se asumen varianzas iguales	,622	,435	-,259	42	,797	-,820	3,169	-7,216	5,576
	No se asumen varianzas iguales			-,257	39,176	,799	-,820	3,195	-7,282	5,642

Tabla 25 - Prueba U de Mann-Whitney de TCI-NS, TCI-HA y TCI-C en función de sexo en el grupo clínico

Estadísticos de prueba <sup>a,b</sup>			
	TCI-NS	TCI-HA	TCI-C
U de Mann-Whitney	176,500	89,000	119,000
W de Wilcoxon	407,500	365,000	395,000
Z	-1,531	-3,595	-2,888
Sig. asintótica (bilateral)	,126	,000	,004

a. Grupo = 1

b. Variable de agrupación: Sexo

De todos los contrastes realizados en la Tabla 24 y la Tabla 25, solamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables TCI-HA y TCI-C.

**D. Respecto al Objetivo específico 4: Determinar si el nivel socioeconómico se relaciona con el riesgo de padecer trastorno límite de la personalidad en dicha población**

En Tabla 26 se muestran las medias y desviaciones típicas del puntaje del INSE en el grupo clínico (1) y no clínico (0). Allí puede observarse una media más baja para el grupo clínico.

Tabla 26 - Medias y desviaciones típicas del INSE en función del grupo

Grupo	N	Media	Desviación estándar
0	1917	45,4491	13,26041
1	44	39,5227	13,84211
Total	1961	45,3162	13,29907

Como paso previo para evaluar si dichas diferencias son estadísticamente significativas, se realiza para el grupo clínico (1) el test de Normalidad "Shapiro-Wilk", que muestra que el puntaje del INSE del grupo con posible TLP, presenta una distribución normal (ver Tabla 27).



Tabla 27 - Prueba de normalidad del INSE en el grupo clínico

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	N	Sig.	Estadístico	N	Sig.
INSE	.051	44	.200*	.983	44	.755

\*. Este es un límite inferior del verdadero significado.

a. Corrección significativa de Lilliefors.

En cuanto al grupo no clínico (0) se realiza contraste de normalidad respecto a la misma variable, con la prueba “Test de Kolmogorov-Smirnov”, el cual muestra una distribución no normal (ver Tabla 28).

Tabla 28 - Prueba de normalidad del INSE en el grupo no clínico

		INSE
N		1917
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	45.4491
	Desviación Estándar	13.26041
Diferencias Máximas extremas	Absoluto	.028
	Positivo	.023
	Negativo	-.028
Estadístico de Prueba		.028
Sig. Asintótica (bilateral)		.002 <sup>c</sup>

a. La distribución de la prueba es normal.

b. Cálculo a partir de datos.

c. Corrección significativa de Lilliefors.

En base a estos resultados, se usa la prueba “U de Mann-Whitney” para evaluar si las diferencias en el puntaje del INSE en función del grupo, son estadísticamente significativas. La Tabla 29 muestra que dichas diferencias sí son estadísticamente significativas.

Tabla 29 – Prueba U de Mann-Whitney para INSE en función del grupo

	INSE
U de Mann-Whitney	31760,500
W de Wilcoxon	32750,500
Z	-2,805
Sig. asintótica (bilateral)	,005

a. Variable de agrupación: Grupo

**E. En relación al Objetivo Específico 5: Analizar la prevalencia de la población de riesgo en función del lugar de crianza y lugar de residencia, y establecer si existe una relación entre dichas variables**

Se diferencia por un lado en el lugar de crianza dos variables: lugar de residencia en la niñez (0 a 10 años) y lugar de residencia en la adolescencia (10 a 20 años). En la Tabla 30 se presentan las frecuencias desde las cuales se extraen los porcentajes de prevalencia en los tres grupos, en función de donde residieron en su infancia: en el caso de la Ciudad es 2.164%, en el Pueblo 3,533% y la zona Rural 1,393%.

Tabla 30 - Frecuencias y porcentajes del lugar de crianza en la niñez en función de grupo

Lugar donde vivió en su infancia									
		Ciudad		Pueblo		Rural		Total	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Grupo	0	1356	98	273	96	283	99	1912	98
	1	30	2	10	4	4	1	44	2
Total		1386	100	283	100	287	100	1956	100

Dado que algunos de los grupos presentan tamaños muestrales muy reducidos, y de acuerdo a la bibliografía especializada, se elige la “Prueba exacta de Fisher”, para analizar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables “Grupo” y “Lugar de crianza niñez”<sup>2</sup>. La misma determina que dicha relación no es estadísticamente significativa (ver Tabla 31).

<sup>2</sup> En el presente trabajo se utiliza “lugar de residencia niñez/adolescencia” y “lugar de crianza niñez/adolescencia” de manera indistinta refiriendo a la misma variable, solo con fines ilustrativos (más allá de las diferencias semánticas entre crianza y adolescencia). La idea es especificar el lugar geográfico en el que el sujeto vivió su etapa de “crianza”, más allá de que se le haya preguntado el lugar donde “lo pasó principalmente...” (o donde residió).

Tabla 31 - Prueba exacta de Fisher entre las variables "lugar de crianza niñez" y grupo

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	3,123 <sup>a</sup>	2	,210	,198		
Razón de verosimilitud	2,962	2	,227	,228		
Prueba exacta de Fisher	2,953			,210		
Asociación lineal por lineal	,070 <sup>b</sup>	1	,791	,837	,449	,081
N de casos válidos	1956					

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,37.

b. El estadístico estandarizado es -,265.

En cuanto al lugar de residencia durante la adolescencia, la Tabla 32 muestra las frecuencias en función de grupo. A partir de las mismas se establecen las prevalencias del grupo clínico (1) en función de dicha variable, siendo: en la ciudad 2,380%, en el pueblo 3,180% y rural 0,930%.

Tabla 32 - Frecuencias y porcentajes del lugar de crianza en la adolescencia en función de grupo

Lugar donde vivió en su adolescencia									
		Ciudad		Pueblo		Rural		Total	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Grupo	0	1484	98	217	96	213	99	1912	98
	1	33	2	9	4	2	1	44	2
Total		1517	100	226	100	215	100	1958	100

Tal como se hizo anteriormente, se realiza la "Prueba exacta de Fisher" para analizar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables "Grupo" y "Lugar de crianza adolescencia". Los resultados indican que no existe relación estadísticamente significativa entre dichas variables (ver Tabla 33).

Tabla 33 - Prueba exacta de Fisher entre las variables "lugar de crianza adolescencia" y grupo

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	4,831 <sup>a</sup>	2	,089	,086		
Razón de verosimilitud	4,735	2	,094	,116		
Prueba exacta de Fisher	4,492			,093		
Asociación lineal por lineal	,159 <sup>b</sup>	1	,690	,735	,404	,088
N de casos válidos	1958					

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,83.

b. El estadístico estandarizado es -,399.

A continuación, en la Tabla 34 se muestran las frecuencias y porcentajes para la variable "lugar de residencia actual", en función del grupo. De dichos datos, se calculan las prevalencias de la población clínica (Grupo 1) según el lugar de residencia actual: en ciudad 2,245%, en pueblo 4,237% y en zona rural 0,662%.

Tabla 34 - Frecuencias y porcentajes del lugar de residencia actual en función de grupo

		Lugar de residencia							
		Ciudad		Pueblo		Rural		Total	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Grupo	0	1654	98	113	96	150	99	1912	98
	1	38	2	5	4	1	1	44	2
Total		1692	100	118	100	151	100	1956	100

Luego se realizó la "Prueba exacta de Fisher" (por los mismos motivos que en los casos anteriores), para analizar si existen una relación estadísticamente significativa entre el lugar de residencia actual (ciudad, pueblo y rural) y el grupo. Tal como se observa en la Tabla 35, el resultado es que dicha relación no es estadísticamente significativa.

Tabla 35 - Prueba exacta de Fisher entre las variables "lugar de residencia actual" y grupo

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	3,860 <sup>a</sup>	2	,145	,136		
Razón de verosimilitud	4,075	2	,130	,172		
Prueba exacta de Fisher	3,683			,160		
Asociación lineal por lineal	,424 <sup>b</sup>	1	,515	,596	,320	,096
N de casos válidos	1961					

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,65.

b. El estadístico estandarizado es -,651.

**F. En relación al Objetivo Específico 6: Evaluar la sintomatología psicopatológica presente en dicha subpoblación y valorar si presenta diferencias con el resto de la población uruguaya mayor de 18 años**

En la Tabla 36 se muestran las medias y desviaciones típicas de cada una de las 9 dimensiones psicopatológicas evaluadas por el SA-45. Tal como se observa, las medias son mayores en el grupo clínico (1) en las 9 dimensiones.

Tabla 36 - Medias y desviaciones típicas de las dimensiones del SA-45 en función del grupo

	Grupo 0		Grupo 1	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
SA-DEP	3,38	3,643	7,61	5,314
SA-HOS	2,31	3,288	5,91	4,714
SA-SIN	3,24	3,326	7,82	4,581
SA-SOM	4,38	4,160	7,43	5,209
SA-ANS	3,89	3,521	6,45	4,557
SA-PSI	1,35	2,141	3,20	3,521
SA-OBS	4,30	3,869	7,68	4,548
SA-FOB	1,58	2,717	2,64	3,965
SA-PAR	4,63	3,622	8,43	4,653
N válido (por lista)	1917		44	

Previo a poder realizar análisis que permitan determinar si dichas diferencias son estadísticamente significativas, debe analizarse la normalidad de las distribuciones de dichas variables (dimensiones del SA-45) en ambos grupos.

