

**Validación de la versión española del Inventory of Personality Organization
(IPO): contribución al psicodiagnóstico de la organización límite**

Salvatore Cosentino

<http://hdl.handle.net/10803/404792>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and

TESIS DOCTORAL

Título

**VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL INVENTORY OF
PERSONALITY ORGANIZATION (IPO): CONTRIBUCIÓN AL
PSICODIAGNÓSTICO DE LA ORGANIZACIÓN LÍMITE**

Realizada por **Salvatore Cosentino**

en el Centro **FPCEE – Blanquerna**

y en el Departamento de Psicología

Dirigida por

Dra. Eulàlia Arias Pujol
Dr. Carles Pérez Testor

AGRADECIMIENTOS

Antes de comenzar la exposición de este trabajo, me gustaría agradecer a todas aquellas personas que de una manera u otra han contribuido al desarrollo de este proyecto y a la vez a mi crecimiento, tanto profesional como personal.

Me gustaría empezar agradeciendo a mis tutores, la Dra. Eulàlia Arias y el Dr. Carles Pérez, por los conocimientos que me han transmitido, las competencias que me han ayudado a desarrollar, la pasión por la clínica y la investigación que en todo momento me han hecho sentir, y por haberme guiado a lo largo de este camino y animado en los momentos más difíciles.

Quiero agradecer a la Dra. M. Teresa Miró, que con su amabilidad y disponibilidad, hace muchos años me puso en contacto con la Dra. Eulàlia Arias, dándome así la posibilidad de poder empezar este proyecto.

Agradezco al Dr. Ignasi Cifré la paciencia demostrada y los consejos prácticos fundamentales para desarrollar de forma adecuada la parte estadística de este trabajo.

Quiero agradecer enormemente al Dr. Josep Parés, el psicólogo Luis Álvarez, la trabajadora social Anna Carrió y todo su amable equipo de trabajadores, que me han abierto las puertas del Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de la *Fundació Vidal i Barraquer* ayudándome en la recogida de los datos clínicos de este trabajo, uno de los objetivos más difíciles de lograr.

Quiero agradecer a Xavi, Sara, Patxi y Albert, que con mucha paciencia han revisado palabra por palabra este trabajo, ayudándome a llegar ahí donde mis habilidades lingüísticas no me permitían llegar.

Agradezco enormemente a mi familia, mis padres y mis dos hermanos, que me han acompañado en todo momento, y sin cuyo apoyo, tanto económico como emocional, no me habría sido posible lograr este importante objetivo de mi carrera profesional.

Quiero agradecer a todas aquellas personas, amigos y más que simples amigos, que he conocido a lo largo de estos años en Barcelona, amigos que me han ayudado y alentado, compañeros de aventura con los cuales he compartido, multiplicándola, mi vida.

En última instancia quiero dedicar este trabajo a mi saboteador interno, a la parte de mí que en algunas ocasiones ha dudado y ha tenido el miedo de no poder lograr este objetivo.

ÍNDICE

Introducción	1
I. PARTE TEÓRICA	
1. El Trastorno Límite de Personalidad: contribuciones de la teoría, clínica e investigación en psicología dinámica y psicoanálisis	7
1.1 El TLP en la nosografía psiquiátrica clásica	8
1.2 El Límite en la nosografía psicodinámica y psicoanalítica	10
1.2.1 Perspectivas teóricas para abordar el concepto de límite en Green	10
1.2.2 Gabbard y la psiquitría psicodinámica	12
1.2.3 La Personalidad Límite: entre organizaciones estables y no estructuradas	14
1.3 Trauma, escisión y problemas de identidad en el límite	28
1.4 La relación límite con el objeto traumático	32
1.5 El límite y la mentalización	34
1.5.1 Tratamiento basado en la Mentalización	38
2. El Modelo Estructural de la Personalidad de Kernberg	41
2.1 El sistema de interiorización de las relaciones objetales	43
2.2 El límite como estructura de personalidad	44
2.2.1 Estructuras mentales y organizaciones de la personalidad	47
2.3 Aspectos temperamentales y cognitivos en la organización límite de personalidad	50
2.4 La evaluación de la estructura de personalidad	52
2.5 El modelo de Kernberg y la terapia: la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP)	56
3. El <i>Inventory of Personality Organization</i> (IPO)	59
3.1 Orígenes y características del <i>Inventory of Personality Organization</i> (IPO)	59
3.2 La <i>Structred Interview of Personality Organization</i> (STIPO)	68

II. PARTE EMPÍRICA

4. Hacia la estandarización de la versión española del <i>Inventory of Personality Organization</i> (IPO): el proceso de traducción y el estudio piloto	75
4.1 Traducción y retro-traducción del instrumento	75
4.2 Objetivos e hipótesis del estudio piloto	76
4.3 Método	77
4.3.1 Participantes	77
4.3.2 Instrumentos	81
4.3.3 Procedimiento	82
4.4 Resultados	83
4.5 Discusión	96
5. Análisis de las propiedades psicométricas de la versión española del <i>Inventory of Personality Organization</i> (IPO) en una población no clínica de sujetos	99
5.1 Objetivos e hipótesis	99
5.2 Método	101
5.2.1 Participantes	101
5.2.2 Instrumentos	105
5.2.3 Procedimientos	105
5.3 Resultados	106
5.4 Discusión	121
6. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del <i>Inventory of Personality Organization</i> (IPO) en una población clínica de sujetos adultos	123
6.1 Objetivos e hipótesis	123
6.2 Método	125
6.2.1 Participantes	125
6.2.2 Instrumentos	129
6.2.3 Procedimientos	130
6.3 Resultados	131
6.4 Discusión	140

III. CONCLUSIONES

Conclusiones, limitaciones y futuras aplicaciones del estudio	145
Referencias bibliográficas	149

IV. ANEXOS

Anexo I: Autorización del Dr. Clarkin al uso del IPO para la investigación

Anexo II: Versión original del test en inglés

Anexo III: Informe positivo del Comité de Ética

Anexo IV: Consentimiento informado muestra no-clínica

Anexo V: Consentimiento informado muestra clínica

Anexo VI: Tests muestra no-clínica

Anexo VII: Tests muestra clínica

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, junto al continuo desarrollo y a la mejora de paradigmas nosográficos, el diagnóstico en el ámbito de la salud mental ha sido una área de investigación muy significativa, a la que muchos clínicos y investigadores han dedicado sus estudios, intentado especialmente realizar instrumentos empíricos que permitan una buena evaluación inicial de la personalidad y del funcionamiento psíquico general de los pacientes. Estos esfuerzos nacen con una doble motivación: por un lado la posibilidad de planear un tratamiento psicoterapéutico adecuado, por el otro para obtener índices operacionalizados que fortalezcan la investigación en psicología clínica.

Este vacío ha sido objeto de debate especialmente en contextos científicos de orientación psicodinámica y psicoanalítica, donde existían importantes conclusiones derivadas de la elaboración en contextos clínicos, pero que aún no habían podido ser verificadas empíricamente. Quizá esto haya sido debido, en parte, a la ausencia de una operacionalización adecuada de los conceptos implicados en la clínica y a la falta de instrumentos para la medición de constructos de naturaleza más psicodinámica/psicoanalítica.

Desde esta perspectiva, el grupo de investigación del *Personality Disorders Institute del Weill Medical College of Cornell University* de Nueva York, dirigido por Otto Kernberg, ha diseñado un inventario para la evaluación de la personalidad, el *Inventory of Personality Organization* (IPO, Kernberg y Clarkin 1995; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, y Foelsch, 2001). El IPO intenta cubrir esta importante laguna, siendo un instrumento válido y fiable que se ha realizado a partir del modelo teórico de la personalidad de Kernberg (1975, 1984). Dicha teoría se focaliza de manera particular sobre la clasificación de la “organización límite de personalidad”, definida como una estructura de personalidad que por sus características específicas y estables se diferencia de la neurosis y psicosis, y cuya descripción incluye no solamente aspectos descriptivos u observables de la conducta sino también la *organización estructural subyacente* del paciente, que se basa en algunos criterios estructurales que serán profundizados a lo largo de este trabajo. El IPO, entonces, permite medir las alteraciones de personalidad y puede ser utilizado para registrar los cambios estructurales ocurridos, así como la implementación de un determinado tratamiento psicoterapéutico.

Las mismas motivaciones descritas antes son las que me han llevado a estudiar y desarrollar el interés por las teorías de Kernberg, especialmente por el trabajo de su grupo de investigación de Nueva York, grupo que ha conseguido la difícil tarea de conectar la teoría psicoanalítica con el método empírico. Por ese motivo empecé este trabajo de investigación convencido que la realización de la versión española del IPO habría sido un avance muy importante para el psicodiagnóstico psicodinámico en lengua castellana.

Por lo tanto, el trabajo de tesis que se presenta a continuación tiene como objetivos principales:

- Llevar a cabo una versión en lengua castellana del IPO que sea válida y que pueda ser administrada a la población española.
- Averiguar la validez del test y la capacidad de sus escalas para destacar y discriminar las diferencias entre una población clínica de sujetos y una población que no tiene ningún trastorno psicopatológico diagnosticado.

En el primer capítulo se examinarán algunas contribuciones sobre el estudio del Trastorno Límite de Personalidad desde la perspectiva psicodinámica y psicoanalítica. Para ello se trazará un hilo conductor desde los primeros planteamientos teóricos hasta los avances más recientes, tanto en el diagnóstico como en sus implicaciones al abordaje terapéutico. Se analizarán las características genético-dinámicas de las personalidades de estos pacientes y sus repercusiones a nivel relacional.

En el segundo y en el tercer capítulo se profundizarán el Modelo Estructural de la Personalidad elaborado por Otto Kernberg y las características del *Inventory of Personality Organization* (IPO), cuyo modelo constituye la fundamentación teórica.

El cuarto capítulo nos lleva a la parte empírica del trabajo. Se describirá el proceso de traducción y retrotraducción del test y serán presentados los resultados obtenidos con los primeros datos recogidos en las etapas preliminares del proceso de investigación. Este estudio piloto ha tenido el objetivo general de averiguar si todos los ítems de la versión española del IPO funcionaban o había que aportar modificaciones en la traducción o en la estructura del test.

El quinto capítulo analiza las propiedades psicométricas del IPO-Es sobre una muestra no clínica de sujetos, como en el precedente estudio, pero mucho más amplia. Se estudiarán la fiabilidad y la validez de las escalas y también la estructura factorial latente del instrumento

En el sexto capítulo se analizarán las propiedades psicométricas del test sobre una muestra de sujetos patológicos. Una vez más se corroborarán la fiabilidad y la validez concurrente de las escalas del test, y ante todo se compararán las medias de las dos muestras, clínica y normativa, para averiguar si el test es capaz de diferenciar estos dos tipos de muestras y puede ser empleado en contextos clínicos y de investigación.

I. PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO 1

El Trastorno Límite de Personalidad:

contribuciones de la teoría, clínica e investigación en psicología dinámica y psicoanálisis

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es, sin duda, un trastorno que ha sido considerado durante mucho tiempo como una entidad clínica confusa desde el punto de vista nosográfico y difícil de tratar desde el punto de vista psicoterapéutico. Recientemente se ha convertido en un campo de investigación y trabajo clínico con rasgos más definidos y que suscita mucho interés. El desarrollo de modelos de diagnóstico más fiables y de nuevos modelos de psicoterapia han permitido avanzar notablemente en este campo (Andreoli y Costantini, 2009).

La condición límite ha despertado un gran interés quizás también por qué parece expresar el malestar de nuestro tiempo, de la modernidad tardía, del mismo modo que la histeria expresaba el malestar de la modernidad, relacionada con aspectos de represión pulsional. El trastorno límite con sus características de inestabilidad, difusión de la identidad, imprevisibilidad y licuefacción de las fronteras, exprime otro tipo de sufrimiento de la identidad. Al contrario que en la histeria, el malestar no se da por exceso sino por debilitamiento de los organizadores (personales y colectivos) de la identidad, de los sistemas simbólicos, de los contenedores colectivos que hacían de conectores y de la transmisión transgeneracional de la vida psíquica (Barale, 2009). Los pacientes límite constituyen el 20-30% de los pacientes psiquiátricos, proporción similar a la representada por la histeria en la población psiquiátrica del siglo XIX.

El término *border-line* fue empleado por primera vez por Eisenstein en 1949, aunque la evidencia de cuadros clínicos que no correspondían a la familia psicótica clásica ni a la familia neurótica clásica se había puesto de manifiesto mucho antes, por ejemplo en 1883 con las “formas atenuadas de esquizofrenia”, o en 1885 con la “heboidofrenia” de Kahlbaum (Bergeret, 1980). Hoch y Polatin (1949) introdujeron el término de “esquizofrenia pseudoneurótica”.

En el ámbito psicoanalítico uno de los primeros y más interesantes trabajos sobre el límite fue el de Deutsch, con el artículo “Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship to Schizophrenia” (1942). Este artículo fue un trabajo pionero ya que dio inicio a toda una serie de contribuciones sobre los estados “prepsicóticos”. Deutsch describe aquí por primera vez un tipo de personalidad, que ella llama “Personalidad Como-Si”. De estas personalidades la autora dice: “la relación con la vida tiene algo que falta de autenticidad, pero aún así, externamente, funciona como si fuese completa”. Aparecen perfectamente ajustados, e incluso son capaces de una cierta empatía, pero en una serie de circunstancias se revelan carentes de profundidad emocional. Una de las características del “Como-Si” es que las tendencias agresivas están casi completamente enmascaradas por la pasividad, dando un aire de bondad negativa, de amabilidad suave que, sin embargo, muta fácilmente hacia lo maligno. Estos pacientes no vienen descritos como neuróticos o psicóticos, sino más bien como prepsicóticos, aunque la autora concluye sin especificar bien a que se refiere con ello.

Ese concepto será luego profundizado por otros autores, como por ejemplo Katan (1953) que lo define como un estadio un poco más avanzado de un brote psicótico, o Diatkine (1969) que lo enfoca como una “pre-estructura” infantil que podría desarrollarse en una esquizofrenia adulta. Otros, como Bergeret (1980) por ejemplo, lo consideran simplemente como un sinónimo de “estado límite”.

1.1 El TLP en la nosografía psiquiátrica clásica

Antes de profundizar en la comprensión psicodinámica del trastorno, puede ser útil examinar brevemente como la nosografía psiquiátrica reciente lo enfoca. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR; APA, 2000) basado en la descripción de comportamientos observables, incluye los “*Trastornos Límite de la Personalidad*” en el Eje II, describiéndolos como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems: 1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario; 2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación; 3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada

y persistentemente inestable; 4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias); 5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación; 6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad); 7) sentimientos crónicos de vacío; 8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira; 9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Figura 1.1 Criterios diagnósticos para el TLP (DSM-IV-TR).

Trastorno de Personalidad Límite
<p><i>Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco o más de los items siguientes:</i></p> <p>(1) <i>Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.</i></p> <p>(2) <i>Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.</i></p> <p>(3) <i>Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.</i></p> <p>(4) <i>Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej. gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida.</i></p> <p>(5) <i>Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.</i></p> <p>(6) <i>Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej. episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas y rara vez unos días).</i></p> <p>(7) <i>Sentimientos crónicos de vacío.</i></p> <p>(8) <i>Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej. muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).</i></p> <p>(9) <i>Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.</i></p>

En el DSM-5 (APA, 2013), donde se ha eliminado el sistema multiaxial, el *Trastorno Límite* mantiene más o menos las mismas características, y está incluido dentro de la categoría nosográfica de los *Trastornos de Personalidad* (TP) de la Sección II, que reúne todas las categorías diagnósticas de los Ejes I y II del DSM IV-TR, con anotaciones separadas en cada categoría para las condiciones médicas asociadas (antiguo Eje III), para los factores psicosociales y ambientales (antiguo Eje IV) y para la discapacidad, entendida esta como daño en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas significativas de la vida cotidiana (antiguo Eje V) (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014). Estas consideraciones son importantes porque aunque el diagnóstico patológico de los trastornos de personalidad está basado en la descripción de comportamientos observables en las dos versiones del DSM, las terapias basadas en el *insight*, como el psicoanálisis, no se focalizan sobre esas manifestaciones conductuales, mas bien en los cambios profundos de la personalidad (Igarashi, Kikuchi, Kano, Mitom,

Shono, Hasui y Kitamura, 2009), los cuales pueden sólo ser medidos utilizando conceptos que corresponden a las teorías que explicaremos a lo largo de este trabajo.