A tales efectos, se realiza la prueba de contraste de normalidad "Test de Kolmogorov-Smirnov" en el grupo 0,

Tal como se muestra en la Tabla 37, los resultados indican una distribución no normal en las 9 dimensiones evaluadas.

Tabla 37 - Pruebas de normalidad de las dimensiones del SA-45 en el grupo no clínico

		SA-DEP	SA-HOS	SA-SIN	SA-SOM	SA-ANS	SA-PSI	SA-OBS	SA-FOB	SA-PAR
N		1917	1917	1917	1917	1917	1917	1917	1917	1917
Parámetros Normales <sup>a,b</sup>	Media	3.38	2.31	3.24	4.38	3.89	1.35	4.30	1.58	4.63
	DS	3.643	3.288	3.326	4.160	3.521	2.141	3.869	2.717	3.622
Máximas Diferencias Extremas	Absoluto	.189	.241	.165	.155	.151	.269	.155	.280	.143
	Positivo	.189	.235	.159	.155	.151	.269	.155	.273	.143
	Negativo	-.176	-.241	-.165	-.146	-.135	-.265	-.133	-.280	-.101
Prueba Estadística		.189	.241	.165	.155	.151	.269	.155	.280	.143
Sig. Asintótica (bilateral)		.000 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>

Para el grupo clínico (1) se realiza el contraste de normalidad “Shapiro-Wilk”, concluyéndose que se presenta una distribución normal en SA-DEP, SA-SIN y SA-PAR, siendo no normal en el resto de las variables (ver Tabla 38).

Tabla 38 - Pruebas de normalidad de las dimensiones del SA-45 en el grupo clínico (1)

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	N	Sig.	Estadístico	N	Sig.
SA-DEP	.103	44	.200 <sup>*</sup>	.956	44	.090
SA-HOS	.145	44	.022	.912	44	.003
SA-SIN	.132	44	.054	.949	44	.051
SA-SOM	.138	44	.034	.943	44	.030
SA-ANS	.153	44	.011	.937	44	.019
SA-PSI	.212	44	.000	.827	44	.000
SA-OBS	.167	44	.003	.935	44	.015
SA-FOB	.253	44	.000	.690	44	.000
SA-PAR	.121	44	.109	.951	44	.058

\*. Este es un límite inferior del verdadero significado.  
a. Corrección de significancia de Lilliefors.

Considerando que la distribución no es normal en las 9 dimensiones psicopatológicas el grupo 0, y solo es normal en las variables SA-DEP, SA-SIN y SA-PAR del grupo clínico (1), se realiza el contraste de medias

para ambos grupos con la prueba no paramétrica “U de Mann-Whitney”, la cual muestra diferencias significativas en todas las variables sintomatológicas analizadas menos en SA-FOB (la significación estadística es levemente superior a .05) (ver Tabla 39).

*Tabla 39 - Prueba U de Mann-Whitney de las dimensiones del SA-45 en función del grupo*

	SA-DEP	SA-HOS	SA-SIN	SA-SOM	SA-ANS	SA-PSI	SA-OBS	SA-FOB	SA-PAR
Media (DS) Grupo 0	3.38 (3.643)	2.31 (3.288)	3.24 (3.326)	4.38 (4.160)	3.89 (3.521)	1.35 (2.141)	4.30 (3.869)	1.58 (2.717)	4.36 (3.622)
Media (DS) Grupo 1	7.61 (5.314)	5.91 (4.714)	7.82 (4.581)	7.43 (5.209)	6.45 (4.557)	3.20 (3.521)	7.68 (4.548)	2.64 (3.965)	8.43 (4.653)
Mann-Whitney U	21348.500	19561.000	16804.500	26785.500	27093.500	27613.000	22940.500	35619.500	21969.500
Wilcoxon W	1859751.500	1857964.000	1855207.500	1865188.500	1865496.500	1866016.000	1861343.500	1874022.500	1860372.500
Z	-5.666	-6.320	-6.900	-4.167	-4.088	-4.259	-5.207	-1.937	-5.466
Sig. Asintótica (Bilateral)	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	.053	<b>.000</b>
En negrita p<.05									

### **G. En relación al Objetivo Específico 7: Determinar si existen diferencias en la sintomatología psicopatológica de la población con riesgo de TLP en función del sexo**

En la Tabla 40 se muestran las medias y desviaciones típicas de las dimensiones del SA-45 en función del sexo, en el grupo clínico (1). En la misma se observan mayores medias de puntuaciones en SA-PSI en hombres, mientras que las otras 8 dimensiones mostraron medias superiores en mujeres.

Tabla 40 - Medias y desviaciones típicas de las dimensiones del SA-45 en función del sexo, en el grupo clínico

	Mujeres		Hombres	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
SA-DEP	9,10	5,691	6,26	4,663
SA-HOS	6,62	5,599	5,26	3,744
SA-SIN	10,10	4,449	5,74	3,683
SA-SOM	10,00	4,909	5,09	4,368
SA-ANS	7,57	5,249	5,43	3,641
SA-PSI	2,81	3,868	3,57	3,217
SA-OBS	8,33	4,933	7,09	4,188
SA-FOB	3,38	4,975	1,96	2,688
SA-PAR	9,86	4,830	7,13	4,170
N válido (por lista)	21		23	

Como paso previo a poder analizar si dichas diferencias son significativas, se realiza el test de Shapiro-Wilk para determinar la normalidad de la distribución de las dimensiones del SA-45 en ambos grupos (definidos por sexo, dentro del grupo clínico). Tal como se muestra en la Tabla 41, la distribución es normal en todas las variables del SA-45, excepto SA-HOS, SA-PSI y SA-FOB en mujeres. En hombres, la distribución es normal en todas las variables excepto en SA-SOM, SA-PSI y SA-FOB. Las variables en las que se presenta una distribución normal en ambos sexos son: SA-DEP, SA-SIN, SA-ANS, SA-OBS y SA-PAR. En el caso de las mismas, se podrá utilizar el contraste de medias prueba “t de Student”, para las otras variables, se deberá utilizar la prueba “U de Mann-Whitney”.

Tabla 41 - Pruebas de normalidad de las dimensiones del SA-45 en mujeres y hombres del grupo clínico (1)

	Pruebas de normalidad <sup>a</sup>											
	Mujeres						Hombres					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>b</sup>			Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov <sup>b</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
SA-DEP	,100	21	,200*	,964	21	,593	,149	23	,200*	,946	23	,246
SA-HOS	,138	21	,200*	,902	21	,039	,162	23	,122	,930	23	,109
SA-SIN	,124	21	,200*	,944	21	,262	,167	23	,094	,932	23	,121
SA-SOM	,167	21	,131	,963	21	,578	,165	23	,103	,889	23	,015
SA-ANS	,141	21	,200*	,945	21	,277	,134	23	,200*	,944	23	,221
SA-PSI	,299	21	,000	,741	21	,000	,229	23	,003	,868	23	,006
SA-OBS	,110	21	,200*	,941	21	,224	,211	23	,009	,914	23	,051
SA-FOB	,260	21	,001	,681	21	,000	,245	23	,001	,758	23	,000
SA-PAR	,131	21	,200*	,939	21	,206	,165	23	,107	,948	23	,260

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Grupo = 1

b. Corrección de significación de Lilliefors



La Tabla 42 muestra los resultados de la prueba t de Student, contrastando las medias de ambos sexos, en el grupo clínico, en las variables SA-DEP, SA-SIN, SA-ANS, SA-OBS y SA-PAR. En función de los mismos, se concluye que la única dimensión que presenta diferencias estadísticamente significativas es SA-SIN, SA-PAR muestra un valor de p apenas por encima del punto de corte.

*Tabla 42 - Prueba t de Student de SA-DEP, SA-SIN, SA-ANS, SA-OBS y SA-PAR en función de sexo en el grupo clínico*

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
SA-DEP	Se asumen varianzas iguales	1,015	,320	1,813	42	,077	2,834	1,563	-,320	5,989
	No se asumen varianzas iguales			1,797	38,786	,080	2,834	1,577	-,357	6,025
SA-SIN	Se asumen varianzas iguales	1,385	,246	3,550	42	,001	4,356	1,227	1,880	6,833
	No se asumen varianzas iguales			3,519	38,986	,001	4,356	1,238	1,852	6,860
SA-ANS	Se asumen varianzas iguales	5,386	,025	1,580	42	,122	2,137	1,352	-,592	4,865
	No se asumen varianzas iguales			1,555	35,246	,129	2,137	1,374	-,653	4,926
SA-OBS	Se asumen varianzas iguales	,596	,444	,906	42	,370	1,246	1,376	-1,530	4,023
	No se asumen varianzas iguales			,899	39,452	,374	1,246	1,386	-1,556	4,049
SA-PAR	Se asumen varianzas iguales	,819	,371	2,009	42	,051	2,727	1,357	-,012	5,466
	No se asumen varianzas iguales			1,996	39,750	,053	2,727	1,366	-,035	5,489

Por último, la Tabla 43 muestra los resultados de la prueba U de Mann-Whitney contrastando las medias de

SA-HOS, SA-SOM, SA-PSI y SA-FOB en función de sexo dentro del grupo clínico (1). La misma muestra que solo la SA-SOM muestra diferencias estadísticamente significativas.

*Tabla 43 - Prueba U de Mann-Whitney de SA-HOS, SA-SOM, SA-PSI y SA-FOB en función de sexo en el grupo clínico*

**Estadísticos de prueba<sup>a,b</sup>**

	SA-HOS	SA-SOM	SA-PSI	SA-FOB
U de Mann-Whitney	220,000	97,500	178,500	211,000
W de Wilcoxon	496,000	373,500	409,500	487,000
Z	-,507	-3,403	-1,506	-,755
Sig. asintótica (bilateral)	,612	,001	,132	,450

a. Grupo = 1

b. Variable de agrupación: Sexo

Se concluye, por lo tanto, que SA-SIN y SA-SOM presentan puntajes mayores en mujeres, siendo una diferencia estadísticamente significativa.

## VI. Discusión

Como respuesta a la pregunta inicial de este estudio, podemos decir que existe un 2,2 % de población de riesgo de padecer rasgos de TLP en la población uruguaya. Porcentaje dentro de los parámetros que describe el DSM-IV en cuanto a población general (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011; López-Ibor et al., 2002).

En nuestra muestra, se obtuvo una prevalencia levemente superior en hombres (2.527%) respecto a las mujeres (1.998%), si bien la misma no fue estadísticamente significativa. Estos datos se muestran en contraposición a diversos antecedentes (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011; López-Ibor et al., 2002; Parsons, 1997), que señalan una prevalencia superior en el sexo femenino. Sin embargo, como ya referimos anteriormente, diversos autores cuestionan esta “superioridad” femenina en el TLP, atribuyendo las diferencias observadas a un mayor número de mujeres que acceden a los diversos servicios de atención sanitaria, respecto a los hombres, que por otra parte son más proclives a ser parte de la población carcelaria y tendrían un mayor porcentaje de sub-diagnóstico (por ejemplo por temas culturales, siendo menos proclives a mostrar y aceptar su sintomatología), y no a la mayor prevalencia en sí misma (Bjorklund, 2006; Busch et al., 2016; Sansone & Sansone, 2011; Skodol & Bender, 2003). Los

resultados obtenidos, por ello, se alinean con aquellos que señalan una prevalencia similar en función de género (Busch et al., 2016; Grant et al., 2008; Sansone & Sansone, 2011).

En cuanto al objetivo de cuantificar una relación entre el riesgo de TLP en relación a la edad, se obtuvo una media de edad menor para el grupo clínico, si bien la diferencia no resultó estadísticamente significativa. Los antecedentes parecen mostrar una tendencia a mayor cantidad de diagnósticos (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011; Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2008, 2012) y mayor severidad de los síntomas (Arens et al., 2013; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011; Gunderson et al., 2011; López-Ibor et al., 2002; J. Paris & Zweig-Frank, 2001; Zanarini et al., 2008, 2012) a edades más tempranas. La diferencia de medias de edad corresponde a estos antecedentes, si bien la no significación estadística puede tener múltiples lecturas: realmente dichas diferencias son debidas al azar, o bien el tamaño de la muestra para el grupo clínico no fue lo suficientemente grande. En el presente estudio, se discriminó el grupo clínico a partir de baremos diferenciados por sexo y 5 franjas de edad, en cada caso se tomaron los puntajes en comparación a su grupo de pares (poblacionalmente hablando), ello no ocurre con la mayoría de instrumentos utilizados en los antecedentes (donde por ejemplo se toman puntos de corte con menos (o sin) diferenciación en franjas de edad) (Maldonato et al., 2018; Meares, 2014). Dado que algunas dimensiones de personalidad utilizadas en el presente estudio para la determinación del grupo clínico muestran relaciones significativas con la variable edad (A. S. de Aluja et al., 2010; Sven Brändström et al., 2008), ello puede ser un factor relevante a la hora de analizar los resultados obtenidos. Por ejemplo, TCI-NS tiende a disminuir con la edad, TCI-HA tiende a aumentar, mientras que TCI-SD y TCI-C tienden a tener puntajes más en el grupo de edad 31-45, respecto a todos los demás.

Respecto a las dimensiones de personalidad, tal como era esperable en función de los antecedentes, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de personalidad que no fueron tomadas para determinar la población “clínica”. TCI-RD, TCI-PS y TCI-ST no mostraron diferencias significativas entre la población “clínica” y la “no clínica”, lo cual es consistente con los hallazgos previos (Kitamura, s. f.) y con la falta de concordancia teórico-empírica respecto al modelo de personalidad de Cloninger en este punto (pues, como se señaló anteriormente, el modelo supone que en el TLP se presentan puntuaciones bajas en TCI-RD y TCI-PS) (Svrakic & Cloninger, 2010b).

Respecto a las diferencias, dentro del grupo clínico, en función de género, se observaron diferencias significativas en TCI-HA y TCI-C (mayores puntuaciones en mujeres). Según los antecedentes, mientras que en hombres son significativamente altas las dimensiones de TCI-HA y TCI-NS, en mujeres son más marcados los rasgos de TCI-HA (Barnow et al., 2007; Grant et al., 2008; Sansone & Sansone, 2011; Tadić et al., 2009; Zanarini et al., 1998). En población general, por su parte, los hombres suelen puntuar más alto en TCI-NS, y las mujeres en TCI-HA, TCI-RD, TCI-PS y TCI-C (A. S. de Aluja et al., 2010; Gutierrez-Zotes et al., 2015; Gutiérrez-Zotes et al., 2004). Podríamos decir que nuestros resultados son parcialmente consistentes con estos

antecedentes. Se observa mayores puntuaciones en mujeres en TCI-HA y en TCI-C (como se ha observado en población general, pero no en el TLP). No se han encontrado diferencias a favor de los hombres en TCI-NS (como cabría esperar en personas que podrían presentar TLP), ni se hallaron puntuaciones mayores en mujeres en TCI-PS. Una posible explicación puede estar, de nuevo, en la forma en la cual se tomó la muestra clínica, con baremos y puntos de corte específicos por sexo y franjas de edad. Ello podría minimizar las diferencias en las dimensiones que se toman como referencia para el diagnóstico de “riesgo de TLP” (TCI-HA, TCI-NS, TCI-SD, TCI-C). La pregunta sería si, para evaluar los rasgos “extremos” de personalidad, debe considerarse como punto de referencia la franja de sexo y edad específica, o solamente los percentiles en función del total de la población, de género solamente, o de edad solamente. No obstante ello, las diferencias halladas son en dos rasgos que justamente forman parte de los 4 que se consideran para la discriminación del grupo clínico. Es necesario poder realizar más estudios respecto a los puntos de corte, sus especificidades y sensibilidades, y particularmente en nuestra región. Las investigaciones respecto a este punto no gozan de una gran visibilidad ni disponibilidad de acceso (por la forma de trabajar de los autores mismos del modelo).

Respecto al nivel socioeconómico (NSE), los antecedentes mostraban una relación entre un menor NSE y una mayor prevalencia de un amplio rango de enfermedades (Brown & Harris, 1979; Davies et al., 2019; Lordan et al., 2012; Wang & Geng, 2019), entre las que también se encuentra el TLP (Cohen et al., 2008; Grant et al., 2008). El mismo patrón se observó en el presente estudio, con puntajes más bajos en el INSE en el grupo clínico, siendo esa diferencia estadísticamente significativa.

Respecto al lugar de crianza, no se encontró una relación significativa entre el riesgo de padecer TLP en ninguna de las dos variables estudiadas (niñez: 0 a 10 años, adolescencia: 10 a 20 años). No se encontraron antecedentes de estudios que evaluaran esta relación, si bien algunos autores señalan la necesidad de este punto (Santana et al., 2018). En cuanto al lugar de residencia, algunos antecedentes mostraban una relación entre un mayor grado de urbanidad y un mayor riesgo de trastornos de personalidad del grupo B (J. Paris, 1998; Revappala, 2016), y en particular del TLP (Torgersen et al., 2001). Nuestros resultados, no obstante, son sorprendentemente similares a los del antecedente más cercano geográfica y cronológicamente (Santana et al., 2018), obteniendo mayores prevalencias de TLP en pueblos, algo menos en ciudades, y la menor prevalencia en zonas rurales, pero sin diferencias significativas (tal como nuestros resultados). Además, este patrón se dio con respecto al lugar de crianza en la niñez, en la adolescencia, y al lugar de residencia actual de manera idéntica (es probable que ello se deba a una baja incidencia de movilidad geográfica). Cabe cuestionarse si, teniendo un tamaño muestral mayor, estas variables habrían mostrado una relación estadísticamente significativa con el riesgo de padecer TLP.

Respecto a los síntomas psicopatológicos, evaluados a partir del SA-45, los antecedentes señalaban mayores puntuaciones en sujetos con TLP (respecto a la población general), en las dimensiones de sensibilidad interpersonal, depresión y hostilidad (Levy et al., 1999), o en todas las dimensiones (Andersen et al., 2012). El presente estudio encontró diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones del SA-45,

excepto en SA-FOB, con mayores puntuaciones en la población con riesgo de TLP. Dado que el SA-45 es un instrumento bastante fiable como indicador de malestar psicopatológico general, y que pareciera mostrar más una estructura unidimensional que factores específicos (Bados et al., 2005; Casullo & Pérez, 2008; Gempp & Avendaño, 2008; Sanchez & Ledesma, 2009), no son sorprendentes los resultados hallados.