1.2 El Límite en la nosografía psicodinámica y psicoanalítica

1.2.1 Perspectivas teóricas para abordar el concepto de límite en Green

La cuestión sobre el límite, como ya se ha dicho, ha sido muy investigada en las últimas décadas, y en literatura se puede encontrar mucho material, como también en el ámbito psicoanalítico. Para poder llevar a cabo una clasificación de las contribuciones más significativas para la comprensión del límite, puede ser muy útil hacer referencia a la aportación de Green, que en su obra “La folie privée. Psychanalyse des cas limites” (1990; trad. italiana “Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata”, 1991) clasifica las contribuciones más importantes en tres corrientes:

- a) corriente freudiana
- b) corriente klianiana
- c) corriente winnicotiana.

La corriente freudiana

En los trabajos de Freud, hay pocas indicaciones que hacen referencia directa a los casos límite, pero algunos trabajos anticipan las características de los mismos. Por ejemplo en “Neurosis y psicosis” Freud (1924; citado por Green, 1991) dice:

“[...] el Yo conseguirá evitar la ruptura si consigue alterarse a si mismo y disminuir su propia compactez y unidad, hasta el punto de fragmentarse. Estando así las cosas, las incoherencias, las extravagancias y las locuras de los hombres podrían ser concebidas de forma analoga a la de sus perversiones, aceptando las cuales los individuos consiguen evitar las represiones. En conclusión, hay que enfocarse en el problema de cual podría ser el mecanismo, analogo a la represión, que permite al Yo separarse del mundo exterior.”

Esta cita anticipa el rol de la escisión del Yo, que tendrá cada vez más importancia en las obras de Freud. La escisión no será limitada entonces a las perversiones, sino que dañará en funcionamiento intrínseco del Yo; la escisión puede ser observada en lo que

Freud llama “incoherencias, extravagancias y las locuras de los hombres”. El rol de defensa contra la psicosis que estos rasgos desarrollan permite reconducirlos a los casos límite.

A lo largo de la obra freudiana, muchos conceptos y teorías pueden ser conectadas con los casos límite, como la importancia de los primeros traumas y de las primeras distorsiones del Yo, la fijación a mecanismos de defensa más antiguos, la concepción de la pulsión de muerte, donde muchos analistas reconocerán la importancia de la agresividad, aunque conceptualizada e interpretada de forma diferente.

Según Green, el trabajo de Bergeret (1980) se puede situar dentro de esta perspectiva teórica. El autor atribuye al trauma el papel de “desorganizador” que está en la base de lo que él llama “tronco común de los estados límite”. Kernberg (1976), sin embargo, ha desarrollado las ideas de Freud desde una perspectiva diferente, tanto a nivel estructural como a nivel dinámico-genético, adoptando lo que puede ser considerado un punto de vista modificado de la Psicología del Yo, junto a una concepción basada en las relaciones objetales. Green define la obra de Kernberg como una “teoría límite” entre Psicología del Yo y orientación kleiniana. Estos planteamientos teóricos serán explicados detalladamente en las próximas páginas de este trabajo.

La corriente kleiniana

Una de las teorías más importantes aportadas por Klein es la hipótesis sobre la existencia de las relaciones objetales desde el nacimiento. Su contribución es fundamental para la descripción de la rigidez de las emociones, de la escisión, de la idealización y el descubrimiento de la identificación proyectiva, la importancia de la naturaleza narcisista de la relación de objeto esquizoide.

En el ámbito del movimiento kleiniano se destaca la obra de Bion, que intenta poner en perspectiva las ideas freudianas relativas al aparato psíquico, respecto a las concepciones kleinianas de relaciones de objeto y de identificación proyectiva, considerada como mecanismo de defensa fundamental. Junto con el bombardeo de identificaciones proyectivas, Bion intuyó que debería haber un continente para poder contenerlas, y a partir de ahí introdujo la noción de función de *réverie* por parte de la madre. Así, la capacidad de tolerancia que el bebé tendrá en relación a las frustraciones, dependerá tanto de sus demandas pulsionales innatas como de la respuesta de la madre real externa. Estos dos factores están indisociados y constituyen el modelo de Bion de continente-contenido. Es la capacidad de continente de la madre la que origina la construcción interna, en el bebé, de

una barrera que permite el proceso secundario, el juicio de realidad y la demora en la descarga. Todo esto, según Green, se relaciona inevitablemente con el concepto de límite.

La corriente winnicottiana

Green define Winnicott como el analista de los casos límite. La importancia que atribuye al ambiente facilitante, a la preocupación materna primaria y al holding desplaza el interés desde el objeto interno hacia el objeto externo, aunque el verdadero interés de Winnicott no es desplazar el interés desde lo interno hacia el exterior, sino sobre el afecto recíproco entre estos. El autor subraya la importancia del área intermedia y, en algunos casos, la incapacidad del niño para constituirla. En este sentido, Green afirma que Winnicott descubrió el concepto clave para la comprensión de las estructuras intermedias o límite.

Winnicott describe también el destino de los procesos de simbolización y la alteración del valor funcional del campo y de los fenómenos transicionales de los casos límite: según el autor, con estos pacientes el setting y el analista no representan la madre, sino que son la madre. Otro aspecto importante del límite explicado por Winnicott (1971; citado por Green, 1991) es el sentido de vacío y de inutilidad de estos pacientes, subrayando los efectos a nivel de contratransferencia y sus repercusiones en el trabajo clínico.

Algunos autores, como Khan (1964; citado por Green, 1991), han desarrollado su propio punto de vista a partir de la teoría winnicottiana. Khan propone la idea del trauma acumulativo, de la neurosis infantil en relación a la organización de un falso *Self*, y los aspectos de la transferencia y de la contratransferencia que repercuten en la situación analítica. Como Winnicott, Khan se preocupa de mantener la situación analítica, a costa de modificar la técnica, aunque para otros psicoanalistas ya no se trataría de psicoanálisis.

1.2.2 Gabbard y la psiquiatría psicodinámica

Una de las más destacadas y recientes contribuciones a la comprensión psicodinámica del Trastorno Límite de Personalidad es sin duda la de Gabbard (2002).

En su obra “Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice” (2000; trad. es. “Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica”, 2002), manteniendo la misma estructura del DSM-IV, intenta dar una explicación psicodinámica y psicoanalítica de los varios trastornos en ello contenidos. El autor define la psiquiatría psicodinámica como “*un abordaje diagnóstico y del tratamiento caracterizado por una forma de pensar acerca del paciente y del terapeuta que incluye la noción de conflicto inconsciente, déficit y distorsiones de estructuras intrapsíquicas y relaciones de objeto interno, y que integra estos elementos con hallazgos contemporáneos de la neurociencia*”.

Tratando el TLP, Gabbard hace referencia a algunos autores que han contribuido con sus teorías al avance en la comprensión psicodinámica del mismo. Entre ellos el autor cita Kernberg (1975) y Masterson y Rinsley (1975), que vinculan la etiología del trastorno a la sub-fase de acercamiento de la fase de separación-individuación del esquema del desarrollo descrito por Mahler (1975, citada por Gabbard, 2002). Según Kernberg la fijación a esta fase provoca en los niños una gran angustia y agresividad, la cual se refleja en la falta de constancia objetal típica de los pacientes *borderline*. Estos niños no toleran la separación y la soledad. A lo largo del periodo de separación-individuación, son incapaces de integrar los aspectos buenos y malos de sí mismos y de sus madres. Estas imágenes contradictorias son guardadas en forma separada a través de la escisión, de tal manera que tanto la madre como el *self* son vistos como alternando entre completamente buenos y completamente malos. El resultado final de esta fijación es el desarrollo final de una condición que Kernberg caracterizó por su predominancia de introyectos negativos. Este planteamiento teórico será profundizado y mejor explicado en los próximos capítulos.

Masterson y Rinsley, sin embargo, se enfocaron más en la conducta de la madre que de la agresión innata del niño. Observaron que las madres de los pacientes *borderline*, a quienes ellos vieron como típicamente *borderline*, ellas mismas presentaban conflictos en la crianza de sus hijos. Como resultado el niño recibe el mensaje de su madre de que crecer e independizarse determinará la pérdida del apoyo y del amor maternal. Permanecer dependiente constituye, entonces, la única forma de mantener el vínculo con la madre. Esta crisis de la subfase de acercamiento entre el niño y la madre se vuelve exclusiva por dos unidades separadas de relaciones separadas escindidas (Masterson y Rinsley; 1975, citados por Gabbard, 2002). Cada una de estas

unidades consta de tres entidades: una parte-representación de sí mismo, una parte-representación del objeto, y un afecto que conecta a los dos. La unidad de relaciones de objeto gratificadora está asociada con sentimientos de ser amado y gratificado. Incluye una parte de objeto materno que es afirmante, amoroso y sostenedor. En asociación con este introyecto materno considerado positivo, hay una parte de representación del sí mismo de un “niño bueno” obediente y pasivo. La unidad de relaciones de objeto de retraimiento está asociada con sentimientos de rabia, abandono, depresión y desamparo. La parte del objeto materna es malevolente y crítica, mientras que la parte de representación del sí mismo es un “niño malo” que es culpable y no deseado. La fijación en este nivel de fragmentación hace que el paciente límite sienta que sólo hay dos opciones: sentirse abandonado y malo, o sentirse bien sólo si niega la realidad y no crece nunca.

Mientras los modelos de Kernberg y Masterson y Rinsley son derivados esencialmente de modelos de conflicto de la psicopatología, la comprensión de Adler (1985; citado por Gabbard, 2002) del trastorno límite está basada en un modelo de déficit o “insuficiencia”. El maternaje inconsistente y no confiable, según Adler, causa el fracaso del paciente *borderline* en desarrollar un objeto interno *sostenedor-tranquilizador*. La falta de este introyecto da cuenta de varios aspectos de la psicopatología *borderline*. Esta carencia crea sentimientos de vacío y tendencias depresivas. Es también responsable de la dependencia muy común en estos pacientes. Según Adler, en ausencia de respuestas de objeto del *self* por parte de otros significativos, estos individuos tienen recursos inadecuados para sostenerse y tienden a la fragmentación del *self*. La ausencia de un introyecto sostenedor-tranquilizador también produce una rabia oral crónica, relacionada con sus sentimientos de que las figuras maternas no estuvieron emocionalmente disponibles durante la infancia.

1.2.3 La Personalidad Límite: entre organizaciones estables y no estructuradas

La psicopatología límite ha sido alternativamente descrita como un síndrome, un estado o una forma de organización de la personalidad. ¿Hablamos entonces de la simple existencia de determinados síntomas y estilos de defensa o de una configuración estable de personalidad? Para contestar a esta pregunta intentaremos aquí profundizar las principales contribuciones de la literatura psicoanalítica, limitándonos a enfocar el

límite como una *organización estable*, como un *continuum* evolutivo (Kernberg y Mc Williams) o como una *organización provisional*, una *disposición* (Bergeret).

Uno de los primeros psicoanalistas franceses en hablar de “casos límite” o “estados-límite” fue Bergeret. En su obra “La personnalité normale et pathologique” (1978; trad. es. “La personalidad normal y patológica”, 1980), hablando de *estructura* de personalidad, la define como la organización estable de componentes metapsicológicos que están en equilibrio dinámico entre ellas. El autor distingue las personalidades “normales” de las “pseudonormales”. Las primeras corresponden a estructuras profundas, neuróticas e incluso psicóticas, no descompensadas (y puede que no lo sean nunca), estructuras estables y definitivas en sí, que se defienden contra la descompensación mediante una adaptación a su originalidad, lo que da lugar a “rasgos de carácter” y sus diferentes conductas de relación.

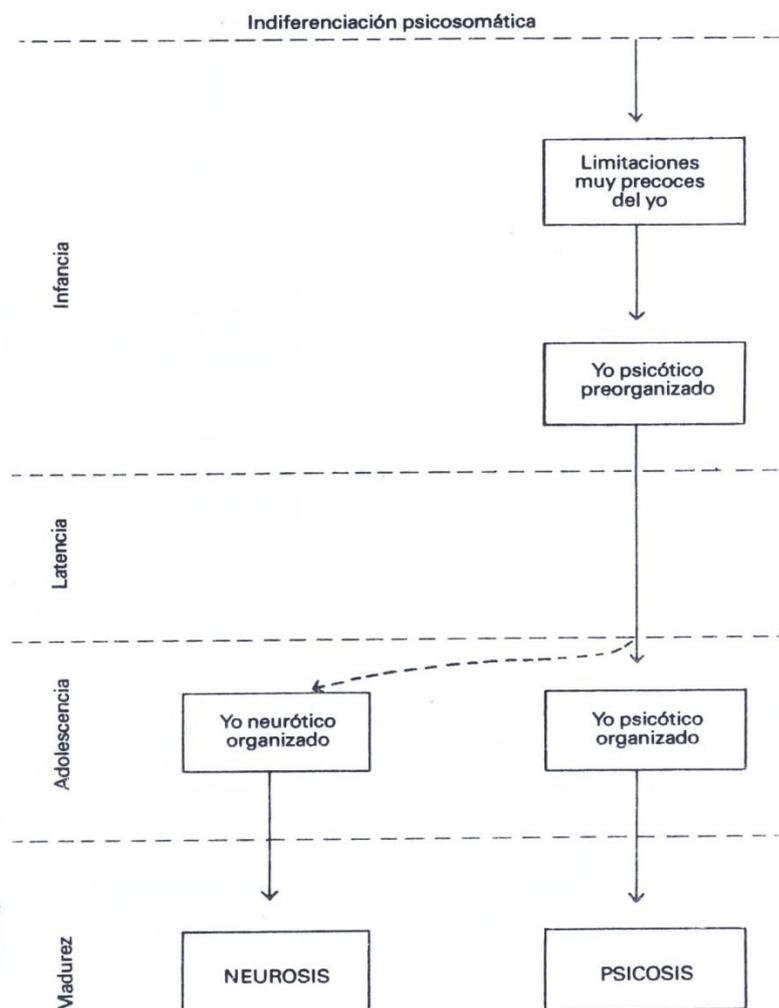
Las personalidades “pseudonormales”, al contrario, no corresponden exactamente a una estructura profunda, estable y definitiva, del tipo neurótico o psicótico por ejemplo. No son propiamente estructuradas ni en un sentido ni en otro y están constituidas de forma a veces duradera, pero siempre precarias.