En cuanto a las diferencias de género dentro del grupo clínico, SA-SIN y SA-SOM mostraron diferencias estadísticamente significativas, con puntuaciones más altas en mujeres. Los antecedentes parecen señalar la “preferencia” de los hombres por síntomas más de tipo “externalizante” (adicciones, trastornos de conducta, conflicto con la ley, etc), y las mujeres por síntomas más de tipo “internalizante” (depresión, ansiedad, estrés postraumático, etc), tanto en población general (Caspi et al., 2013) como en personas que padecen TLP (Barnow et al., 2007; Grant et al., 2008; Sansone & Sansone, 2011; Tadić et al., 2009; Zanarini et al., 1998). En tal sentido, podría considerarse que tanto SA-SIN, como SA-SOM son síntomas de tipo “internalizante”, por lo cual puede entenderse su mayor incidencia en la población femenina con riesgo de TLP. Habría sido esperable, una mayor incidencia de los síntomas SA-HOS en población masculina, sin embargo, este patrón no se observó en el presente estudio.

No obstante ello, algunas limitaciones en el SA-45 y el modelo teórico que lo sustenta (Derogatis, 1977), podrían estar incidiendo en no haber hallado patrones de síntomas más elevados en hombres. Por ejemplo, la unidimensionalidad ya mencionada, o la relativa ausencia de dimensiones psicopatológicas externalizantes en dicho instrumento (Bados et al., 2005; Casullo & Pérez, 2008; Gempp & Avendaño, 2008; Sanchez & Ledesma, 2009).

El contexto general del presente trabajo, podría ubicarse en la crisis de los modelos diagnósticos categoriales, particularmente el DSM. Su última versión, el DSM-5, ha generado numerosas críticas, causando incluso que el NIMH (el mayor financiador mundial de investigación en salud mental), decidiera no apoyar investigaciones que utilizaran el mismo como único método diagnóstico, aseverando que “los pacientes con trastornos mentales merecen algo mejor” (*The NIMH Withdraws Support for DSM-5*, s. f.). Esta falta de credibilidad acerca del DSM, que fue la referencia mundial durante los últimos años, y punto de inspiración para los manuales CIE, ha generado una suerte de “vacío” teórico. El mismo ha intentado ser llenado con diversos modelos, el RDoC (Insel et al., 2010), el PSY-5 (Harkness et al., 2012; Harkness & McNulty, 1994) y el HiTOP (Kotov et al., 2017) entre otros. EL RDoC es la gran apuesta del NIMH, sin embargo a día de hoy es solo una “agenda de investigación” y está lejos de poder ofrecer una suerte de “manual diagnóstico” en un plazo relativamente breve (NIMH, 2014). El resto de modelos diagnósticos dimensionales, han ido creciendo y acumulando evidencia en torno a algunas cuestiones clave que marcan los datos empíricos, por ejemplo la estrecha relación entre personalidad sana y patológica, cognición, neurodesarrollo y psicopatología (B. J. Casey et al., 2014; Caspi et al., 2013; Insel et al., 2010; Menon, 2011; Miettunen et al., 2004; Miettunen & Raevuori, 2012; Millan et al., 2012; Svrakic & Cloninger, 2010a; Widiger & Gore, 2014). En el presente estudio, se abordó la temática del TLP desde una perspectiva dimensional, a partir del modelo psicobiológico de Cloninger, uno de dichos intentos de abordaje teórico

dimensional de la problemática de la psicopatología. En tal sentido, es posible que el diagnóstico de “población con riesgo de TLP” haya presentado carencias psicométricas (respecto a sensibilidad y especificidad), es decir, que sujetos con TLP no hayan sido detectado, y que sujetos que no presentan TLP hayan sido identificados como población de riesgo. Desde una perspectiva dimensional, se hallaron relaciones consistentes entre rasgos de personalidad “normales” y un sub-conjunto de población con una condición psicopatológica claramente diferenciable, con síntomas más elevados en casi la totalidad de dimensiones evaluadas. El perfil de dicha sub-población, marca además relación con variables que han sido identificadas como factores de riesgo, como el nivel socioeconómico, y se observaron patrones específicos en función de género. Es sorprendente que más allá de las limitaciones “categoriales” del método, las prevalencias encontradas y el perfil en relación a las variables estudiadas coinciden mayormente con lo esperable desde el punto de vista teórico, y de los antecedentes empíricos. La cuestión de fondo es “¿qué es un trastorno mental?” ¿Se puede determinar en función de un listado de criterios? ¿Es una categoría absoluta diferente cualitativamente de la “normalidad”? Y en ese caso ¿qué es la normalidad? La evidencia parece sugerir que las diferencias entre ambas categorías son cuantitativas además de cualitativas, que la separación implica siempre un cierto grado de arbitrariedad (hasta qué punto se puede considerar un patrón de comportamientos como “normales” o “patológicos”). La posibilidad de un acercamiento dimensional, a través de instrumentos que evalúan patrones de personalidad “normales”, puede aportar a la discusión del problema, de naturaleza epistemológica, filosófica, científica, y con profundas implicaciones profesionales, técnicas, éticas, entre otras.

La posibilidad de contar con una muestra representativa nacional, de un número relativamente grande de participantes, y de poder utilizar de forma simultánea instrumentos de medición de variables relevantes respecto al TLP como son los síntomas psicopatológicos, los rasgos de personalidad, el nivel socioeconómico, entre otras variables relevadas, creemos que es una fortaleza del presente estudio.

Sin embargo, también presenta algunas debilidades. Por ejemplo, la no utilización de un instrumento específicamente diseñado para el diagnóstico de TLP, o el bajo número de sujetos que entran en la categoría de “población de riesgo”, son quizás las más destacables. Respecto a la primera, podría haber una “ventaja” que traería aparejada dicha debilidad, y es que, al no evaluar directamente aspectos disfuncionales o patológicos, es probable que el sesgo de deseabilidad social tenga una incidencia menor en los resultados. Particularmente, algunos autores señalaron la incidencia de este factor (dificultades para asumir y comunicar sus síntomas), en particular respecto a la población masculina con TLP (Busch et al., 2016; Sansone & Sansone, 2011).

Al tratarse de un estudio correlacional, el presente estudio no puede aportar evidencias sobre relaciones causales, aunque sí aportar evidencia sobre relaciones entre variables, o sucesos que se presentan de manera conjunta. No obstante, permite establecer ciertos lineamientos que permitan explorar posibilidades respecto a esas relaciones causales subyacentes, con la enorme ventaja de que toma los datos en su contexto natural, facilitando una mayor validez ecológica respecto a otros diseños (Hernández Sampieri et al., 2010). Hemos

explorado distintas variables, que se relacionan con aspectos etiológicos del TLP de manera directa o indirecta. Los rasgos temperamentales se relacionan estrechamente con síntomas específicos del TLP, y se vinculan con aspectos tales como la heredabilidad, la carga genética, el funcionamiento de mecanismos de neurotransmisión y de áreas cerebrales clave (sistema límbico, estriado), el carácter se relaciona con el funcionamiento de circuitos frontotemporales y el hipocampo (Svrakic & Cloninger, 2010a). Las variables de sexo y edad son relevantes para el estudio de cualquier condición clínica, y en este caso se contrastaron diferencias de género y en función de la edad, que se observan en diversos antecedentes (Arens et al., 2013; Busch et al., 2016; Grant et al., 2008; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011; Gunderson et al., 2011; López-Ibor et al., 2002; J. Paris & Zweig-Frank, 2001; Sansone & Sansone, 2011; Zanarini et al., 2008, 2012). Se exploraron también los perfiles respecto a algunos rasgos de personalidad, también en comparación con los antecedentes (Kitamura, s. f.). El grado de “urbanicidad” y el nivel socioeconómico también fueron estudiados, pues según algunos autores se relaciona con factores estresores diversos, también parte de la etiología del TLP (Cohen et al., 2008; Santana et al., 2018). Por último, se estudiaron los perfiles de síntomas psicopatológicos específicos al TLP, trastorno caracterizado por una alta comorbilidad (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011), observándose el patrón esperado de mayor sintomatología en casi todos los dominios, y diferencias en función de género.

El presente estudio se propuso como objetivo aportar conocimiento que pueda ser de utilidad para la comunidad científica, académica y profesional relacionada al estudio del TLP, particularmente de nuestro país. Son escasos los antecedentes, como en tantos otros campos de estudio, en nuestra región en general y en nuestro país en particular. Creemos que un área que sería particularmente relevante respecto a la continuidad de esta línea de investigación, sería abordar la problemática del suicidio, uno de los problemas de salud mental más graves de nuestro país, que además está estrechamente vinculado a la presencia de trastornos mentales (más del 90% de los suicidios consumados) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2011), y al TLP en particular (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2011; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011).

## Referencias

- Aguirre, R., Apud, I., Aznárez, L., Barg, G., Carboni, A., Curione, K., Elices, M., González, F., González, H., Huertas, J., Maiche, A., Martín, A., Moreira, K., Pires, A., Ruiz, P., & Vásquez, A. (2016). *Manual de Introducción a la Psicología Cognitiva* (A. Vásquez, Ed.). Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República.
- Albores, L., Márquez, M. E., & Estañol, B. (2003). ¿Qué es el temperamento? Retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental, 26*(3), 16-26.
- Allport, G. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Holt Rinehart & Winston.
- Allport, G. (1961). *Psicología de la personalidad*. Paidós.
- Aluja, A. (2019). In memoriam of Marvin Zuckerman: His impact on Spanish Psychology. *Psicothema, 31*(2), 184-193.
- Aluja, A., Rossier, J., García, L. F., Angleitner, A., Kuhlman, M., & Zuckerman, M. (2006). A cross-cultural shortened form of the ZKPQ (ZKPQ-50-cc) adapted to English, French, German, and Spanish languages. *Personality and Individual Differences, 41*(4), 619-628.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.03.001>
- Aluja, A. S. de, Blanch, A., Gallart, S., & Dolcet i Serra, J. M. (2010). The temperament and character inventory revised (TCI-R): Descriptive and factor structure in different age levels. *Psicología Conductual = Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud, 2*, 385-401.
- Alvarado, B. G., Sandín, B., Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N., & Rivera, S. (2012). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario SA-45 en una muestra mexicana. *Anales de Psicología, 28*(2), 426-433.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition) (DSM-III)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *The American Journal of Psychiatry, 158*(10 Suppl), 1-52.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.ª ed.). Panamericana.



- Andersen, R., Timmerby, N., & Simonsen, E. (2012). Affect regulation and psychopathology in women with borderline personality disorder. *Danish Medical Journal*, *59*(11), A4521.
- Arán Filippetti, V., López, M. B., & Richaud, M. C. (2012). Aproximación Neuropsicológica al Constructo de Empatía: Aspectos Cognitivos y Neuroanatómicos. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, *6*(1). <http://www.neuropsicologia.cl/cnps/index.php/cnps/article/view/103>
- Arens, E. A., Stopsack, M., Spitzer, C., Appel, K., Dudeck, M., Völzke, H., Grabe, H. J., & Barnow, S. (2013). Borderline Personality Disorder in Four Different Age Groups: A Cross-Sectional Study of Community Residents in Germany. *Journal of Personality Disorders*, *27*(2), 196-207.  
[https://doi.org/10.1521/pedi\\_2013\\_27\\_072](https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_072)
- Asch, M., Cortese, S., Diaz, F. P., Pelissolo, A., Aubron, V., Orejarena, S., Acquaviva, E., Mouren, M.-C., Michel, G., Gorwood, P., & Purper-Ouakil, D. (2009). Psychometric properties of a French version of the junior temperament and character inventory. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *18*(3), 144-153. a9h.
- Bados, A., Balaguer, G., & Coronas, M. (2005). ¿Qué mide realmente el SCL-90-R? Estructura factorial en una muestra mixta de universitarios y pacientes. *Psicología Conductual*, *13*, 181-196.
- Ball, S. A., Tennen, H., Poling, J. C., Kranzler, H. R., & Rounsaville, B. J. (1997). Personality, temperament, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*(4), 545-553. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.4.545>
- Ball, S., Smolin, J., & Shekhar, A. (2002). A psychobiological approach to personality: Examination within anxious outpatients. *Journal of Psychiatric Research*, *36*(2), 97-103. [https://doi.org/10.1016/s0022-3956\(01\)00054-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3956(01)00054-1)
- Barnow, S., Herpertz, S. C., Spitzer, C., Stopsack, M., Preuss, U. W., Grabe, H. J., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2007). Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. *Psychopathology*, *40*(6), 369-378. <https://doi.org/10.1159/000106467>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment*. Oxford University Press.
- Battaglia, M., Przybeck, T. R., Bellodi, L., & Cloninger, C. R. (1996). Temperament dimensions explain the

comorbidity of psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 37(4), 292-298.

[https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(96\)90008-5](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(96)90008-5)

Bayón, C. (2006a). Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger: Aproximación integradora en la evaluación de los trastornos de personalidad y proceso psicoterapéutico. *Psiquiatría.com*, 10(1).

Bayón, C. (2006b). Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger: Aproximación integradora en la evaluación de los trastornos de personalidad y proceso psicoterapéutico. *Psiquiatría.com*, 10(1).

Bayón, C., Hill, K., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1996). Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: Relations of the systems of Millon and Cloninger. *Journal of Psychiatric Research*, 30(5), 341-352. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(96\)00024-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(96)00024-6)

Beck, A. T., & Freeman, A. (1995). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad*. Paidós.

Beck, Aaron T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19.<sup>a</sup> ed.). Desclée de Brouwer.

Bejerot, S., Schlette, P., Ekselius, L., Adolfsson, R., & von Knorring, L. (1998). Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(3), 243-249. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10075.x>

Benjamin, J., Osher, Y., Kotler, M., Gritsenko, I., Nemanov, L., Belmaker, R. H., & Ebstein, R. P. (2000). Association between tridimensional personality questionnaire (TPQ) traits and three functional polymorphisms: Dopamine receptor D4 (DRD4), serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) and catechol O-methyltransferase (COMT). *Molecular Psychiatry*, 5(1), 96-100.

Bermúdez-Moreno, J., Pérez-García, A., Ruiz-Caballero, J. A., Sanjuán-Suárez, P., & Rueda-Laffond, B. (2012). *Psicología de la personalidad*. Editorial UNED.

Bjorklund, P. (2006). No man's land: Gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 3-23. <https://doi.org/10.1080/01612840500312753>

Blanch, A., Aluja, A., Gallart, S., & Dolcet i Serra, J. M. (2009). A review on the use of NEO-PI-R validity scales in normative, job selection, and clinical samples. *European journal of psychiatry*, 23(2), 121-129.

- Brändström, S., Schlette, P., Przybeck, T. R., Lundberg, M., Forsgren, T., Sigvardsson, S., Nylander, P. O., Nilsson, L. G., Cloninger, R. C., & Adolfsson, R. (1998). Swedish normative data on personality using the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, *39*(3), 122-128.
- Brändström, Sven, Sigvardsson, S., Nylander, P.-O., & Richter, J. (2008). The Swedish version of the Temperament and Character Inventory (TCI): A cross-validation of age and gender influences. *European Journal of Psychological Assessment*, *24*(1), 14-21. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.24.1.14>
- Brent, D. A., Zelenak, J. P., Bukstein, O., & Brown, R. V. (1990). Reliability and validity of the structured interview for personality disorders in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*(3), 349-354. <https://doi.org/10.1097/00004583-199005000-00003>
- Brown, G. W., & Harris, T. (1979). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. Tavistock Publications.
- Busch, A. J., Balsis, S., Morey, L. C., & Oltmanns, T. F. (2016). Gender Differences in Borderline Personality Disorder Features in an Epidemiological Sample of Adults Age 55-64: Self Versus Informant Report. *Journal of Personality Disorders*, *30*(3), 419-432. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_202](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_202)
- Casey, B. J., Oliveri, M. E., & Insel, T. (2014). A Neurodevelopmental Perspective on the Research Domain Criteria (RDoC) Framework. *Biological Psychiatry*, *76*(5), 350-353. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.01.006>
- Casey, J. E., & Joyce, P. R. (1999). Personality disorder and the Temperament and Character Inventory in the elderly. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *100*(4), 302-308. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10865.x>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2013). The p Factor One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science*, *2*(2), 119– 137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Casullo, M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, *6*(1), 147-157.
- Casullo, M., & Pérez, M. (2008). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*.

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/070\\_psicoterapias1/material/inventario\\_sintomas.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf)

- Cattell, H. E. P., & Mead, A. D. (2008). The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). En *The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol 2: Personality measurement and testing* (pp. 135-159). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n7>
- CINVE. (2012). *Índice de Nivel Socioeconómico (INSE)*. <http://www.cinve.org.uy/informesproyectos/inse-revision-anual-2012/>
- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments, 4*(3), 167-226.
- Cloninger, C. R. (1987a). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry, 44*(6), 573-588.
- Cloninger, C. R. (1987b). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry, 44*(6), 573-588.
- Cloninger, C. R. (1991). Brain networks underlying personality development. En B. J. Carrol & J. E. Barret (Eds.), *Psychopathology and the Brain* (pp. 183–208). Raven Press.
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling Good: The Science of Well-Being*. Oxford University Press.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychological Reports, 69*, 1047-1057.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and the Carácter inventory (TCI): A guide to its development and Use*. Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry, 50*, 975-990.
- Cloninger, S. C. (2013). *Theories of Personality: Understanding Persons*. Pearson Education.
- Cohen, P., Chen, H., Gordon, K., Johnson, J., Brook, J., & Kasen, S. (2008). Socioeconomic background and the developmental course of schizotypal and borderline personality disorder symptoms. *Development and psychopathology, 20*(2). <https://doi.org/10.1017/S095457940800031X>

- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 188, 423-431. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423>
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. (2015). *Día Nacional de Presentación del Suicidio* [Diapositivas]. 17 de julio 2015. Día Nacional de Prevención del Suicidio, Montevideo. [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/17%20de%20Julio%202015%20D%C3%A1a%20Nacional%20PS%20ppt.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/17%20de%20Julio%202015%20D%C3%A1a%20Nacional%20PS%20ppt.pdf)
- Correa, J. P. (2015). Uruguay no logra bajar suicidios. *Diario El País*. <http://www.elpais.com.uy/informacion/uruguay-no-logra-bajar-suicidios.html>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2008). *NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO-Revisado y NEO FFI, Inventario NEO reducido de cinco factores*. TEA Ediciones, S.A.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual*. Psychological Assessment Resources.
- Davidson, M. K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., & Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, selfreport instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276.
- Davies, J. M., Sleeman, K. E., Leniz, J., Wilson, R., Higginson, I. J., Verne, J., Maddocks, M., & Murtagh, F. E. M. (2019). Socioeconomic position and use of healthcare in the last year of life: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 16(4), e1002782. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002782>
- de la Rie, S. M., Duijsens, I. J., & Cloninger, C. R. (1998). Temperament, character, and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12(4), 362-372.
- Delhey, J., & Steckermeier, L. C. (2019). Social Ills in Rich Countries: New Evidence on Levels, Causes, and Mediators. *Social Indicators Research*. <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02244-3>
- Dell'Orco, S., Sperandio, R., Moretto, E., & Maldonato, N. M. (2018). Revision on Psychometric Properties of the Temperament and Character Inventory in a Clinical Sample. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01951>
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: administration, scoring and procedures: Manual 1*. Clinical Psychometric

Research.