Refiriéndose siempre al concepto de estructura, neurótica o psicótica, Bergeret (1980) define el estado de enfermedad como un *azar evolutivo*, pero no es el único. Freud (1932; citado por Bergeret, 1980) en sus *Nuevas Conferencias*, dijo que si dejamos caer al suelo un bloque de mineral en forma cristalizada se rompe, pero no de forma aleatoria; las fracturas seguirán las líneas de laminado cuyos límites y direcciones, aunque invisible exteriormente, se encontraban ya determinados de forma original e inmutable por el tipo de estructura previa de dicho cristal. Ocurre lo mismo con la estructura psíquica. Poco a poco, a partir del nacimiento, en función de la herencia para ciertos factores, pero sobretudo de la forma de relación con los padres desde los primeros momentos de la vida, las frustraciones, los traumatismos y los conflictos encontrados, mediante las defensas organizadas por el Yo para resistir a las demandas internas y externas de las pulsiones del Ello y de la realidad, lentamente el psiquismo individual se organiza, se “cristaliza” como un cuerpo químico complejo, igual que un cristal mineral, con las líneas de clivaje originales que no pueden variar

como consecuencia. Se formaría una verdadera estructura estable, donde los modelos específicos están representados por la estructura neurótica y la estructura psicótica.

En la medida en que un objeto que responde a una u otra estructura no esté sometido a pruebas internas o externas demasiado fuertes, a traumatismos afectivos, a frustraciones o a conflictos demasiado intensos, no será un “enfermo”. El cristal se mantendrá. Pero si tras cualquier acontecimiento el cristal se rompe, sólo podrá hacerlo siguiendo las líneas de “fuerza” y de “ruptura” preestablecidas en la primera edad. El sujeto de estructura neurótica no podrá desarrollar más que una neurosis, el sujeto de estructura psicótica, una psicosis. Según Bergeret la estabilidad de las estructuras verdaderas implica igualmente una imposibilidad de pasar de una estructura a otra a partir del momento que el Yo específico está organizado en un sentido o en otro.

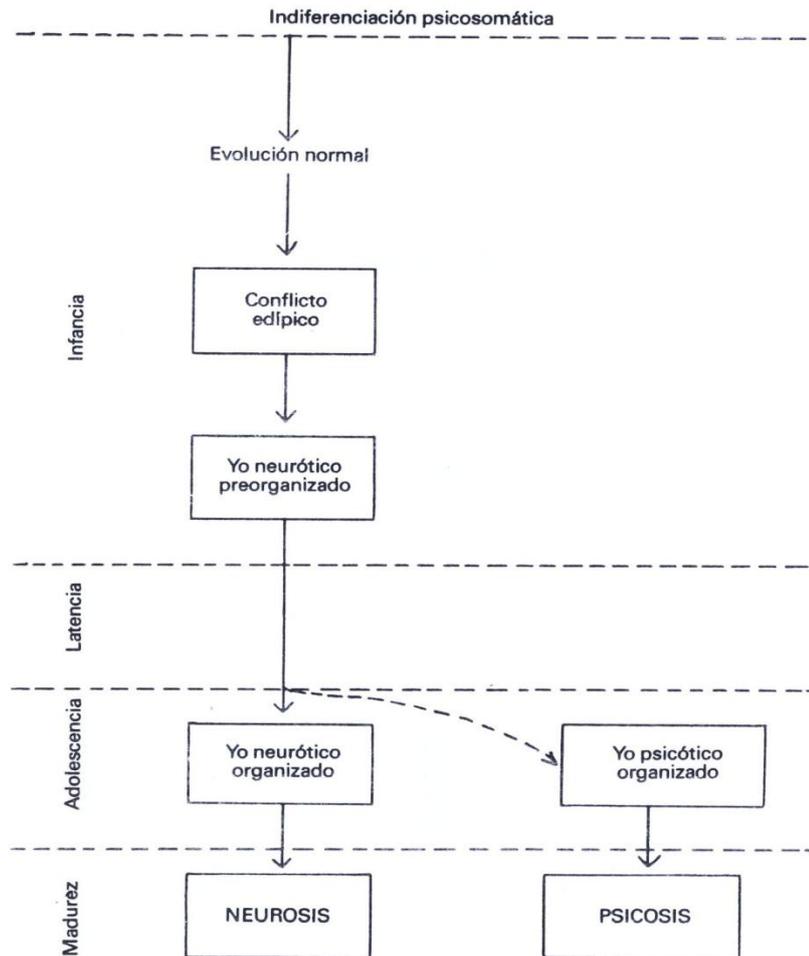
Figura 1.2 Forma de estructuración psicótica (Bergeret, 1980).



La estructura psicótica, se caracteriza por limitaciones muy precoces del Yo, que ha sufrido importantes fijaciones o regresiones a lo largo de la fase oral o, a lo más tarde, durante la primera parte del periodo anal (fase de expulsión anal). Las frustraciones precoces tienen habitualmente su origen en el polo materno. Este esbozo de organización sufre un silencio evolutivo durante el periodo de la latencia, y en la adolescencia suelen aparecer unos trastornos estructurales, que dan al Yo una pequeña oportunidad de abandonar la línea psicótica, que todavía no está fijada completamente, y progresar hacia una estructura neurótica. En la realidad clínica esto pasa muy pocas veces, y estos sujetos psicóticamente preorganizados seguirán su evolución a lo largo de la línea psicótica, en la cual se encuentra ya suficientemente introducido, de modo definitivo en forma de una estructura psicótica verdadera y estable.

Por el contrario, en la estructura neurótica, el elemento inmutable sigue siendo la organización del Yo alrededor de lo genital y del Edipo. Lo mismo que para la línea psicótica, la latencia producirá una detención de la evolución estructural, y en la adolescencia se desencadenarán alteraciones estructurales. Si en este momento los conflictos internos y externos se muestran demasiado intensos, el Yo puede ser conducido a un mayor deterioro, recurriendo a sistemas defensivos y relacionales más arcaicos, que pueden evolucionarse hacia una estructura psicótica definitiva. Pero en la mayor parte de los casos el Yo preorganizado de manera neurótica permanecerá dentro del cuadro neurótico, donde el conflicto se sitúa entre el Yo y las pulsiones; la represión de las representaciones pulsionales dominará las otras defensas; la libido objetal estará en juego y el proceso secundario conservará un rol eficaz que respeta la noción de realidad.

Figura 1.3 Forma de estructuración neurótica (Bergeret, 1980).

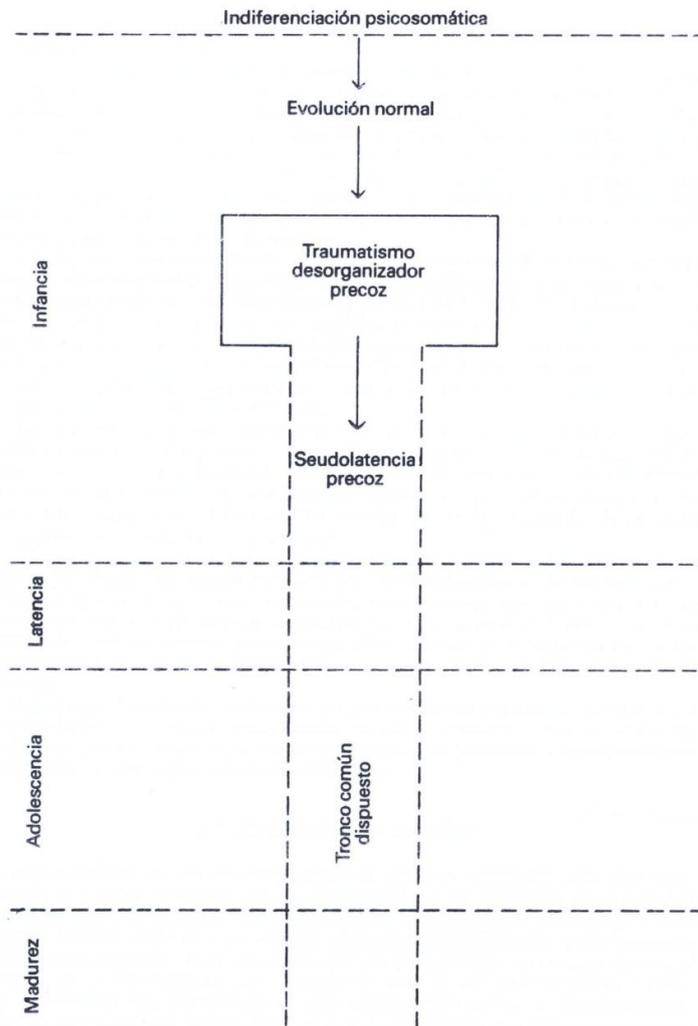


Entre las dos líneas estructurales, psicótica y neurótica, Bergeret sitúa un espacio donde todo es menos rígido y menos estable estructuralmente, y por ende mucho más móvil también: es el espacio de los *estados-límite*. El autor atribuye a un *traumatismo psíquico* importante al inicio de la evolución edípica normal la etiología de esta organización. Hay que entender el trauma en el sentido *afectivo* del término, es decir un sobresalto pulsional aparecido en el momento en el que el Yo se encontraba todavía en un estado no suficientemente organizado e inmaduro sobretudo a nivel defensivo. Un ejemplo común de traumatismo podría ser la seducción sexual por parte de un adulto. El Yo en estas condiciones no tendrá la posibilidad de poder manipular esta percepción en el contexto de una economía triangular y genital como podría una estructura neurótica hacerlo un poco más tarde y mejor equipada. Le será difícil utilizar la represión para eliminar del consciente el exceso de tensión sexual o agresiva. El Yo se verá obligado a

recurrir a mecanismos parecidos a los que emplea el psicótico: identificación proyectiva, desdoblamiento de los imagos, manejo omnipotente del objeto.

Este traumatismo representará, de cualquier modo, el papel de *primer desorganizador* de la evolución psíquica del sujeto. Detendrá la evolución libidinal comenzada en condiciones normales. Esta evolución se verá detenida, de repente y a veces durante mucho tiempo, en una especie de “pseudolatencia” más precoz, y más duradera que la latencia normal; efectivamente, ella cubre lo que correspondería a la continuación del periodo de “ebullición afectiva” de la adolescencia y se prolonga muchas veces durante toda una parte (e incluso la totalidad) de la edad adulta, en forma de inmadurez afectiva. Esto es lo que Bergeret llama *tronco común dispuesto* de los estados-límite. Él no concibe esto como una verdadera estructura, según criterios clínicos de estabilidad, solidez y especificidad definitiva de estas organizaciones. El estado-límite se queda en una situación de “*dispuesta*”, pero no determinada estructuralmente. Lo concibe más bien como un simple esfuerzo relativamente inestable y costoso para el Yo por tener que mantenerse fuera de las dos grandes líneas de estructuras verdaderas, de las cuales una (la línea psicótica) ya se halla superada y la otra (la línea neurótica) no ha podido ser alcanzada en lo que se refiere a la evolución pulsional y madurativa del Yo.

Figura 1.4 Forma de estructuración límite (Bergeret, 1980).



En su obra, Bergeret intenta describir también la organización económica de los estados límite, definiéndola básicamente como una *enfermedad del narcisismo*. Habiendo superado ya el peligro de fragmentación, el Yo no ha podido, sin embargo, acceder a una relación de objeto genital, es decir, a nivel de los conflictos neuróticos entre Ello y Superyo. La relación de objeto se detiene centrada sobre una dependencia *anaclítica* del otro. El peligro inmediato contra el cual se defiende el estado límite es, esencialmente, la depresión. Mientras la angustia del psicótico es la angustia de fragmentación y la del neurótico de castración, la angustia del estado límite es una angustia de pérdida de objeto.

La relación de objeto psicótica queda fundida al objeto materno, mientras la neurótica supone una triangulación que connota un conflicto edípico y necesita un potencial genital suficiente. La relación de objeto del estado límite es una relación a dos, pero diferente de la diada primitiva encontrada en la psicosis. Aquí se trata de ser amado por el otro, “apoyándose” contra él (etimología del término “anaclitismo). Con estos pacientes no se llega a una verdadera triangulación genital edípica. A nivel defensivo, la represión, mecanismo de defensa más tardío y más elaborado, juega en los estados límites un papel menor que en la neurosis, en provecho del desdoblamiento de los imagos, de las reacciones proyectivas, de la evitación, del repudio y otros mecanismos arcaicos.

La neurosis clásica corresponde a la *línea genital* - Edipo, pene, Superyo, conflictos sexuales, culpabilidad, angustia de castración, síntomas -, mientras que el estado límite se sitúa en una línea más elemental de mecanismos psíquicos, una *línea narcisista*, no genital ni edípica. Es la línea: narcisismo, falo, Ideal del Yo, herida narcisista, angustia de pérdida de objeto, depresión (Grunberger, 1965, citada por Bergeret, 1980). El Superyo clásico de las neurosis no puede formarse en los estados límite de manera completa ya que el Edipo, mal elaborado, no puede aportar sus elementos madurativos. Aquí un cuadro que resume esta descripción de Bergeret (1980).

Figura 1.5 Características específicas de las tres organizaciones (Bergeret, 1980).

	<i>Síntomas</i>	<i>Angustia</i>	<i>Relación de objeto</i>	<i>Defensas principales</i>
PSICOSIS	Despersonalización. Delirio	de disociación	Fusional	Renegación Desdoblamiento del Yo
ESTADO-LÍMITE	Depresión	de pérdida de objeto	Anaclítica	Desdoblamiento de las imagos Repudio
NEUROSIS	Signos - obsesivos - histéricos	de castración	Genital	Represión

Mientras Bergeret describe, entonces, el límite como una organización de personalidad provisional y fluctuante, otros autores como Kernberg (1967) y Mc Williams (1994), lo enfocan como una *organización de personalidad estable*, dentro de un *continuum evolutivo* entre nivel psicótico y neurótico de desarrollo de la personalidad.

Hablando de “organización límite”, Kernberg la define como una estructura de personalidad que por sus características específicas y estables se diferencia de esas situaciones inestables entre neurosis y psicosis, inicialmente identificados como “estados límite”.

El autor se refiere con esta definición a un grupo de pacientes que presentan:

1. una sintomatología típica;
2. un estilo defensivo primitivo (síntoma específico de debilidad del Yo);
3. relaciones objetales problemáticas;
4. particulares rasgos genético-dinámicos.

En acuerdo con las teorías propuestas por la Klein, él hipotetiza que en la formación de este tipo de organización de personalidad, la agresividad primaria juega un papel muy importante, mucho más que los eventos traumáticos. La importante contribución de Otto Kernberg será profundizada, como ya se ha dicho, en los próximos capítulos.

Nos enfocamos ahora en la obra de otra psicoanalista norteamericana, Mc Williams, que en “Psychoanalytic diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process” (1994; trad. italiana “La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico”, 1999) describe con gran claridad y sencillez las características de los diferentes *niveles evolutivos de la personalidad*.

Según Mc Williams, “*no es posible comprender la estructura esencial del carácter de un ser humano sin evaluar dos dimensiones distintas que interactúan entre ellas: el nivel evolutivo de organización de la personalidad y el estilo defensivo de ese nivel*”. La primera dimensión describe el grado de individuación o de patología (psicótico, límite, neurótico, “normal”) de la persona; la segunda identifica el tipo de

carácter (paranoide, depresivo, esquizoide etc.). La autora habla de problemas de madurez alrededor de los cuales se puede organizar el carácter de una persona, es decir, ese aspecto de la personalidad definido por Freud como *fijación*. A raíz de diferentes puntos de fijación, Mc Williams identifica tres niveles de desarrollo psicológico: nivel neurótico, límite o *borderline* y psicótico, describiendo para cada estructura diferentes áreas (mecanismos de defensa prevalentes, nivel de integración de la identidad, integridad del examen de realidad, capacidad de observar la propia patología, naturaleza del conflicto primario, transferencia y contratransferencia).

Características de la estructura de personalidad a nivel neurótico

La autora se refiere con el término ‘neurótico’ al nivel más alto de funcionamiento psíquico. Las personalidades organizadas a nivel neurótico son aquellas que utilizan prevalentemente mecanismos de defensa maduros, y si también utilizan defensas primitivas, éstas no tienen mucha relevancia en el funcionamiento global del individuo. *La presencia de defensas primitivas no excluye un diagnóstico de estructura del carácter a nivel neurótico, como puede hacer la ausencia de defensas maduras* (Mc Williams, 1999). Según la autora las personalidades más sanas utilizan la represión como mecanismo de defensa fundamental, en lugar de mecanismos más arcaicos como denegación, escisión o identificación proyectiva.