*Detailed Political Map of Uruguay—Ezilon Maps.* (s. f.). Recuperado 5 de marzo de 2018, de

<https://www.ezilon.com/maps/south-america/uruguay-maps.html>

Dolcet i Serra, J. M., Aluja, A., & García Rodríguez, L. F. (2006). *Carácter y Temperamento: Similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores.* [Tesis Doctoral, Universitat de Lleida].

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8295/Tjds1de1.pdf;jsessionid=43203431EAA0DB848751EBEE72BCADF0.tdx2?sequence=1>

Duijsens, I. J., Spinhoven, P., Goekoop, J. G., Spermon, T., & Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (2000). The Dutch temperament and character inventory (TCI): Dimensional structure, reliability and validity in a normal and psychiatric outpatient sample. *Personality and Individual Differences, 28*(3), 487-499.

[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00114-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00114-2)

Dumont, F. (2010). *A History of Personality Psychology: Theory, Science, and Research from Hellenism to the Twenty-First Century.* Cambridge University Press.

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V.

(Spanish). *Actas Espanolas de Psiquiatria, 39*(1), 1-11.

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: Un análisis crítico. *Actas españolas de psiquiatría, 43*(5), 177-186.

Etter, J.-F., Péliissolo, A., Pomerleau, C., & De Saint-Hilaire, Z. (2003). Associations between smoking and heritable temperament traits. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 5*(3), 401-409.

Eysenck, H. J. (1970). *The structure of human personality.* Methuen.

Fletcher, P. C., Happé, F., Frith, U., Baker, S. C., Dolan, R. J., Frackowiak, R. S., & Frith, C. D. (1995). Other minds in the brain: A functional imaging study of «theory of mind» in story comprehension. *Cognition, 57*(2), 109-128.

Floros, G., Siomos, K., Stogiannidou, A., Giouzepas, I., & Garyfallos, G. (2014). The Relationship Between Personality, Defense Styles, Internet Addiction Disorder, and Psychopathology in College Students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 17*(10), 672-676.

<https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0182>

- Fossati, A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., & Maffei, C. (2001). Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 15*(5), 390-402. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.5.390.19197>
- Freeman, E. W., Schweizer, E., & Rickels, K. (1995). Personality factors in women with premenstrual syndrome. *Psychosomatic Medicine, 57*(5), 453-459.
- Garay, M., & Vázquez, L. (2015). Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay hoy. *Revista Uruguaya de Enfermería, 5*(1). <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/93>
- Gempp, R., & Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica, 26*(1), 39-58. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>
- Goldman, R. G., Skodol, A. E., McGrath, P. J., & Oldham, J. M. (1994). Relationship between the Tridimensional Personality Questionnaire and DSM-III-R personality traits. *The American Journal of Psychiatry, 151*(2), 274-276. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.2.274>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 533-545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 65*(7), 948-958. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0711>
- Griego, J., Stewart, S. E., & Coolidge, F. L. (1999). A convergent validity study of Cloninger's Temperament and Character Inventory with the Coolidge Axis II Inventory. *Journal of Personality Disorders, 13*(3), 257-267.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2011).

*Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida I. Evaluación y Tratamiento* (Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avaluat 2010/02, p. 190) [Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad]. Agencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t).

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_vol1\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf)

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, & Fórum de Salud Mental y AIAQS. (2011). *Guía de práctica clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad*. 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.

Guillem, F., Bicu, M., Semkovska, M., & Debruille, J. B. (2002). The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophrenia Research*, *56*(1-2), 137-147.

Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., & Skodol, A. E. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Archives of general psychiatry*, *68*(8), 827-837.

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>

Gusnard, D. A., Ollinger, J. M., Shulman, G. L., Cloninger, C. R., Price, J. L., Essen, D. C. V., & Raichle, M. E. (2003). Persistence and brain circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *100*(6), 3479-3484. <https://doi.org/10.1073/pnas.0538050100>

Gutiérrez, F., Navinés, R., Navarro, P., García-Esteve, L., Subirá, S., Torrens, M., & Martín-Santos, R. (2008). What do all personality disorders have in common? Ineffectiveness and uncooperativeness. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(6), 570-578. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.04.007>

Gutiérrez, F., Sangorrín, J., Martín-Santos, R., Torres, X., & Torrens, M. (2002). Measuring the core features of personality disorders in substance abusers using the Temperament and Character Inventory (TCI). *Journal of Personality Disorders*, *16*(4), 344-359. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.4.344.24125>

Gutiérrez, F., & Vilar, A. (2014). Trastornos de la personalidad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, *110*, 49-52.



- Gutierrez-Zotes, A., Labad, J., Martorell, L., Gaviria, A., Bayón, C., Vilella, E., & 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-e1481. <https://doi.org/10.7717/peerj.1481>
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. R., & Fernández-Aranda, F. (2004). Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R). Standardization and normative data in a general population sample. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 32(1), 8-15.
- Haan, S. de. (2020). *Enactive Psychiatry*. Cambridge University Press.
- Harkness, A. R., Finn, J. A., McNulty, J. L., & 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>
- Harkness, A. R., & McNulty, J. L. (1994). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Issues from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. En *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 291-315). Springer Publishing Company.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la investigación* (5.<sup>a</sup> ed.). McGraw Hill.
- Hyphantis, T., Antoniou, K., Floros, D., Valma, V., Pappas, A., Douzenis, A., Assimakopoulos, K., Iconomou, G., Kafetzopoulos, E., Garyfallos, G., & Kuhlman, M. (2013). Assessing personality traits by questionnaire: Psychometric properties of the Greek version of the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire and correlations with psychopathology and hostility. *Hippokratia*, 17(4), 342-350.
- INE. (s. f.). *Censos 2011—Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado 2 de marzo de 2020, de <http://www.ine.gub.uy/censos-2011>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Jackson, H. J., & Burgess, P. M. (2000). Personality disorders in the community: A report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,

35(12), 531-538. <https://doi.org/10.1007/s001270050276>

Jiménez Gómez, F., Sánchez Crespo, G., & Ampudia Rueda, A. (2009). La contribución de la Escala PSY-5 al MMPI-2. [The contribution of the PSY-5 scale to the MMPI-2.]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 28(2), 31-43.

Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 289-298.  
<https://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00268.x>

John, O. P., Robins, R. W., & Pervin, L. A. (2008). *Handbook of Personality, Third Edition: Theory and Research*. Guilford Press.

Joyce, P. R., Light, K. J., Rowe, S. L., Cloninger, C. R., & Kennedy, M. A. (2010). Self-mutilation and suicide attempts: Relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(3), 250-257.  
<https://doi.org/10.3109/00048670903487159>

Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., Sullivan, P. F., & Cloninger, C. R. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 756-764. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2003.01263.x>

Joyce, P. R., Mulder, R. T., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Sullivan, P. F., & Cloninger, R. C. (2003). Borderline personality disorder in major depression: Symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 35-43.  
<https://doi.org/10.1053/comp.2003.50001>

Karwautz, A., Troop, N. A., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., & Treasure, J. L. (2003). Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 73-85.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.17.1.73.24057>

Keltikangas-Järvinen, L., & Jokela, M. (2010). Nature and Nurture in Personality. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, VIII(2), 180-186.

Kijima, N., Tanaka, E., Suzuki, N., Higuchi, H., & Kitamura, T. (2000). Reliability and validity of the Japanese

- version of the Temperament and Character Inventory. *Psychological Reports*, 86(3 Pt 1), 1050-1058.
- Kitamura, T. (s. f.). *TCI AND MENTAL & PERSONALITY DISORDERS*. Recuperado 19 de septiembre de 2018, de <http://www.institute-of-mental-health.jp/temperament/pdf/F2-0.pdf>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1994). *Diccionario de psicoanálisis*. Labor.
- Le Bon, O., Staner, L., Tecco, J., Pull, C., & Pelc, I. (1998). [Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ): Validation in a French-speaking control population]. *L'Encephale*, 24(1), 40-45.
- Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (2005). *Major theories of personality disorder, 2nd ed.* Guilford Press.
- Lépine, J. P., Pelissolo, A., Téodorescu, R., & Téhérani, M. (1994). [Evaluation of the psychometric properties of the French version of the Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)]. *L'Encephale*, 20(6), 747-753.
- Levy, K. N., Becker, D. F., Grilo, C. M., Mattanah, J. J. F., Garnet, K. E., Quinlan, D. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1999). Concurrent and Predictive Validity of the Personality Disorder Diagnosis in Adolescent Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1522-1528. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1522>
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills Training Manual, Second Edition*. Guilford Publications.
- López-Ibor, J. J., American Psychiatric Association, & Valdés, M. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Masson.
- Lordan, G., Soto, E. J., Brown, R. P. C., & Correa-Valez, I. (2012). Socioeconomic status and health outcomes in a developing country. *Health Economics*, 21(2), 178-186. <https://doi.org/10.1002/hec.1703>
- Maggini, C., Ampollini, P., Marchesi, C., Gariboldi, S., & Cloninger, C. R. (2000). Relationships between Tridimensional Personality Questionnaire dimensions and DSM-III-R Personality Traits in Italian adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 426-431. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.16559>

- Maldonado, N. M., Sperandeo, R., Moretto, E., & Dell'Orco, S. (2018). A Non-linear Predictive Model of Borderline Personality Disorder Based on Multilayer Perceptron. *Frontiers in Psychology, 9*.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00447>
- Markon, K. E., Chmielewski, M., & Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review. *Psychological Bulletin, 137*(5), 856-879.  
<https://doi.org/10.1037/a0023678>
- Martínez-Raga, J., Haro, G., & Cervera, G. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad Psiquiátrica*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=311822>
- Meares, R. (2014). *Un modello dissociativo del disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina Editore.
- Menon, V. (2011). Large-scale brain networks and psychopathology: A unifying triple network model. *Trends in Cognitive Sciences, 15*(10), 483-506. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.08.003>
- Michelini, G., Barch, D. M., Tian, Y., Watson, D., Klein, D. N., & Kotov, R. (2019). Delineating and validating higher-order dimensions of psychopathology in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study. *Translational Psychiatry, 9*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0593-4>
- Miettunen, J., Kantojärvi, L., Ekelund, J., Veijola, J., Karvonen, J. T., Peltonen, L., Järvelin, M. R., Freimer, N., Lichtermann, D., & Joukamaa, M. (2004). A large population cohort provides normative data for investigation of temperament. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*(2), 150-157.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00344.x>
- Miettunen, J., & Raevuori, A. (2012). A meta-analysis of temperament in axis I psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 152-166.
- Millan, M. J., Agid, Y., Brüne, M., Bullmore, E. T., Carter, C. S., Clayton, N. S., Connor, R., Davis, S., Deakin, B., DeRubeis, R. J., Dubois, B., Geyer, M. A., Goodwin, G. M., Gorwood, P., Jay, T. M., Joëls, M., Mansuy, I. M., Meyer-Lindenberg, A., Murphy, D., ... Young, L. J. (2012). Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: Characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nature Reviews. Drug Discovery, 11*(2), 141-168. <https://doi.org/10.1038/nrd3628>
- Miller, J. D., Campbell, W. K., Pilkonis, P. A., & Morse, J. Q. (2008). Assessment Procedures for Narcissistic Personality Disorder. *Assessment, 15*(4), 483-492. <https://doi.org/10.1177/1073191108319022>

- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Elsevier España.
- Millon, T., & Davis, R. B. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Masson.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=194483>
- Montag, I., & Levin, J. (1994). The five factor model and psychopathology in nonclinical samples. *Personality and Individual Differences*, 17(1), 1-7. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90256-9](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90256-9)
- Morey, L. C., Hopwood, C. J., Markowitz, J. C., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A., Ansell, E. B., & Skodol, A. E. (2012). Comparison of alternative models for personality disorders, II: 6-, 8- and 10-year follow-up. *Psychological Medicine*, 42(8), 1705-1713.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291711002601>
- Mulder, R. T., Joyce, P. R., Sullivan, P. F., Bulik, C. M., & Carter, F. A. (1999). The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences. *Psychological Medicine*, 29(4), 943-951. <https://doi.org/10.1017/s0033291799008533>
- Nagoshi, C. T., Walter, D., Muntaner, C., & Haertzen, C. A. (1992). Validation of the tridimensional personality questionnaire in a sample of male drug users. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 401-409.  
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90067-Y](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90067-Y)
- NIMH. (2014). *NIMH Research Domain Criteria (RDoC)*. <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml>
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2009). *Essentials of Personality Disorders*. American Psychiatric Pub.
- ONU. (s. f.). *Informe sobre Desarrollo Humano 2019 | Naciones Unidas*. United Nations. Recuperado 2 de marzo de 2020, de [/es/card/49149](https://www.un.org/development/dha/esp/card/49149)
- Otsuka, Y., Osaka, N., Yaoi, K., & Osaka, M. (2011). First-Person Perspective Effects on Theory of Mind without Self-Reference. *PLoS ONE*, 6(4), e19320. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019320>
- Paolini, E., Pierri, F., & Moretti, P. (2016). Temperament and Character Inventory in the Diagnosis of Personality Disorder. *Mathews Journal of Psychiatry & Mental Health*, 1(2), 006.
- Paris, J. (1992). Social risk factors for borderline personality disorder: A review and hypothesis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 37(7), 510-515.

<https://doi.org/10.1177/070674379203700708>

- Paris, J. (1998). Personality disorders in sociocultural perspective. *Journal of Personality Disorders, 12*(4), 289-301. <https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.4.289>
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 42*(6), 482-487. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>
- Paris, Joel. (2005). Neurobiological dimensional models of personality: A review of the models of Cloninger, Depue, and Siever. *Journal Of Personality Disorders, 19*(2), 156-170.
- Parker, G., Cheah, Y.-C., & Parker, K. (2003). Properties of the temperament and character inventory in a Chinese sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*(5), 367-373.
- Parsian, A., & Cloninger, C. R. (2001). Serotonergic pathway genes and subtypes of alcoholism: Association studies. *Psychiatric Genetics, 11*(2), 89-94.
- Parsons, S. (1997). The epidemiology and effects of borderline personality disorder in primary health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 4*(2), 145-146.
- Pedersen, G., & Karterud, S. (2010). Using measures from the SCL-90-R to screen for personality disorders. *Personality and Mental Health, 4*(2), 121-132. <https://doi.org/10.1002/pmh.122>
- Pelechano, V., González-Leandro, P., García, L., & Morán, C. (2013). Is it possible to be too happy? Happiness, personality, and psychopathology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 13*(1), 18-24. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70003-6](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70003-6)
- Pelissolo, A., Ecochard, P., & Falissard, B. (2008). Psychometric characteristics of Cloninger's criteria for personality disorder in a population of French prisoners. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 17*(1), 30–34. <https://doi.org/10.1002/mpr.239>
- Pélissolo, A., & Lépine, J. P. (2000). Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. *Psychiatry Research, 94*(1), 67-76.
- Pérez-Sayes, A., Calvo, R., Tirapu-Ustárroz, J., & Mata, I. (2005). Propuesta de un modelo dimensional para trastornos de personalidad. *Actas españolas de psiquiatría, 33*(4), 254-262.
- Pérez-Velázquez, J. L., & Frantseva, M. (2011). *Brain-behavior Continuum, The: The Subtle Transition Between Sanity And Insanity*. World Scientific Publishing Company.

- Pervin, L. A. (1998). *La ciencia de la personalidad*. McGraw-Hill Interamericana de España.
- Petersen, B., Toft, J., Christensen, N. B., Foldager, L., Munk-Jørgensen, P., Lien, K., & Valbak, K. (2008). Outcome of a psychotherapeutic programme for patients with severe personality disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(6), 450-456. <https://doi.org/10.1080/08039480801984271>
- Póo, F. M., Ledesma, R. D., & López, S. (2013). Versión Transcultural del Cuestionario de Personalidad de Zuckerman- Kuhlman (ZKPQ-50-CC) en Población Argentina. *Escritos de Psicología*, 6(1), 1-5.
- Pukrop, R. (2002). Dimensional personality profiles of borderline personality disorder in comparison with other personality disorders and healthy controls. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 135-147. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.2.135.22550>
- Pulay, A. J., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Saha, T. D., Smith, S. M., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2009). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Schizotypal Personality Disorder: Results From the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 11(2), 53-67.
- Revappala, B. C. (2016). To compare the prevalence of personality disorders in a community from rural and urban areas: A cross-sectional study in South Karnataka, India. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 5(81), 6046-6052.
- Richter, J., & Brändström, S. (2009). Personality disorder diagnosis by means of the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 50(4), 347-352. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.09.002>
- Richter, J., Brändström, S., Emami, H., & Ghazinour, M. (2007). An Iranian (Farsi) version of the Temperament and Character Inventory: A cross-cultural comparison. *Psychological Reports*, 100(3 Pt 2), 1218-1228.
- Richter, J., Brändström, S., & Przybeck, T. (1999). Assessing personality: The Temperament and Character Inventory in a cross-cultural comparison between Germany, Sweden, and the U.S.A. *Psychological Reports*, 84, 1315-1330.
- Rossier, J., Ouedraogo, A., Dahourou, D., Verardi, S., & Meyer de Stadelhofen, F. (2013). Personality and Personality Disorders in Urban and Rural Africa: Results from a Field Trial in Burkina Faso. *Frontiers in*

*Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00079>

Rubio, V., & Pérez-Urdániz, A. (2003). *Trastornos de la personalidad*. Elsevier.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=156947>

Sánchez Quintero, S., & Vega, I. de la. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 21-32.

<https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>

Sanchez, R. O., & Ledesma, R. D. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII(3), 265-274.

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender Patterns in Borderline Personality Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 16-20.

Santana, G. L., Coelho, B. M., Wang, Y.-P., Filho, A. D. P. C., Viana, M. C., & Andrade, L. H. (2018). The epidemiology of personality disorders in the Sao Paulo Megacity general population. *PLOS ONE*, 13(4), e0195581. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195581>

Selma, H. (s. f.). *Personalidad y Psicopatología Evaluación en población uruguaya a través del SCL-90-R, y las adaptaciones de las versiones cortas del TCI-R, ZKPQ y NEO-PI*. Google Docs. Recuperado 11 de enero de 2020, de [https://docs.google.com/document/d/1fr-oS0F6HgdWhtafUALfByLtoy-6l6NgrrxpWwV1oDA/edit?usp=embed\\_facebook](https://docs.google.com/document/d/1fr-oS0F6HgdWhtafUALfByLtoy-6l6NgrrxpWwV1oDA/edit?usp=embed_facebook)

Selma, H. (2015). *Aportes a la fiabilidad y validez del test de Rorschach: Teoría de respuesta al ítem, neurociencias y psicopatología* [Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca].