Las personas con una estructura del carácter más sana tienen también un sentido integrado de la propia identidad (Erickson, 1968; citado por Mc Williams, 1999). Su comportamiento destaca una cierta coherencia y tienen una experiencia interior de continuidad temporal del *Self*. Cuando se les pide que se describan a sí mismas, estas personas no tienen dificultad en encontrar palabras y son capaces de delinear su temperamento general, sus gustos, sus costumbres, sus cualidades y sus defectos con una cierta sensación de estabilidad. También son capaces de describir de forma integrada y variada a personas importantes de su vida, consiguiendo percibir de forma compleja y coherente el conjunto de las características de personalidad.

Los individuos que se sitúan a nivel neurótico, tienen también un sólido contacto con lo que comúnmente se llama “*realidad*” (Mc Williams, 1999). No sólo no tienen tendencias a interpretaciones alucinatorias o delirantes de la realidad, sino que suelen

sorprender al terapeuta con su escasa necesidad de distorsionar la realidad para poder asimilarla. El paciente neurótico percibe también como algo *ajeno* lo que le ha llevado a pedir ayuda; en otras palabras, la psicopatología de un individuo organizado neuróticamente es en gran parte egodistónica o tiende a serlo.

Las personas de tipo neurótico demuestran también ser capaces de realizar una “*escisión terapéutica*” entre la parte del *Self* que vive la experiencia y la parte observante. Hasta cuando las dificultades son de alguna forma egosintónicas, no parecen pedir al terapeuta una confirmación de sus formas neuróticas de percibir. Por ejemplo, un individuo paranoico con una organización neurótica estará dispuesto por lo menos a tomar en consideración la posibilidad de que sus sospechas deriven de una disposición interna a agrandar la intención destructiva de los demás. De manera contraria, pacientes paranoicos a nivel límite o psicótico presionarán sobre el terapeuta para que confirmen su convicción de que las dificultades que sufren provienen desde el exterior.

Características de la estructura de personalidad a nivel psicótico

Según Mc Williams, en el otro extremo del espectro están personas profundamente desorganizadas. No es difícil diagnosticar personas con una psicosis evidente, ya que manifiestan alucinaciones, delirios y pensamiento ilógico. Pero hay personas con organización del carácter a nivel psicótico que no tienen síntomas tan evidentes, y cuyos rasgos emergen solamente bajo un atento análisis.

Para poder detectar una organización psicótica, en primer lugar hay que entender la naturaleza del estilo defensivo del sujeto. Los mecanismos preponderantes utilizados son: denegación, control omnipotente del objeto, idealización y devaluación primitivas, formas primitivas de proyección e introyección, escisión y disociación. Estas defensas, preverbales y preracionales, según la autora, protegen al psicótico de un desesperado sentido de terror hasta el punto en que las distorsiones creadas por las defensas son un mal menor.

En segundo lugar, estos pacientes tienen graves dificultades con su identidad, a veces tan graves que no están seguros de existir. Estas personas están confusas sobre

quienes son, y suelen encontrarse en dificultad frente a cuestiones fundamentales de autodefinición, la imagen corporal, el género, la orientación sexual. Son pacientes que suelen preguntarse: “¿Cómo puedo saber quién soy?”, y no consiguen depender de los otros para poder experimentar continuidad del propio *Self*. La descripción que dan de sí mismos o de otras personas importantes en sus vidas es vaga o visiblemente distorsionada. Muy a menudo, aunque de forma sutil, se percibe cómo estos pacientes no están anclados a la realidad. Además de la existencia del pensamiento mágico, un atento análisis destaca el hecho de que se sienten confusos y ajenos respecto a ciertos elementos de la realidad comunes en su cultura de referencia. Si llegan a interpretar el significado afectivo en algunas situaciones, muchas veces lo interpretan de forma autoreferencial.

Según Mc Williams otra característica peculiar de este tipo de organización es la incapacidad de tomar distancia y considerar objetivamente sus problemas psicológicos. En un plano cognitivo esta carencia puede estar conectada con la dificultad de abstracción, elemento bien documentado en pacientes psicóticos. Desde el punto de vista psicoanalítico, la psicología del Yo pone el acento en la falta de diferenciación interior entre Ello, Yo y Super-Yo y entre la parte del Yo que vive las experiencias y la parte observante. La psicología de las relaciones objetales y la psicología del *Self* destacan la falta de un límite claro entre experiencia interna y externa, experiencia donde siempre están presentes el miedo y la confusión.

En las personas potencialmente psicóticas la naturaleza del conflicto primario es literalmente existencial: vida y muerte, existencia y no-existencia, seguridad y terror. Sus sueños están llenos de imágenes de terror y destrucción. En relación a este aspecto, la autora hace referencia a estudios de orientación psicoanalítica de los años 50 y 60 sobre familias de individuos esquizofrénicos que destacan de forma coherente modelos de comunicación emotiva donde el niño psicótico recibe mensajes sutiles de no ser una persona separada, sino una extensión de otra (Singer y Wynne, 1965; Mischler y Waxler, 1968; Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956; Lidz, 1963; citados por Mc Williams, 1999). Ningún clínico ha conseguido presentar datos que refuten la observación de que en el psicótico falta una profunda convicción de su propio derecho a una existencia separada, prevaleciendo un sentimiento de no existencia.

La última consideración de la autora sobre la estructura psicótica se enfoca en la contratransferencia con estos pacientes, que suele ser “positiva”, hasta el punto en que muchos de ellos desarrollan una relación de dependencia con el terapeuta. *Con el psicótico la contratransferencia es muy similar a los sentimientos maternos hacia un niño que tiene menos de un año y medio: es maravilloso en su apego y espantoso en sus necesidades* (Mc Williams, 1999).

Características de la estructura de personalidad a nivel límite

La autora empieza la descripción de la organización límite de personalidad afirmando que una de las características más evidentes es el uso de *defensas primitivas*. Al recurrir a defensas arcaicas como la denegación, la identificación proyectiva y la escisión, cuando se encuentran en una condición regresiva difícilmente se pueden distinguir de pacientes psicóticos. Una diferencia importante entre *borderline* y psicóticos en el área de las defensas está en el efecto que se produce cuando el terapeuta interpreta algo relacionado a las mismas: un paciente límite puede aceptar o rechazar esa interpretación, pero en cualquier caso se produce una reducción de la angustia. Un paciente psicótico, sin embargo, reaccionaría con un incremento de angustia, ya que estas interpretaciones podrían desencadenar una sensación de terror profundo debido a la caída de dichas defensas.

Los pacientes límite son, al mismo tiempo, similares y diferentes de los pacientes psicóticos en el aspecto de la *integración de la identidad*. Es probable que tengan una experiencia de sí mismos caracterizada por incoherencia y discontinuidad; al pedirles que describan su propia personalidad sienten vergüenza, como los psicóticos. Son incapaces de dar descripciones “tridimensionales” de sí mismos o de personas importantes en sus vidas. Pero a diferencia de pacientes psicóticos, sus respuestas no suenan literales o extrañas, sino que tienden a rechazar el interés del terapeuta sobre la complejidad de sí mismos.

La relación de los pacientes límite con su propia identidad se diferencia de la de los psicóticos en dos aspectos, a pesar de la común falta de integración. En primer lugar, en el sentido de incoherencia y discontinuidad que sufren los límites no se encuentra el mismo nivel de terror existencial del esquizofrénico. Aunque tengan confusión sobre su identidad, saben que existen. En segundo lugar, es menos probable que las personas con

tendencias psicóticas reaccionen con hostilidad, como hacen los límite, a preguntas sobre su propia identidad y la de los otros. Los dos grupos, a diferencia de los neuróticos, debido a la utilización masiva de defensas primitivas, padecen un defecto de base del sentido del *Self*. La dimensión de la experiencia en la que los dos grupos se distinguen radicalmente es el *examen de realidad*. Los *borderline* saben evaluar la realidad, por muy extraña que sea su sintomatología. A pesar de mantener un buen examen de realidad, no tienen mucha consciencia de su propia enfermedad, no tienen un Yo observante con los neuróticos. Personas con este tipo de personalidad acuden a la terapia quejándose de síntomas específicos, como ataques de pánico, depresión o alguna molestia que el médico atribuye al estrés, u obligados por algún familiar, pero no vienen con la idea de que es importante realizar un cambio para lograr un mayor bienestar. No habiendo tenido nunca otro tipo de carácter, no saben que quiere decir tener una identidad integrada, defensas maduras, una cierta capacidad de tolerar la ambivalencia. Sólo quieren dejar de sufrir o dejar de ser criticados. En condición no regresiva, ya que el examen de realidad es bueno y a menudo consiguen presentarse de manera que estimulan la empatía del terapeuta, los pacientes límite no parecen muy “enfermos”. A veces, sólo después de un periodo de psicoterapia el clínico se da cuenta que subyace una estructura *borderline*. Uno de los primeros signos es que algunas interpretaciones que el terapeuta considera útiles, vienen percibidas como un ataque. El terapeuta intenta buscar la alianza de un Yo observante que en realidad no existe.

La descripción de la estructura límite de Mc Williams sigue enfocándose en un dilema fundamental para estos pacientes: cuando se sienten muy cercanos a otra persona experimentan pánico por miedo a una excesiva implicación o de un control total; cuando se separan viven el abandono como traumático. Este conflicto central en sus experiencias emotivas se refleja en el continuo entrar y salir de las relaciones, incluso la relación terapéutica, donde no se logra tolerar ni la distancia ni la cercanía. Masterson (1976, citado por Mc Williams, 1999) para explicar este rasgo del carácter lo relaciona a una fijación a la sub-fase de acercamiento del proceso de separación-individuación descrito por Mahler (1971), en la que el niño ha logrado un cierto grado de autonomía, pero tiene, todavía, la necesidad de sentir la cercanía de los padres para sentirse seguro. Este drama se manifiesta alrededor de los dos años, cuando los niños oscilan entre el rechazo a la ayuda maternal y la búsqueda de ella.

Mc Willimas concluye la descripción del límite enfocándose en la transferencia y contratransferencia con estos pacientes. La transferencia suele ser intensa, hay ausencia de ambivalencia, presentan resistencia a las interpretaciones normales. El terapeuta suele ser percibido como totalmente bueno o totalmente malo; como pasa en las otras relaciones, no se consigue integrar los dos aspectos. Por ende, también la contratransferencia es muy intensa y perturbadora. Puede ir desde una profunda compasión hasta una actitud punitiva. El terapeuta tiene que tener en cuenta este aspecto a lo largo de la terapia, ya que puede generar una intensa frustración.

1.3 Trauma, escisión y problemas de identidad en el límite

Los modelos teóricos que acabamos de exponer destacan como en la estructuración de la patología límite tiene un papel importante la interacción entre características intrapsíquicas del individuo y determinados eventos que, para el individuo, han tenido una acción traumática. Llegados a este punto puede ser muy útil subrayar como además del concepto clásico del trauma, entendido como evento único rompe las capacidades de defensa del Yo, se han añadido con el tiempo nuevas evoluciones de este concepto, que nos ayudan también a entender mejor la patología *borderline*.

En un trabajo sobre *borderline* y trauma, Mangini y Mondini (2003), intentando ir más allá del concepto de trauma de Freud, según el cual era básicamente conectado a la sexualidad (real o fantasmática que sea), hacen referencia a Winnicott, Masud Khan y Kohut. Winnicott, poniendo el acento sobre la importancia de la madre y del ambiente que rodea el sujeto, postula que el trauma es consecuente a la falta de un ambiente *medianamente confiable* garantizado por la presencia de una *madre suficientemente buena* (Winnicott, 1967; citado por Mangini y Mondini, 2003). La ausencia precoz de un válido soporte ambiental, obliga al niño a reaccionar solo o no adecuadamente soportado en situaciones o eventos para él imprevisibles. De esta manera, no sólo no puede interiorizar un sentimiento de confianza en sí mismo y en el ambiente que lo rodea, sino que experimenta una “fractura en el sentido de continuidad personal”. El trauma consistiría precisamente en la “angustia impensable o extremo dolor” que esto le provoca.

Khan, retomando la tesis de Winnicott, introduce el concepto de *trauma acumulativo* y evidencia la importante función de “escudo protector” que la madre debería realizar en contra de los estímulos externos directos al niño. Según Khan, el trauma acumulativo es el resultado de pequeñas fracturas en esa barrera protectora a lo largo del periodo de desarrollo del niño, en todos esos momentos en los que el niño necesita de la madre como Yo auxiliar para soportar las funciones de su Yo inmaduro (Khan, 1979; citado por Mangini y Mondini, 2003). Esas fracturas corresponden a la incapacidad materna de hacer frente a las necesidades anaclíticas del niño. Ninguna de esas aisladas tiene un significado traumático, pero acumulándose o sumándose en el tiempo ocasiona también traumas psicológicos, que explicarían importantes cuadros psicopatológicos en la adolescencia y en edad adulta.

De la misma manera, también Kohut (1977, 1984; citado por Mangini y Mondini, 2003) haciendo referencia a Winnicott en el tema de la importancia de la relación madre-niño, avanza la hipótesis de que un cierto tipo de patología se estructuraría cuando el desarrollo psíquico del niño es traumáticamente interrumpido por respuestas no empáticas de los objetos-*Self*, como las que pueden dar padres incapaces de responder adecuadamente a las necesidades infantiles de confirmación narcisista. El intercambio afectivo dentro de esta matriz relacional primaria sería entonces fundamental para que el niño pueda desarrollar un sentido del Sí cohesionado y una eficaz regulación de los afectos. Hipotetizando que el normal desarrollo psíquico sea traumáticamente interrumpido por respuestas no empáticas del objeto-*Self*, se explicaría también la frecuente coexistencia de características *borderline* y narcisistas dentro del mismo paciente, ya que las dos patologías tienden a solaparse (Mangini y Mondini, 2003).

Todos los autores que hemos analizado hasta ahora han subrayado el importante papel de la escisión como defensa “nuclear” en la economía de la organización límite, activada sobretudo por la angustia profunda que un evento traumático puede producir en la mente de estos pacientes. En este sentido el origen de la escisión se encuentra en una “división defensiva” del objeto y del Yo, que si antes era un simple defecto de integración debido a la inmadurez del Yo, con posterioridad viene utilizado activamente con otras finalidades (Kernberg, 1975; citado por Mangini y Mondini, 2003). Alrededor de este mecanismo se organizan también las otras defensas típicas: proyección,

identificación proyectiva, denegación, idealización, devaluación. La noción de escisión tiende a ser subordinada a los modelos teóricos de los diferentes autores, al punto que en la patología límite, este mecanismo de defensa puede ser entendido como relacionado a la percepción del *Self* (Winnicott), en relación con el Yo y el objeto (Klein, Kernberg) o como deformación del Yo (Bergeret).

En este punto del trabajo resulta muy interesante para la comprensión del límite, analizar como este mecanismo puede afectar esta organización a nivel de funcionamiento psíquico y de identidad. Como hemos dicho, los pacientes límite conservan un buen examen de realidad. Pero puede pasar que bajo la presión de emociones y afectos muy intensos, estos retrocedan a un pensamiento típico del proceso primario. Según Kernberg esta regresión hacia el proceso primario es debido a un defecto de los procesos de integración cognitiva, y a la reactivación de modalidades típicas del funcionamiento límite, donde la escisión juega un papel fundamental.

Winnicott (1949; citado por Mangini y Mondini, 2003) destacó que en condiciones anormales, es decir cuando el individuo no ha superado de forma satisfactoria las primeras fases del desarrollo y se encuentra en una situación ambiental anormal, desarrolla una “hiperactividad de funcionamiento mental”. En estos casos, según el autor, se observa comúnmente que el *funcionamiento mental se vuelve una cosa en sí*, sustituyendo prácticamente la madre, la cual no va a ser necesaria. El resultado es una *psique patológica*. Este tipo de funcionamiento constituye un obstáculo a un sano sentido de continuidad del *Self*.

Según los autores, estas dos posiciones teóricas, por un lado antitéticas, ayudan a comprender algunas formas de funcionar de la mente del paciente límite: por un lado la evidente dificultad, sobretodo en condiciones de tensión psíquica, en mentalizar los eventos con una posible apelación al *acting* (por medio de conductas adictivas alimentarias, toxicómanas o farmacológicas, conductas suicidas, autolíticas), por el otro la presencia de una capacidad intelectual, a veces notable, que de todas formas no se conecta a la posibilidad de un contacto con aspectos emocionales y afectivos. “*Estos pacientes poseen sólo fragmentos de experiencias incompletas, experiencias que, por arte de magia, han “congelado” en unidades operativas. Sin embargo, tienen la fuerte noción de lo que una experiencia total podría ser o de lo a que podría parecerse. Es*

por eso que piden al analista que complete sus experiencias para ellos y que contenga constantemente sus estados afectivos fragmentados en una unidad de experiencia” (Khan, 1960; citado por Mangini y Mondini, 2003).

El mecanismo de la escisión se refleja, dentro de la patología límite, también en las dificultades de consecución de una identidad estable y en los sentimientos internos a ella conectados, como por ejemplo, sentimiento de vacío interior y angustia de separación. El fracaso en la constitución del sentido de identidad personal puede ser considerado una consecuencia de las pulsiones destructivas de los objetos parentales, que llevan hacia relaciones objetales negativas (como en el modelo de Kernberg) o relacionados con la interiorización de figuras parentales ambiguas en el plano de la diferenciación individual y sexual y que no son capaces de ofrecer un buen soporte o referencia a nivel narcisista (como en el modelo de los objetos-*Self* de Kohut). Frente al fracaso en la consecución de una identidad estable, se pueden dar intentos de crear otra a través de un “reflejo narcisista” (Kohut 1971; citado por Mangini y Mondini, 2003). De esta manera, es imposible para el sujeto tener una opinión propia original, ni una suficiente certeza de sus ideas y convicciones. El objeto invertido narcisísticamente (el objeto-*Self*) garantiza de forma “externa” la continuidad y la identidad del sí. El continuo pasar de una identificación a la otra, perdiéndose en múltiples identificaciones, se refleja también en los problemas en la elección duradera de un objeto. Detrás de ese mimetismo siempre se esconde un sentido de intenso vacío, rabia y vergüenza por esa identidad descolorida e ineficiente. Rabia, drogas, promiscuidad sexual pueden asumir la función de revitalizar con una intensa experiencia afectiva y sensorial un sentido del *Self* vacío y sin vitalidad (Correale et al., 2009).

Según las teorías de Kernberg la intervención de la escisión provoca una cierta *debilidad del Yo*, porque la falta de integración de las introyecciones e identificaciones provoca una insuficiente neutralización de la agresividad, fuente de energía necesaria para el crecimiento del Yo. Se instaura, así, un círculo donde escisión y debilidad del Yo se refuerzan la una a la otra (Kernberg, 1975; citado por Mangini y Mondini, 2003). Esta dinámica de debilidad de los procesos integrativos da lugar también a *dispersión de la identidad*, debido a la falta de un concepto integrado del *Self* y de los objetos en relación con el *Self*. Finalmente, un uso excesivo de la escisión, puede causar el desarrollo de defensas esquizoides, caracterizadas por la tendencia al aislamiento, en

momentos de angustia y frustración profunda, en un mundo interno idealizado y constituido por la interiorización solamente de “objetos buenos”. Consecuentemente el paciente *borderline* puede asumir, por periodos más o menos prolongados, una actitud de desapego, falta de emotividad y aparente frialdad (Mangini y Mondini, 2003).

1.4 La relación límite con el objeto traumático

La siguiente cuestión a la que intentaremos dar respuesta es cómo todo lo que acabamos de explicar se refleja en las dinámicas relacionales de estos sujetos. Una de las aportaciones más interesantes y exhaustivas de la literatura psicanalítica italiana contemporánea sobre el tema es la de Correale y colaboradores (2009). Uno de los puntos de esta contribución, que merece ser subrayado, es el intento de conectar de forma coherente algunos puntos de los dos modelos principales en la teoría sobre el límite, que ya han sido explicados a lo largo de este capítulo: el primero es el modelo de Kernberg (1975), que considera el trastorno caracterizado prevalentemente por un exceso de sentimientos agresivos y destructivos, donde el paciente para controlarlos opera una escisión de su propio *Self* y de sus objetos internos, dificultando la relación consigo mismo y con los otros. El segundo modelo es el de Adler (1985), referente a la psicología del *Self*. Aquí se considera como crucial una dificultad de los mecanismos de introyección del objeto bueno, por lo cual el sujeto vive un continuo estado de privación afectiva. Para compensarlos el sujeto busca comportamientos, a veces, incongruentes para sentirse “revitalizado”.

Según Correale un aspecto caracterizante de la patología *borderline* es una específica relación de objeto, que tiende a repetirse con regularidad en todas las experiencias relacionales. El autor describe esa modalidad de relación objetal subrayando aspectos emotivos muy precisos, que consisten en la desconfianza, sospecha y sentimientos de persecución, cada vez que la distancia afectiva se reduce demasiado. En otras palabras, el sujeto parece tener miedo, se siente inseguro y amenazado cada vez que el objeto se acerca excesivamente. El objeto puede ser percibido como poco fiable e imprevisible, de una manera que no es capaz de asegurar al sujeto un fluir afectivo armonioso y constante. Esta modalidad de percibir los objetos relacionales como potencialmente traumáticos, se acompaña, sin embargo, con una sensación-fantasma de carácter potencialmente opuesto. Estos pacientes tienden casi compulsivamente a

establecer fuertes vínculos afectivos, idealizando el objeto y cargándolo de expectativas, muchas veces poco realistas, de satisfacción completa de sus propias necesidades afectivas. Es posible que buena parte de las escisiones, que caracterizan la modalidad relacional de estos sujetos, sean realmente bruscas fluctuaciones entre acercamientos, que pueden llevar inevitablemente a la frustración, y alejamientos, para demostrar a sí mismos que son independientes y capaces de automantenimiento. A veces, esta modalidad de apego parece tener rasgos compulsivos. Por un lado, podemos observar una especie de enamoramiento pasivo, y, por el otro, un “donjuanismo” compulsivo (Correale y col. 2009), donde cada vez que la relación se vuelve más cercana, poco a poco sentimientos claustrofóbicos crecen, llevando el sujeto hacia la búsqueda de un nuevo objeto.

Como ya hemos dicho, esta modalidad relacional ha sido asociada por la investigación epidemiológica a factores de trauma masivo en la historia del futuro niño *borderline*. Se trata, no solamente de episodios de violencia física o sexual por parte de un familiar, sino también de ambientes familiares, en general, tensos y violentos. Lo que parece caracterizar con regularidad estas historias, aunque con diferentes grados, es una cierta impulsividad e imprevisibilidad de los padres. Esta imprevisibilidad, junto a la angustia determinada por la percepción de un objeto impulsivo e incontrolable, caracteriza la relación con el objeto traumático. Un aspecto importante de este tipo de relación es una modalidad “devitalizante” por parte del objeto. En estos casos el aspecto traumático parece conectado al efecto de amortiguar los afectos y el entusiasmo del niño, que el objeto provocaría no a través de ataques físicos o psíquicos directos, sino a través una “activa frialdad”, una hostilidad no explícita hacia la vida psíquica del niño. Muchos padres de futuros pacientes límite actúan como si la vida psíquica del niño fuese para ellos una fuerza caótica e incontrolable, que necesita ser amortiguada para poder ser controlada. El niño puede experimentar esta actitud como un ataque a su propio *Self* y a su desarrollo.

Esta específica modalidad de relación con el objeto traumático típica del trastorno límite, determinaría, según el autor, una disminución de la capacidad de pensar pacíficamente a las experiencias vividas (Correale y col., 2009). En otras palabras, la continua presencia de un objeto intrusivo y desorganizador, determinaría la activación de mecanismos mentales con el objetivo de garantizar exclusivamente la supervivencia

psíquica del sujeto, caracterizados por restricción de la conciencia, disminución de la utilización de la memoria evocativa y despersonalización parcial. Es como si el niño decidiera que el único objetivo es sobrevivir y esto requiere un encogimiento de la actividad psíquica y una concentración casi exclusiva en el presente. Esta forma de responder al objeto traumático si por un lado salva el niño de una inundación depresiva, tiene como consecuencia negativa un empobrecimiento de la experiencia subjetiva, distorsionando el sentido del tiempo y de la memoria, volviéndose persecutorios. De esta manera, el paciente se ve obligado a poner en marcha varios intentos de “revitalización”, que consisten prevalentemente en la búsqueda toxicómana de la excitación y de la amplificación sensorial excesiva. Estas experiencias compensatorias se acompañan por una búsqueda desesperada de una relación objetal estable, que acaba no funcionando por una profunda desconfianza de base, debida a las dinámicas que se acaban de describir. Empieza, así, el círculo vicioso que caracteriza la terapia de estos pacientes.

1.5 El límite y la mentalización

Desde el modelo de la teoría del apego, una contribución muy significativa para la comprensión del Trastorno Límite es la de Fonagy, cuyo concepto de *mentalización* es uno de los ejes centrales de su aportación.

La *mentalización* o *función reflexiva* es una función simbólica específica fundamental, tanto en la teoría psicoanalítica como en la teoría del apego. Se define como la capacidad de explicar, formar creencias y dar significados a las conductas del otro, en términos de pensamientos, deseos, expectativas, en una palabra, atribuir al otro un mundo interno representacional-mental o, dicho de otra forma, considerar al otro como poseedor de una mente cuyos contenidos determinan y permiten comprender los comportamientos de las personas. Al mismo tiempo, debido a que pone significado a la conducta de sí mismo y de los otros, y la hace predecible, es también capaz de ser flexible para poder activar, entre los múltiples grupos de representaciones *self*-otros, el más apropiado para un contexto interpersonal particular. La exploración del significado de las acciones de los otros está ligada esencialmente a la habilidad del niño de calificar y encontrar sentido a su propia experiencia. Esta habilidad juega un papel crucial en la regulación del afecto, control pulsional y dominio sobre el *self* (Fonagy, 2004).

La función reflexiva está muy unida al apego. La frecuencia con que los futuros padres y madres, en los relatos de sus estados mentales se refieren a sus propias experiencias de apego en la infancia, predice con gran fuerza las probabilidades de que sus hijos tengan un apego seguro hacia ellos. Si el apego seguro es concebido como la adquisición de procedimientos para la regulación de los estados indeseables de excitación, es muy probable que dicha información se adquiera de manera más consistente y esté representada más coherentemente, cuando el estado afectivo del niño le sea devuelto de una manera acertada y no abrumadora. Lo que es realmente crucial es la capacidad mental de la madre para contener al bebé, y responder de una manera que muestre que se da cuenta del estado mental del niño, y también devolverle la sensación que puede contener dicho estado (Fonagy, 2004). El apego seguro puede, en esta línea, tener mucho en común con la *contención exitosa* de Bion (1962; citado por Fonagy, 2004). Si el apego seguro es producto de una contención exitosa, el apego inseguro puede verse como una identificación del niño con la conducta defensiva del cuidador. Si éste es rechazante, puede fracasar en su respuesta a la ansiedad del niño, mientras que el cuidador preocupado, puede reflejar el estado del niño con demasiada claridad. En cualquier caso, el niño no habrá conseguido interiorizar una representación de su estado mental. La proximidad al cuidador es, en este caso, mantenida a costa de comprometer la función reflexiva. Diversos hallazgos empíricos muestran la relación entre la seguridad de apego y la función reflexiva. La seguridad del apego es un buen indicador de la capacidad metacognitiva en las áreas de la memoria, de la comprensión y de la comunicación (citado por Fonagy, 2004), o es un buen indicador de poder razonar en niños de tres años y medio (Moss y cols., 1995; Fonagy, 1997; Meins y cols., 1998; citados por Fonagy, 2004). Basándose en estos hallazgos, Fonagy concluye que la adquisición, por parte del niño, de la función reflexiva, y la tendencia a incorporar características del estado mental dentro de los Modelos de Funcionamiento Interno de las relaciones *self*-otros, depende de las oportunidades que el niño haya tenido en su primera etapa de la infancia, de observar y explorar la mente de su cuidador primario.

La comprensión, por parte del cuidador de los estados mentales del niño, favorece el apego seguro, ya que la lectura acertada del estado mental del niño, apoyada por los indicios de que el adulto ha podido contener la ansiedad del niño, apuntala la simbolización, lo que, a su vez, da lugar a una mejor regulación del afecto (Gergel y

Watson, 1996; citados por Fonagy, 2004). El apego seguro provee de una base relativamente firme para la adquisición de una comprensión plena de las mentes de los demás. El niño seguro se siente a salvo cuando piensa acerca del estado mental de su cuidador. Contrariamente, el niño evitativo rehuye el estado mental del otro, mientras que el niño resistente se centra en su propio estado de ansiedad, y rechaza los intercambios intersubjetivos. Los niños desorganizados, según Fonagy, pueden representar una categoría diferente. Vigilando en gran medida la conducta del cuidador pueden dar la sensación de ser muy sensibles al estado mental del mismo, aunque fallan al aplicar esta actitud a su propio estado mental (organización del *self*), que permanece desajustado e incoherente.

Las numerosas referencias de Fonagy a la mentalización abarcan su conceptualización relacionada con diversos tópicos en el ámbito de psicopatología, en especial Trastorno Límite de la Personalidad (Bateman y Fonagy, 2006, 2007, 2008; Fonagy, Luyten, y Strathearn, 2011; Luyten y Fonagy, 2015), así como tratamientos basados en la mentalización especialmente diseñados para el TLP (Bateman y Fonagy, 2004, 2010).

Como hemos dicho, la capacidad de entenderse a si mismo y entender a los otros es un logro clave a nivel evolutivo, y la ruptura de esta habilidad es, según Fonagy, el principal aspecto de la psicopatología límite (Bateman y Fonagy, 2010; Fonagy y Luyten, 2015). En esas circunstancias, esos pacientes tienden a perder la capacidad de control y la función reflexiva, pasando cada vez más a modos de *no-mentalización* de experimentar la subjetividad. Esos modos de funcionamiento primitivos de pre-mentalización incluyen: *equivalencia psíquica* (donde los eventos mentales son considerados tener el mismo estatus de la realidad física), *pensamiento teleológico* (la presunción de que las dificultades emocionales se pueden resolver haciendo; por ejemplo, la rabia puede ser resuelta con actos destructivos o violentos) y *modelo simulado* (donde la subjetividad llega a separarse completamente de la realidad y la mentalización se vuelve excesiva pero carente de profundidad y sentido auténtico) (Luyten y Fonagy, 2015).