<https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/129688>

Selma, H., Benedetti, M., Luzardo, M., Boggio, K., Bagnato, M. J., Martín, A., Vázquez, A., & Premuda, P. (2017). Adaptación a población adulta montevideana de la Escala de Temperamento y Carácter Revisada (TCI-R), resultados preliminares. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 7(1), 169-198.

Selma, H., & Fernández-Theoduloz, G. (2015). "Old stains, new perspective; Psychobiological models of personality and Rorschach". / "Viejas manchas, nuevas miradas; Modelos psicobiológicos de la



- Personalidad y Rorschach". *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 9(3). <http://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/208>
- Selma, H., & Fernández-Theoduloz, G. (2016). Relevance of Rorschach test in assessment of psychopathological symptoms and Executive Functions. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 10(2). <http://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/237>
- Selma, H., & Luzardo, M. (2016). Aplicación de la Teoría de Respuesta al Ítem al test de Rorschach. *Revista Itinerario*, 10(15).
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? *The Psychiatric Quarterly*, 74(4), 349-360. <https://doi.org/10.1023/a:1026087410516>
- Stals, R., Dijkhuizen, A., & Joosten, T. (2010). Surviving severe personality disorders: A challenge for patients and professionals. *Advances in Dual Diagnosis*, 3(4), 38-44. <https://doi.org/10.5042/add.2011.0191>
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Smith, S. M., Ruan, W. J., Pulay, A. J., Saha, T. D., Pickering, R. P., & Grant, B. F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1033-1045. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0701>
- Strack, S. (2006). *Differentiating Normal and Abnormal Personality*. Springer Publishing Company.
- Stratta, P., Daneluzzo, E., Prosperini, P., Kalyvoka, A., & Rossi, A. (2000). Validazione Psicometrica del Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) in tre differenti popolazioni cliniche: Disturbo depressivo, bipolare e schizofrenico. *Official Journal of the Italian Society of Psychopathology*. <https://www.jpsychopathol.it/article/validazione-psicometrica-del-tridimensional-personality-questionnaire-tpq-in-tre-differenti-popolazioni-cliniche-disturbo-depressivo-bipolare-e-schizofrenico/>
- Sugiura, M., Kawashima, R., Nakagawa, M., Okada, K., Sato, T., Goto, R., Sato, K., Ono, S., Schormann, T., Zilles, K., & Fukuda, H. (2000). Correlation between human personality and neural activity in cerebral cortex. *NeuroImage*, 11(5 Pt 1), 541-546. <https://doi.org/10.1006/nimg.2000.0564>
- Sung, S. M., Kim, J. H., Yang, E., Abrams, K. Y., & Lyoo, I. K. (2002). Reliability and validity of the Korean version of the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 235-243.

- Svrakic, D. M., & Cloninger, C. R. (2010a). Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 153-166.
- Svrakic, D. M., & Cloninger, R. C. (2010b). Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 153-166.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayón, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 189-195.
- Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 991-999. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240075009>
- Tadić, A., Wagner, S., Hoch, J., Başkaya, O., von Cube, R., Skaletz, C., Lieb, K., & Dahmen, N. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 42(4), 257-263. <https://doi.org/10.1159/000224149>
- Takeuchi, M., Yoshino, A., Kato, M., Ono, Y., & Kitamura, T. (1993). Reliability and validity of the Japanese version of the Tridimensional Personality Questionnaire among university students. *Comprehensive Psychiatry*, 34(4), 273-279. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(93\)90010-2](https://doi.org/10.1016/0010-440x(93)90010-2)
- The NIMH Withdraws Support for DSM-5.* (s. f.). Psychology Today. Recuperado 28 de febrero de 2020, de <http://www.psychologytoday.com/blog/side-effects/201305/the-nimh-withdraws-support-dsm-5>
- Thomas, J. C., Segal, D. L., & Hersen, M. (2006). *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology, Vol. 1: Personality and Everyday Functioning*. John Wiley & Sons Inc.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Unidad de Comunicación Institucional (FP-UdelaR). (s. f.). *Proyectos aprobados por CSIC | Facultad de Psicología*. Recuperado 11 de enero de 2020, de <https://psico.edu.uy/novedades/portada-de-sitio/proyectos-aprobados-por-csic>

- Vallejo, J., Bulbena, A., & Blanch, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=701548>
- Wakefield, J. C. (2016). Diagnostic Issues and Controversies in DSM-5: Return of the False Positives Problem. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*(1), 105-132. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112800>
- Wang, J., & Geng, L. (2019). Effects of Socioeconomic Status on Physical and Psychological Health: Lifestyle as a Mediator. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(2).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16020281>
- Widiger, T. A. (2007). Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatry, 6*(2), 79-83.
- Widiger, T. A., & Gore, W. L. (2014). Dimensional versus Categorical Models of Psychopathology. En *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. John Wiley & Sons, Inc.  
<https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp108>
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *The American Psychologist, 62*(2), 71-83. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>
- World Health Organization, & Council for International Organizations of Medical Sciences. (2017). *International ethical guidelines for health-related research involving humans*. CIOMS.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2007). *Terapia de esquemas: Guía práctica*. Desclée de Brouwer.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 155*(12), 1733-1739. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *The American Journal of Psychiatry, 169*(5), 476-483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J. G. (2008).

The 10-year Course of Physically Self-destructive Acts Reported by Borderline Patients and Axis II Comparison Subjects. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 117(3). <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01155.x>

Zuckerman, M. (2005). *Psychobiology of Personality* (2.<sup>a</sup> ed.). Cambridge University Press.

## VII. Anexo 1

### Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación acerca de un cuestionario y cuatro tests psicológicos. Entiendo que se me aplicarán los mismos. He sido informado de que los riesgos de dichas aplicaciones son mínimas, y que en caso de riesgo psicológico se me informará acerca de dónde y cómo recibir atención psicológica, si fuese necesaria. Sé que puede que no haya beneficios directos para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que ello me afecte de ninguna manera.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmó que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

## VIII. Anexo 2

### Cuestionario sociodemográfico Ad-Hoc e INSE.

1.Sexo		2.Edad	Nacimiento		5.País nacimiento	6.N° Cuestionario		7.N° Investigador	
0	Femenino		3.Mes	4.Año					
1	Masculino								
8.Manzana					9.Tipo Manzana	Titular	0	10.Fecha	
							Suplente	1	
11.¿Cuántas personas viven en su hogar (total)?						12.¿Cuántos son menores de 10 años?			
13.¿En su casa hay alguna persona con estudios universitarios? (SI/NO)						14.Material del techo de la casa (precario o no precario)		0	Chapa
								1	Material
15.Nivel de estudios del/la entrevistado/a					16.Nivel de estudios del/la principal sostenedor del hogar				
0	Sin estudios				0	Sin estudios			
1	Primaria incompleta				1	Primaria incompleta			
2	Primaria completa				2	Primaria completa			
3	Secundaria/UTU incompleta				3	Secundaria/UTU incompleta			
4	Secundaria/UTU completa				4	Secundaria/UTU completa			
5	Mag/Prof/Estudios terciarios incompletos				5	Mag/Prof/Estudios terciarios incompletos			
6	Mag/Prof/Estudios terciarios completos				6	Mag/Prof/Estudios terciarios completos			
7	Estudios de Posgrado completos				7	Estudios de Posgrado completos			
17.Por favor indique <b>CUANTOS</b> de los siguientes artículos posee en su hogar			18.¿En su hogar hay servicio doméstico?			19.Cobertura de salud del entrevistado			
Baños			0	No posee		0	Salud Pública		
Automóvil			1	Si, por hora		1	Hospital Policial/Hospital Militar		
TV color			2	5 o más veces por semana		2	Mutualistas		
Heladera o Freezer			3	Si, con cama		3	Seguro privado médico		
Computadora (no Ceibal)			20.Cobertura de salud del principal sostenedor del hogar			21.¿Cuántas personas en el hogar tienen ingresos?			
Teléfono fijo									
TV para abonados			0	Salud Pública		22. Actualmente, usted:			
Aire acondicionado			1	Hospital Policial/Militar		0	Tiene trabajo estable		

Microondas		2	Mutualistas	1	Trabaja de vez en cuando
Lavarropa		3	Seguro privado médico	2	No trabaja
Lavavajilla				3	Es jubilado/pensionista
DVD					

23. ¿Cuántos hermanos tienes?		28. ¿Cuántas horas por semana realizas actividad física? (Si no hace poner 0)				
24. ¿Cuántos de ellos son medios hermanos?						
25. ¿Cuántos hermanos por padre y madre?		29. ¿Cuántos amigos tienes?				
26. ¿Cuántos hijos tiene? (Si no tiene poner 0)		30. ¿Cuántas veces al mes te reúnes con alguno de ellos?				
27. ¿A qué edad tuvo el primer hijo? (Si no tuvo poner NO)						
31. Su infancia (hasta los 10 años) la pasó principalmente en:	0	Ciudad	1	Pueblo	2	Rural
32. Su adolescencia (hasta los 20 años) la pasó principalmente en:	0	Ciudad	1	Pueblo	2	Rural
33. ¿Cuántas veces recibió asistencia psicológica en su vida?						
34. ¿De esas veces, cuantas fueron en su infancia (hasta los 10 años)?						
35. ¿Cuántas en su adolescencia (de 10 a 20 años)?						
36. ¿Cuántas veces realizó psicoterapia (si no sabe explicar)?						
37. ¿Cuántas veces realizó un proceso diagnóstico (si no sabe explicar)?						
38. ¿Tienes pareja?	0	NO	1	SI	39. ¿Hace cuantos años?	