La mentalización tiene la función de mantener un sentido de integración y coherencia del *self* vinculando actos observados y experiencias a estados intencionales

plausibles. Debido a la fragmentación del *self* como resultado de problemas en los procesos de mentalización, los pacientes límite, a menudo, se caracterizan por una tendencia a exteriorizar partes *ajenas* del *self*, las cuales son percibidas como amenazantes para el *self*, en un intento de restaurar la coherencia de la experiencia del *self*. Esta necesidad de externalizar puede ser expresada con comportamientos de acting-out, autolesiones, y/o tendencia a coaccionar a otros en roles específicos (por ejemplo, el de la persona que abandona o descuida). La principal causa de ruptura en el proceso de mentalización, y que juega un papel importante en la psicogénesis de los estados fronterizos, es el trauma psicológico. El trauma puede poner en peligro la capacidad del niño de desarrollar la capacidad de mentalizar de cuatro maneras (Bateman y Fonagy, 2010):

1. El niño puede defensivamente inhibir la capacidad de pensar acerca de los pensamientos y sentimientos de los otros, en relación a la experiencia de su intención malévol.
2. Un excesivo estrés precoz puede distorsionar la función de los mecanismos de excitación, bajando el umbral de la mentalización automática.
3. Una prolongada excitación del sistema de apego por un trauma lleva hacia discapacidades específicas en la mentalización.
4. La identificación con el agresor puede llevar a la disociación de un “*self*-ajeno” interiorizado.

De este modo, algunos aspectos de la personalidad fronteriza surgen de una integración inadecuada de las primeras formas de representación de la experiencia interna, las cuales deberían ser, en circunstancias normales, la base para mentalizar las experiencias de la realidad psíquica. Según Fonagy (2004) esto comporta una rigidez en las representaciones internas, en la experiencia del *self* y en los patrones de relación con las personas. Esta rigidez constituye un obstáculo muy importante a la hora del cambio terapéutico, ya que cuando la experiencia mental no puede ser aprendida de forma simbólica, los pensamientos y sentimientos ejercen un impacto directo y, a veces devastador, que sólo puede ser evitado mediante defensas drásticas y primitivas.

Dentro del marco teórico de este trabajo, puede resultar interesante concluir este paréntesis sobre la teoría de la mentalización con una consideración de Fonagy sobre la

relación entre teoría psicoanalítica y teoría del apego. Intentando conectar las dos teorías, el autor afirma, por ejemplo, que la idea de función reflexiva o mentalización estaba ya presente en Freud (1911, citado por Fonagy 2004) con la noción de *Bindung*, o conexión. Este término se refiere al cambio cualitativo desde lo físico (inmediato), a la cualidad psicológica (asociativa) de la conexión. Klein (1945, citada por Fonagy, 2004), al describir la posición depresiva, insistió en que conlleva, necesariamente, el reconocimiento del dolor y sufrimiento en el otro, es decir, darse cuenta de los estados mentales. Aunque su énfasis está puesto en el reconocimiento individual de la pulsión destructiva, no hay duda de que, para que ello tenga lugar, el *self* y el otro han de ser conscientes de esta intencionalidad. También Bion (1962, citado por Fonagy, 2004) con el concepto de contención se acerca a la mentalización. Este autor explica la transformación (“función alfa”) de los sucesos internos experimentados como concretos (“elementos beta”), en experiencias tolerables y pensables. Winnicott (1962, citado por Fonagy, 2004) fue quizás el autor más cercano a las ideas de la teoría del apego, al reconocer la importancia de la *comprensión psicológica* del bebé por parte del cuidador, para que pueda emerger el *self* verdadero y el reconocimiento del aspecto dialéctico de esta relación. El *self* psicológico se desarrolla a través de la propia percepción de estar en la mente de otra persona como alguien que puede pensar y sentir. Los padres que no pueden reflexionar sobre la experiencia interna de sus bebés, comprenderla y responder de acuerdo con ello, privan al bebé del núcleo de la estructura psicológica que necesita para construir un sentimiento del *self* suficiente.

1.5.1 Tratamiento basado en la Mentalización

A partir de las observaciones pioneras sobre el concepto de *mentalización*, Batema y Fonagy (2004, 2006) desarrollaron el Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT), consiguiendo integrar teoría de la mente, Psicología del Yo, teoría kleiniana y teoría del apego (Levy, Wassermann, Scott y Yeomans, 2009). Los autores postulan que el elemento de cambio en todos los tipos de terapias para pacientes con trastorno límite de personalidad es la capacidad de mentalizar, la capacidad de pensar acerca de los estados mentales propios y de los otros en términos de deseos e intenciones. La eficacia de esta estrategia se estableció en un estudio en el que se compararon 18 meses de tratamiento con un programa de hospitalización parcial de terapia basada en la mentalización con el tratamiento habitual (Batema y Fonagy, 1999). Los pacientes que

recibieron MBT tenían mejor funcionamiento social, menos comportamiento de autolesión y menor depresión. Los pacientes fueron reevaluados cada 3 meses hasta 18 meses después de la alta (Bateman y Fonagy, 2001). Los resultados del seguimiento indicaron que estos pacientes no sólo mantenían los beneficios que habían logrado con la terapia, sino que seguían mejorando también después la conclusión del tratamiento.

A lo largo de los años se han hecho muchos estudios sobre la efectividad de la MBT, pero pocos fuera de Reino Unido. Uno de los últimos y más interesantes que se pueden encontrar en literatura es un estudio realizado en Oslo, Noruega (Kvarstein, Pedersen, Urnes, Hummelen, Wilberg y Karterud, 2015), donde se ha realizado un estudio longitudinal, comparando los efectos del tratamiento antes y después de la transición al MBT. La muestra consistía en 345 pacientes con trastorno límite de personalidad, en tratamiento entre el 1993 y el 2013. Después del 2008, 64 de estos pacientes empezaron a recibir terapia basada en la mentalización. Los resultados han destacado significativas mejoras en los síntomas de malestar y en el funcionamiento interpersonal, global y ocupacional. Se han reducido también significativamente comportamientos de autolesión, suicidas e ingresos hospitalarios. Recientes estudios han destacado también los buenos resultados de la aplicación de la MBT en pacientes adolescentes con trastorno límite de personalidad (Rossouw y Fonagy, 2012; Salzer, Cropp y Streeck-Fisher, 2014).

Uno de los principales objetivos de este primer capítulo ha sido trazar un hilo conductor sobre la condición *borderline*, a través de la evolución a lo largo del tiempo de las diferentes conceptualizaciones, intentando abarcar desde las primeras teorías hasta los más recientes hallazgos. En mi opinión, es posible identificar un punto de contacto entre los varios planteamientos teóricos, a saber, el carácter de profunda inestabilidad a nivel afectivo y relacional, ese fondo inestable de la experiencia definido por Barale (2009) como la inestabilidad que no permite a estos sujetos poder crear memoria, historia interna, representación de los objetos modulada y rica de matices, fondo inestable que se traduce en sentimientos de vacío, falta de una “base segura”, defecto de la experiencia interna de contención que impide una adecuada significación de la experiencia. Es fundamental tener en cuenta este aspecto clave, sobretudo desde el punto de vista psicoterapéutico, tanto en terapias de orientación psicoanalítica como de otras orientaciones, terapias que suelen ser bastante turbulentas. Puede resultar útil

concluir con una metáfora con la que Barale intenta explicar tanto el funcionamiento complejo de estos pacientes como las dificultades en el abordaje terapéutico. El psicoanalista compara la condición límite con un prisma que gira, y que girando expone sus diferentes caras a la luz, reflejando continuamente diferentes partes del Self y del objeto, aspectos buenos y malos, de forma mutable y contradictoria. Esta inestabilidad hace que la relación terapéutica sea “previsiblemente imprevisible”, donde se alternan la intolerancia a las separaciones y la transferencia violenta y negativa, como si el paciente estuviese continuamente en una montaña rusa.

CAPÍTULO 2

El Modelo Estructural de la Personalidad de Kernberg

Kernberg es un autor americano que, como psiquiatra y psicoanalista, se ha dedicado al tratamiento de pacientes graves, especialmente con patología *borderline*. Intentando desarrollar un análisis sistemático de las condiciones límite, ha elaborado un claro esquema metapsicológico llegando a definiciones operacionales de algunos términos psicoanalíticos para conceptualizar su material clínico (Kernberg, 1976). Su teoría de la personalidad se basa en la integración de varias corrientes psicoanalíticas. El autor propone un marco general de desarrollo que integra la teoría psicoanalítica del desarrollo, enraizada en la teoría de las relaciones objetales psicoanalíticas, con aspectos neurobiológicos del desarrollo de la cognición social y de la teoría de la mente (Kernberg, 2015). El esquema integracionista de Kernberg reúne las contribuciones de un grupo de psicoanalistas norteamericanos, como Jacobson y Mahler, cuyos aportes se han integrado y completado con las contribuciones de la escuela inglesa de psicoanálisis de M. Klein y W. Bion, y con los desarrollos recientes del psicoanálisis francés, como los de Chasseguet Smirgel, Green, M'Uzan, Mc Dougall, Anzieu, Fain y Aulagnier (Quiroga, Castro Solano y Fontao, 2003). El autor parece moverse continuamente entre la metapsicología freudiana clásica, la teoría del Yo y la teoría de las relaciones objetales, y piensa que una necesita de la otra para una plena comprensión de la complejidad del psíquismo humano (Costantini, Mariani y Nuzzaci, 2003).

En una de sus últimas obras, Kernberg (2016) elabora un concepto de personalidad que se refiere a la integración dinámica de la totalidad de la experiencia subjetiva y a los patrones de conducta de una persona, incluyendo comportamientos conscientes, concretos y habituales, experiencias del Yo y del mundo que lo rodea, pensamiento psíquico consciente y explícito, así como deseos, miedos y patrones de conducta inconscientes, experiencias y puntos de vista, y estados intencionales. Es una integración dinámica en la medida en que implica una asociación organizada e integrada de múltiples rasgos y experiencias que se influyen mutuamente, resultado final de la coordinación de múltiples disposiciones. En este sentido, la personalidad representa una entidad mucho más compleja y sofisticada que simplemente la suma de todas sus

características componentes. La personalidad se deriva de la capacidad del organismo humano para experimentar estados subjetivos que reflejan la condición interna del cuerpo, así como la percepción del entorno externo dentro del cual este cuerpo funciona. Incluye funciones psíquicas discretas, como los afectos, la percepción, la cognición y la memoria instrumental, así como la memoria declarativa, y varios niveles de funciones autorreflexivas, desde el reflejo relativamente simple de los movimientos motores percibidos y previstos y las experiencias sensoriales percibidas hasta complejas evaluaciones autorreflexivas de estados cognitivos y afectivos.

El trabajo de Kernberg se basa en la convicción de que la psicopatología de la personalidad esté determinada por estructuras psíquicas que se constituyen bajo la influencia de las experiencias afectivas con objetos primarios significativos. Esto explica la importancia que él atribuye a la necesidad de integrar un sistema diagnóstico basado en la descripción del comportamiento con un enfoque psicodinámico centrado en la formación de la estructura psíquica. Kernberg (1976) considera el ser humano social por naturaleza y con una mente compuesta por *experiencias relacionales internalizadas*. Con respecto a la internalización de las experiencias tempranas el autor afirma que la *unidad básica de internalización de relaciones de objeto* está formada por:

- a) la *representación de objeto*,
- b) la *representación del Self*,
- c) el *afecto que las liga*.

El *Self* por el autor es una representación que se convierte en una estructura de naturaleza interactiva, que tiene la función integrativa de las experiencias. El autor afirma: "*propongo reservar el término Self al conjunto de representaciones del Self en íntima conexión con el conjunto de representaciones objetales. En otras palabras, propongo definir el Self como una estructura intrapsíquica que da origen al Yo*" (Kernberg, 1976).

Las pulsiones aparecen para manifestarse en el contexto de la internalización de la experiencia interpersonal. Se destaca, entonces, una diferencia entre el modelo de Kernberg y el modelo clásico: los estados afectivos de amor y odio, según Freud, nacen

de las pulsiones, para Kernberg de las experiencias de placer/disgusto, implicando por lo tanto el aspecto relacional (Costantini et al., 2003). La tesis del autor es que tanto la libido como la agresividad aparecen en el aparato psíquico en el ámbito de las primeras introyecciones y por eso están íntimamente conectadas a las relaciones objetales que estructuran el Yo. Estas pulsiones intrapsíquicas se organizan bajo la influencia de las relaciones objetales interiorizadas en vía de desarrollo que, a la vez, están integradas bajo la influencia organizativa de los afectos. El autor afirma que los estadios evolutivos de las pulsiones libidinales y agresivas y para la formación de las relaciones objetales internas tiene un papel fundamental el *objeto precoz humano*.

2.1 El sistema de interiorización de las relaciones objetales

Para crear una conexión entre la teoría de las relaciones objetales y la estructura de personalidad, se hipotetiza que a lo largo del desarrollo infantil se van creando múltiples dádadas interiorizadas sobre la base de las primeras experiencias relacionales. Kernberg (1976) afirma que *introyección, identificación e identidad del Yo* son tres niveles del proceso de internalización de las relaciones objetales en el aparato psíquico. La organización de los sistemas de internalización empieza a un nivel elemental de funcionamiento del Yo, donde la escisión es el mecanismo fundamental para la organización defensiva del Yo mismo. Más tarde se alcanza un segundo nivel, más evolucionado, de funcionamiento del Yo, donde la represión sustituye a la escisión como mecanismo central. La maduración y el desarrollo de los aparatos primarios del Yo dan origen a las *introyecciones*, que luego serán fundamentales para la organización del Yo como estructura integrada.

La *introyección* es el más primitivo y elemental nivel de organización. Es un mecanismo de crecimiento del aparato psíquico, que el Yo emplea también a nivel defensivo. Según Kernberg, el Yo como estructura empieza a existir con el uso de la introyección con propósito defensivo. El tipo de afecto es muy importante para la introducción y representa la "valencia activa" de las mismas, determinando la fusión y la organización de las introducciones de valencia análoga. En el proceso de fusión de las introyecciones de la misma valencia emergen imágenes del *Self* y del objeto más elaboradas; este proceso contribuye a la diferenciación del *Self* y del objeto y a la definición de los límites del Yo. De esta manera, las siguientes introducciones se

estructurarán con mayor complejidad. Después de un cierto desarrollo de las introyecciones como estructuras psíquicas, se alcanza una etapa en la que estas vienen activamente separadas o escindidas con fines defensivos. Empieza así la existencia del Yo, como función centralizada de síntesis y como estructura organizativa definida. La *identificación* es una forma de introducción superior, que puede desarrollarse sólo cuando las capacidades perceptivas y cognitivas del niño se hayan desarrollado hasta el punto en que él puede reconocer los aspectos del papel que juega en si mismo y el objeto en las interacciones significativas. El complejo de las trazas mnésicas implícitas en la identificación comprende diferentes componentes: la imagen de un objeto que tiene un rol en interacción con el *Self*, la imagen del *Self* claramente diferenciada del objeto, y el afecto de la interacción de calidad más diferenciada y menos intensa. El almacenamiento y la organización a largo plazo son aspectos típicos de la realización de la función de identidad del Yo. Las identificaciones aparecen normalmente durante los últimos meses del primer año de vida, pero se desarrollan plenamente a lo largo del segundo año. La *identidad del Yo* representa el nivel máximo en la organización de los procesos de interiorización. Las relaciones objetales interiorizadas vienen aquí organizadas en imágenes persistentes del objeto, que llegan a representar internamente el mundo externo así como es experimentado por el Yo en desarrollo. Es el mundo de las representaciones.

Dentro del marco teórico de este trabajo se ha considerado útil resumir las etapas de interiorización, ya que el fallo de este proceso es un aspecto central de la organización límite. Kernberg (1984) afirma que debido a incoherencias, negligencias o abusos por parte de los padres, la escisión puede llegar a ser un mecanismo defensivo básico en el funcionamiento del Yo, el cual no consigue integrar e internalizar de forma sana las relaciones objetales que experimenta, según las etapas que se acaban de explicar.

2.2 El límite como estructura de personalidad

Como se ha dicho en el capítulo precedente, Kernberg (1967) enfoca el límite como una *organización de personalidad estable*, dentro de un *continuum evolutivo* entre nivel psicótico y neurótico de desarrollo de la personalidad. Hablando de “organización límite”, Kernberg la define como una estructura de personalidad que por sus

características específicas y estables se diferencia de esas situaciones inestables entre neurosis y psicosis, inicialmente identificadas como “estados límite”.

En acuerdo con las teorías propuestas por Klein, él hipotetiza que en la formación de este tipo de organización de personalidad, la agresividad primaria juega un papel muy importante, mucho más que los eventos traumáticos. De esto deriva una sintomatología considerada expresión del esfuerzo individual para liberarse de los propios estados afectivos negativos: el doloroso conflicto interno sería así externalizado en relaciones objetales conflictivas y destructivas (Mangini et al., 2003). El autor se refiere con esta definición a un grupo de pacientes que presentan cuatro rasgos clave (Kernberg 1975; citado por Gabbard, 2002):

1. *Manifestaciones no específicas de debilidad del Yo.*

Un aspecto del funcionamiento del Yo es la capacidad para demorar la descarga de los impulsos y modular los afectos como la ansiedad. Los pacientes *borderline*, según Kernberg, son incapaces de conducir las fuerzas yoicas para realizar esas funciones debido a debilidades inespecíficas inherentes. De modo similar, tienen dificultad en sublimar pulsiones poderosas y utilizar su conciencia para guiar la conducta.

2. *Tendencia hacia el proceso primario de pensamiento.*

Estos pacientes tienden a regresar hacia el pensamiento de tipo psicótico en ausencia de una estructura o bajo la presión de afectos intensos. Sin embargo, estos cambios ocurren principalmente en el contexto de una prueba de realidad por lo general intacta.

3. *Operaciones defensivas específicas.*

Como hemos dicho, la principal defensa es la escisión, que Kernberg ve como un proceso activo de separar afectos e introyectos contradictorios. La escisión en este tipo de paciente se manifiesta de la siguiente manera: a) una expresión alternada de conductas y actitudes contradictorias, que el paciente no considera importantes y las niega débilmente; b) una compartimentación de todas las personas que están vinculadas con el paciente en partes “buenas del todo” o “malas del todo”, con oscilaciones frecuentes entre estas partes en cada

individuo; y c) visiones contradictorias coexistentes y representaciones del *Self* que alternan en su predominio de día en día y de hora en hora. Otras defensas como la idealización primitiva, la omnipotencia y la desvalorización, reflejan de modo similar las tendencias de escisión. Según Kernberg, otra defensa que predomina es la identificación proyectiva, en la cual las representaciones del *Self* o del objeto son escindidas y proyectadas sobre otros en un esfuerzo para controlarlas.

4. *Relaciones de objeto patológicas internalizadas.*

Como resultado de la escisión, la persona con organización *borderline* de personalidad no ve a las otras personas como poseedoras de una mezcla de cualidades positivas y negativas. En cambio, los otros son divididos en extremos polarizados. Estos individuos no pueden integrar los aspectos libidinales y agresivos de otros, lo que inhibe su capacidad para apreciar verdaderamente las experiencias internas de otras personas. Sus percepciones de los otros pueden alternar diariamente entre la idealización y la desvalorización, lo cual puede ser muy perturbador para cualquiera que esté relacionado con él. De modo similar, su incapacidad para integrar representaciones se traduce en una profunda difusión de la identidad.

Como ya se ha mencionado en el capítulo anterior, Kernberg (1975) vincula la etiología de la personalidad límite con el esquema del desarrollo de Mahler (1971). Específicamente para el autor estos pacientes han atravesado con éxito la fase simbiótica descrita por Mahler, de manera que el *Self* y los objetos se pueden distinguir claramente. Pero han quedado fijados durante la fase de separación-individuación. Exactamente en la subfase de acercamiento, entre aproximadamente los 16 y los 24 meses, el niño teme que su madre pueda desaparecer y esto a veces provoca en él una angustia intensa, sobretodo cuando no sabe donde está. Desde el punto de vista del desarrollo se puede considerar que los pacientes reviven una crisis infantil temprana en la cual temían que los intentos de separación de sus madres provocarían la desaparición de ellas y el abandono. En la forma adulta de esta crisis infantil, los individuos son incapaces de tolerar períodos de soledad y el temor de que los seres más significativos lo abandonen. Las razones de esta fijación a la subfase de acercamiento, según Kernberg, están relacionadas con una alteración de la disposición emocional de la

madre durante este período crítico, debido al exceso constitucional de agresión en el niño o a problemas de la función materna, o a una combinación de ambas.

Un componente importante de esa fijación es la falta de constancia objetal típica de los pacientes límite. Como otros niños, a lo largo del periodo de separación-individuación, estos niños son incapaces de integrar los aspectos buenos y malos de si mismos y de sus madres. Estas imágenes contradictorias son guardadas en formas separadas a través de la escisión, de tal manera que tanto la madre como el *Self* son vistos como alternando entre completamente buenos y completamente malos. Mientras la mayoría de los niños alrededor de los tres años adquieren una constancia objetal bastante solidificada que les permite tener una visión de la madre y de si mismos como objeto total, no ocurre así para los individuos propensos a la organización límite. Los primeros, por lo general, toleran mejor la separación debido a que han internalizado una imagen total y tranquilizadora de la madre que se sostiene durante su ausencia. Pero como estos pacientes carecen de esta imagen interna, tienen poca o ninguna constancia objetal, no toleran la separación o la soledad. El resultado final de esta fijación en el desarrollo es una condición que Kernberg (1967) caracterizó por su predominancia de introyectos negativos.

2.2.1 Estructuras mentales y organizaciones de la personalidad

Las estructuras mentales, dice Kernberg (1984), son configuraciones relativamente estables de los procesos mentales. Una premisa fundamental es que a la base de los comportamientos sintomáticos o de las quejas subjetivas por los pacientes con trastorno de personalidad haya una falta de integración de las estructuras psíquicas subyacentes. Una estructura es un patrón estable y duradero de las funciones mentales que organizan el comportamiento, las percepciones y la experiencia subjetiva de un individuo (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006).

El Superyó, el Yo y el Ello son estructuras que integran otras subestructuras dinámicas, como las configuraciones cognitivas y defensivas del Yo. Kernberg (1976) usa el término “*análisis estructural*” para describir la relación entre la estructura de las relaciones de objeto internalizadas y los distintos niveles de organización del funcionamiento mental. El *análisis estructural* incluye una organización permanente,

que resulta de la elaboración de los conflictos inconscientes como el complejo de Edipo y el complejo de castración e incorpora experiencias tempranas derivadas de las organizaciones pulsionales de las diferentes fases: 1) de la organización de la libido, 2) de la organización del Yo y 3) de la organización de las relaciones de objeto. Esta concepción implica secuencias motivacionales organizadas jerárquicamente y organizaciones jerárquicas discontinuas que contrastan con el concepto de desarrollo lineal o genético enunciado de forma simplista. El autor propone la existencia de tres organizaciones estructurales amplias: *neurótica*, *límite* y *psicótica*. Estas organizaciones estructurales de la personalidad se entrelazan con factores genéticos, bioquímicos, constitucionales, psicodinámicos, familiares y psicosociales y se plasman en el tiempo como la *estructura psíquica del sujeto*. Esta estructura constituye la matriz subyacente sobre la que se desarrollarán más tarde los síntomas o los rasgos de carácter del sujeto. Estos tres tipos de organización se caracterizan por tres elementos determinantes:

- 1) *el grado de integración de la identidad*,
- 2) *el tipo de operaciones defensivas*,
- 3) *la prueba de realidad*.

La estructura de personalidad neurótica, en contraste con la estructura de personalidad límite o borderline y psicótica implica una identidad integrada, su organización defensiva se centra en la represión y mecanismos defensivos avanzados, es decir aquellos constituidos con posterioridad al sepultamiento del complejo de Edipo. Las estructuras límite o borderline y psicótica se encuentran en pacientes que poseen un predominio de defensas primitivas que tienen como base el mecanismo de escisión. Esta organización implica un menor grado de integración de la identidad del yo. La prueba de realidad se conserva en la organización neurótica de la personalidad y en algunos aspectos de la organización límite o borderline, pero está gravemente deteriorada en la organización psicótica.

Haciendo una síntesis de lo que Kernberg describe, podemos afirmar que existen tres “constructos” que constituyen lo más destacado de la organización de la personalidad, cuyas características más relevantes son las que a continuación se exponen (Quiroga et al., 2003).

Estructura Neurótica

- Integración de la identidad.
- Manifestaciones no específicas de la fuerza del yo, que incluyen tolerancia a la ansiedad, control de los impulsos y sublimación.
- Uso de defensas neuróticas.
- Sentido de la realidad preservado.
- Superyó integrado pero con características de intransigencia.
- Relaciones objetales con alta dependencia de apoyo, amor y aceptación por parte del otro.
- Dificultades para expresar la agresión.

Estructura Límite o Borderline

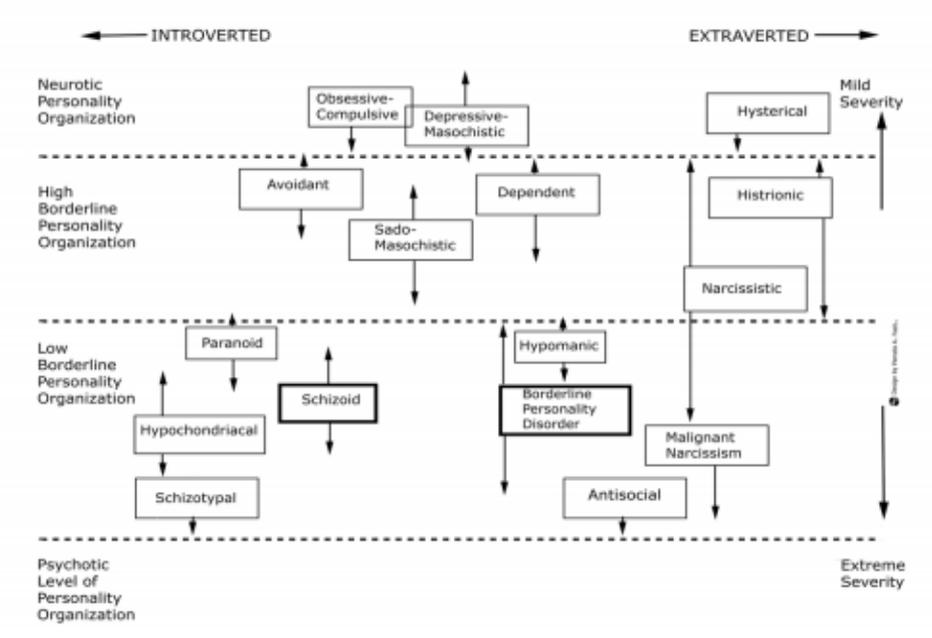
- Difusión de la identidad.
- Uso de defensas primitivas.
- Algunas alteraciones en el sentido de la realidad (especialmente en los vínculos de intimidad), aunque en general está conservado.
- Patología del superyó (pérdida de vergüenza y culpa).
- Relaciones objetales patológicas: 1) narcisistas o 2) caóticas, no diferenciadas, dependientes y/o 3) rígidas y desconectadas.

Estructura Psicótica

- Coincide con los trastornos psicóticos de la psicosis clínica. Sin embargo, hay pacientes que sin tener psicosis clínica tienen estructura psicótica.
- Difusión de la identidad. Indiferenciación de: 1) yo- no yo, 2) origen intrapsíquico o externo de los estímulos, etc.
- Uso de defensas primitivas.
- Sentido de la realidad comprometido. Ideas delirantes o alucinaciones. El paciente no mantiene criterios sociales de la realidad consensual.

Con la premisa de que es posible comprender la personalidad y su patología examinando el comportamiento observable en referencia a la experiencia subjetiva y a las estructuras psicológicas subyacentes, Kernberg, Clarkin y Yeomans (2006) han elaborado un modelo nosológico psicoanalítico que integra constructos categoriales (es decir los trastornos incluidos en el DSM-IV-TR) y dimensionales (es decir dentro del *continuum* de organización de la personalidad y de introversión/extraversión) para poder comprender plenamente en dominio de la personalidad patológica.

Figura 2.1 Integración de aspectos descriptivos y estructurales en la nosografía de los trastornos de personalidad según el modelo de Kernberb (Kernberg et al., 2006).



2.3 Aspectos temperamentales y cognitivos en la organización límite de personalidad

En el modelo de Kernberg, para la comprensión de la organización límite, tienen mucha importancia también los aspectos temperamentales y cognitivos del desarrollo: la personalidad representa la integración de patrones de comportamiento que están arraigados en el temperamento, en las habilidades cognitivas, en el carácter y en el sistema de valores interiorizados (Kernberg y Caligor, 2005).

El *temperamento* representa una predisposición constitucional a experimentar patrones específicos de reacción a estímulos internos y externos. Estos patrones incluyen el ritmo, la intensidad y el umbral de las respuestas afectivas. La activación de los afectos, positivos o negativos, representan un importante elemento de conexión entre aspectos biológicos y psicológicos de la personalidad. El tipo de afectos que el niño muestra a lo largo de su desarrollo es importante para comprender la organización límite de personalidad. Los *procesos cognitivos* tienen un papel importante para la percepción de la realidad y la organización del comportamiento, y sobretodo para el desarrollo y la modulación de las respuestas afectivas. Las representaciones cognitivas de los afectos influyen el umbral de activación de los mismos. Estos procesos cognitivos son

cruciales en la transformación de los estados afectivos primitivos en experiencias emocionales complejas. Es a través de la integración del aprendizaje de los modelos proporcionados por los cuidadores y de las disposiciones temperamentales que se desarrollan habilidades cognitivas de regulación de la atención y de *effortful control* (Hoermann, Clarkin, Hull y Levy, 2005), definido como una dimensión de autorregulación del temperamento, la capacidad de inhibir una respuesta dominante para poder poner en marcha una respuesta subdominante (Preti, 2012).

Un individuo con un buen *effortful control* es capaz de modificar o modular los estados afectivos, y tiene un papel crítico en la socialización, ya que tiene una correlación positiva con el desarrollo de la conciencia y una correlación negativa con la expresión de la agresividad. El *carácter* es la expresión comportamental de la identidad y representa la organización dinámica de patrones de comportamiento únicos para cada individuo. El carácter incluye el nivel de organización de los patrones de comportamiento y el grado de flexibilidad o rigidez de estos comportamientos en varios contextos. Muy importante para guiar y organizar estos patrones de comportamiento es el *sistema de valores interiorizados*, que deriva, en términos evolutivos, de la interiorización de las prohibiciones y de los valores de los padres.

Entonces, una trayectoria evolutiva caracterizada por la presencia de *effortful control* y otras capacidades de autorregulación se desarrolla en el contexto de una interacción con un cuidador empático y benévolo, facilitando la autorregulación, el predominio de la afectividad positiva sobre la negativa, el desarrollo de la conciencia e interacciones con los pares positivas. Esta trayectoria normal puede ser comprometida por un ambiente caracterizado por descuido físico o emotivo o por abuso físico o sexual. En estos casos el niño demostrará afectividad negativa, escasa capacidad de autorregulación, fragmentación del concepto de sí y de los otros y relaciones trastornadas con los pares. Estas características aparecen similares a la sintomatología adulta de la organización límite de personalidad, ya que se destaca difusión de identidad, afectividad negativa y problemas en las relaciones con los otros significativos. Como destaca el estudio de Hoermann et al. (2005) un bajo nivel de *effortful control* se correlaciona positivamente con algunos aspectos de la sintomatología *borderline*.

2.4 La evaluación de la estructura de personalidad

A medida de que el modelo diagnóstico estructural se ha ido desarrollando, Kernberg y su grupo de investigación han creado también una serie de instrumentos de evaluación confiables, con el objetivo de tener en cuenta tanto los aspectos descriptivos de la patología como el examen de las características estructurales de la personalidad del paciente, es decir aquellas modalidades de funcionamiento intrapsíquico específicas y estables a lo largo del tiempo, que influyen la vida y las relaciones del sujeto con estructura de personalidad *borderline*. El primero de estos instrumentos fue la *Entrevista Estructural* (1984), seguida por el *Inventory of Personality Organization* (IPO; Kernberg y Clarkin, 1995; Lenzenweger et al., 2001) y la *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO; Stern et al., 2010).

Cómo hemos visto, Kernberg ha propuesto una clasificación de los trastornos de personalidad que comprende tres diferentes organizaciones, psicótica, neurótica y límite, sobre la base de tres criterios diferenciales: tipo de mecanismos de defensa, examen de realidad e integración de la identidad. La organización neurótica está caracterizada por una identidad integrada, mecanismos de defensa avanzados, como la represión, y un buen contacto con la realidad externa. La organización psicótica se caracteriza por difusión de identidad, mecanismos de defensa primitivos y pérdida del examen de realidad. La organización límite se caracteriza, según el autor, por la difusión de identidad, aunque se conserva el examen de realidad, y por el uso prevalente de mecanismos de defensa primitivos (sobre todo escisión, identificación primitiva y denegación).

La *Entrevista Estructural* (1984) se enfoca en la sintomatología presente y pasada, sobre la organización de personalidad, sobre la calidad de la interacción con el terapeuta en el *hic et nunc* y sobre la historia personal y familiar del paciente. Centrándose en los principales conflictos expresados por el paciente y la evaluación de las defensas, del conflicto sobre la identidad y el examen de realidad se intenta delinear, en el aquí y ahora de la relación, la estructura de personalidad predominante del paciente. La finalidad de la entrevista estructural es la de formular un diagnóstico estructural, que considere, además de la sintomatología, las características de la estructura de personalidad que permitan diferenciar entre estructura neurótica, límite y psicótica.

Kernberg presupone que el clínico, centrándose en los principales conflictos, generará una tensión suficiente a hacer emerger y diagnosticar estas características estructurales. El autor ha realizado una técnica que al examen normal del estado mental añade una entrevista de tipo psicoanalítico, centrada en la interacción entre paciente y terapeuta y sobre la clarificación, la confrontación y la interpretación de los conflictos de identidad, de los mecanismos de defensa y del grado de distorsión de la realidad que el paciente manifiesta en esa interacción, sobretodo si estos elementos emergen dentro de la transferencia.

La clarificación consiste en la exploración, junto con el paciente, de toda la información que parece poco clara, desconcertante, contradictoria o incompleta. La clarificación intenta evocar el material consciente y preconsciente, sin llevar al paciente a poner preguntas. Al final es el mismo que clarifica su propio comportamiento, su propia experiencia intrapsíquica, manifestando así los límites de su propia consciencia de sí. Con la confrontación, la segunda técnica utilizada en la entrevista, se ayuda al paciente a identificar las áreas de información que parecen contradictorias o incongruentes, destacando esos aspectos de la interacción que parecen indicar la presencia de un funcionamiento conflictual, y entonces la presencia de operaciones defensivas, de representaciones del *Self* y del objeto contradictorias o de una disminuida conciencia de la realidad. La confrontación requiere juntar material consciente y preconsciente que el paciente ha experimentado o presentado por separado. El entrevistador expresa también la posibilidad que el significado de este comportamiento esté relacionado con las condiciones actuales del comportamiento. La interpretación conecta material consciente y preconsciente con funciones o motivaciones inconscientes actuales. Se explora el origen de los conflictos y de la disociación de los estados del Yo (representaciones escindidas del *Self* y del objeto), la naturaleza de las defensas activas y el abandono defensivo del examen de realidad. La interpretación, en otras palabras, enfoca las angustias y los conflictos profundos.

La entrevista estructural, basada en la confrontación y la interpretación de las defensas, conflictos de identidad, examen de realidad o distorsiones de las relaciones objetales interiorizadas y conflictos cognitivos y afectivos, somete al paciente a una cierta cantidad de estrés. El terapeuta intenta sacar la patología presente en la

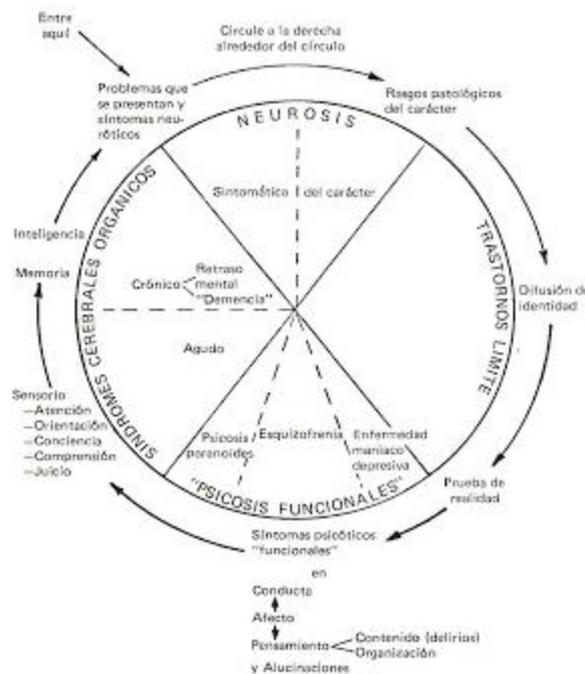
organización del Yo, para obtener información sobre la estructura de su enfermedad. De todas formas, el método descrito no es una tradicional entrevista “estresante”, que intenta causar artificialmente en el paciente angustias y conflictos. Al revés, la clarificación de la realidad, necesaria para la confrontación, requiere mucho tacto y respeto por la realidad emotiva del paciente. La entrevista diagnóstica estructural no sólo permite perfeccionar el diagnóstico diferencial, sino que también proporciona importante información sobre la pronóstico y la terapia. Revela la motivación del paciente, su capacidad de introspección y colaboración en el tratamiento psicoterapéutico, proporciona información sobre la posibilidad de un *acting out* o de un brote psicótico.

Según las indicaciones de Kernberg, la entrevista estructural empieza con una anamnesis clásica. Para empezar, el entrevistador pregunta al paciente de resumir brevemente los motivos que lo han llevado a empezar el tratamiento, sus expectativas y la naturaleza de sus síntomas, problemas y dificultades. Es importante empezar a investigar profundizando el motivo de la consulta, dando al paciente la posibilidad de hablar de sus síntomas y averiguar, indirectamente, si es consciente de su trastorno y qué expectativas tiene sobre la terapia. Esto representa una primer estudio del examen de realidad ya que el tipo de respuestas, coherentes o extrañas, pueden dar información sobre la conciencia que tiene el paciente respecto a su estado de salud. Desde el inicio, si se destaca un cuadro psicótico u orgánico el autor aconseja seguir con una entrevista psiquiátrica clásica, dejando de lado la profundización introspectiva requerida por esta entrevista. Después de la encuesta inicial, Kernberg sugiere seguir con un análisis de los “síntomas clave” de los principales tipos de patología. Completada esta fase, el entrevistador se enfoca en los síntomas significativos que han sido destacados, explorándolos a medida de que salgan en la interacción. Seguirán clarificación, confrontación e interpretación. Es importante prestar atención a la reacción de los pacientes a estas intervenciones. La capacidad del paciente de clarificar ulteriormente cuestiones relativas a su identidad del Yo, sus relaciones objetales, su examen de realidad y sus defensas, ayuda a evaluar también su capacidad de introspección. El diagnóstico estructural depende también de cómo el paciente gestiona las fases de clarificación, confrontación e interpretación. Al final de la entrevista el clínico deberá tener claro en mente un modelo de cómo el paciente se representa a sí mismo y a los otros, del afecto que los conecta, el contenido del pensamiento y del comportamiento

que permitan orientar el tratamiento sobre las áreas específicas en la que está presente la patología.

La entrevista diagnóstica estructural añade entonces, al abordaje clásico de evaluación del estado mental, una evaluación desde el punto de vista psicoanalítico de la interacción entre paciente y entrevistador, y utiliza la técnica psicoanalítica para la interpretación de los conflictos y las defensas que esta interacción ha expuesto, con el fin de destacar los clásicos síntomas clave de la psicopatología descriptiva y la subyacente estructura de personalidad. Una característica importante de este método propuesto por Kernberg es su “naturaleza cíclica”. El modelo de los síntomas clave, colocados en el perímetro de un círculo, permite al entrevistador, a medida que avanza desde los síntomas principales a los siguientes, de volver al punto de inicio y empezar otro ciclo de investigación. Volver a los síntomas claves del perímetro permite al clínico de volver, cada vez que sea necesario, al mismo problema en contextos diferentes, verificando una vez más, en fases avanzadas de la entrevista, lo que había sido sacado a relucir anteriormente.

Figura 2.2 El ciclo de los síntomas clave (Kernberg, 1984).

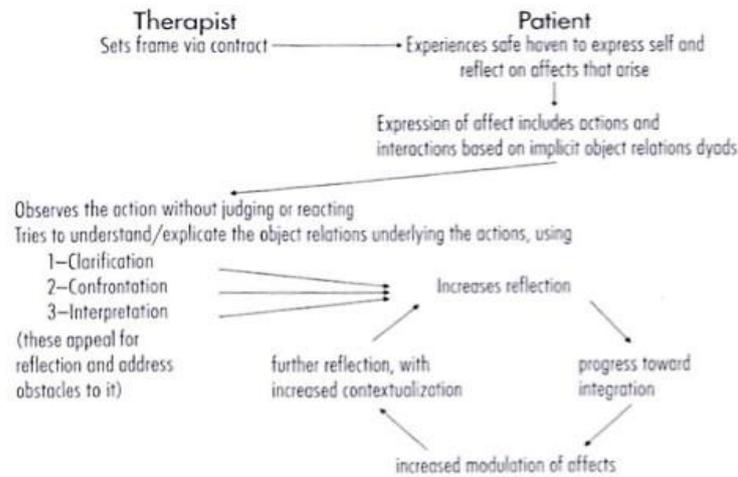


2.5 El modelo de Kernberg y la terapia: la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP)

El modelo de trastorno de la personalidad de Otto Kernberg y de su tratamiento, constituye el fundamento de la *Psicoterapia Focalizada en la Transferencia* (Transference-Focused Psychotherapy, TFP; Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006; Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2015), basada en la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones objetales.

Es un tratamiento manualizado de psicoterapia psicodinámica que ha sido desarrollado sobre todo para el tratamiento de los pacientes límite, cuya estrategia principal consiste en facilitar la reactivación, dentro del tratamiento y bajo control, de las relaciones objetales internalizadas escindidas de naturaleza opuesta, persecutoria e idealizada que vienen observadas e interpretadas en la transferencia (Yeomans y Diamond, 2010; Kernberg y Foelsch, 2011). La TFP se lleva a cabo en sesiones cara a cara, un mínimo de dos veces a la semana y normalmente un máximo de tres. El paciente está instruido para llevar a cabo la asociación libre. Trabajar dentro de la transferencia puede inicialmente ayudar a establecer si la respuesta afectiva del paciente es hacia un objeto real o a una imagen interna, o ambas. Enfocándose en los afectos tal como vienen experimentados en la relación inmediata ayuda también a evitar un trabajo interpretativo intelectualizado que no envuelve afectos. En la terapia, el paciente expresa sus afectos en relación a las díadas de relación internalizadas, y el terapeuta, sin juzgar o reaccionar, intenta entender y reflejar al paciente estos elementos a través de la *clarificación, confrontación e interpretación*. El objetivo es integrar, modular y matizar las representaciones escindidas y distorsionadas del *Self* y de los otros. Entre los instrumentos utilizados en la TFP hay también el análisis de la transferencia, la técnica de la neutralidad y el establecimiento inicial de un contrato, para contener afectos intensos y acting-out, típicos de estos pacientes.

Figura 2.3 Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (Yeomans y Diamond, 2010).



Levy, Wasserman, Scott y Yeomans (2009) definen la *Psicoterapia Focalizada en la Transferencia* como una psicoterapia psicodinámica basada en la evidencia para el Trastorno Límite de Personalidad. Muchos estudios a lo largo del tiempo han destacado una cierta efectividad y eficacia de esta terapia (Clarkin, Foelsch, Levy, Hull, Deaney y Kernberg, 2001; Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber, Clarkin y Kernberg, 2006; Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007).

El estudio inicial (Clarkin et al., 2001) examinaba la efectividad de la TFP en un diseño pre-post. Los participantes que fueron reclutados eran hombres y mujeres de la área metropolitana de Nueva York, entre los 18 y los 50 años de edad, que cumplían los criterios para el Trastorno Límite de Personalidad. Todos los terapeutas habían sido formados para la TFP y fueron supervisados semanalmente por el Dr. Kernberg u otro clínico senior. El mayor hallazgo de este estudio fue que los pacientes límite tratados con TFP mostraron una significativa reducción de las conductas parasuicidas, un menor número de visitas a urgencia, hospitalizaciones, días de hospitalización y una significativa mejora del funcionamiento global. Además, con el tiempo, los resultados destacaron que el 53% de los participantes, después de un año de terapia con dos sesiones semanales, ya no cumplían los criterios para el diagnóstico del TLP.

Otro estudio significativo ha sido el de Levy et al. (2006) que estudia los efectos de cambio de la TFP sobre los patrones de apego y la función reflexiva. La muestra fue de 90 pacientes adultos (6 mujeres y 84 hombres, entre 18 y 50 años) siempre del área metropolitana de Nueva York. El apego fue evaluado a través del *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan y Main, 1985) y la función reflexiva a través del *RF coding scale* (Fonagy, Target, Steele y Steele, 1998). Después de 12 meses de tratamiento se registró un incremento del número de pacientes clasificados con apego seguro y una mejora general también en la función reflexiva para los pacientes tratados con TFP, resultados no alcanzados por pacientes tratados con otros dos tipos de terapia analizadas en el mismo estudio.

A lo largo de los años, la investigación sobre la efectividad de la TFP ha ido avanzando, destacando siempre una óptima efectividad de la terapia. Recientemente, se está investigando también sobre los cambios de la TFP que se reflejan a nivel neurobiológico en pacientes adultos con trastorno límite de personalidad. El interesante estudio de Perez, Vago, Pan, Root, Tuescher, Fuchs, Leung, Epstein, Cain, Clarkin, Lenzenweger, Kernberg, Levy, Silbersweig y Stern (2016) destaca hallazgos preliminares significativos que demuestran posibles alteraciones asociadas a la TFP en circuitos frontolímbicos y comienzan a identificar los mecanismos neuronales asociados con una psicoterapia psicodinámicamente orientada. Este estudio registra cambios relacionados con un aumento relativo de la activación prefrontal dorsal (cingulado anterior dorsal, prefrontal dorsolateral y corteza frontopolar), y una disminución relativa de la corteza prefrontal ventrolateral y la activación del hipocampo después del tratamiento. Otros estudios intentan profundizar y estudiar los mismos efectos en relación a la TFP con pacientes adolescentes con trastorno límite de personalidad (Normandin, Ensink y Kernberg, 2015).

CAPÍTULO 3

El *Inventory of Personality Organization* (IPO)

3.1 Orígenes y características del *Inventory of Personality Organization* (IPO)

El *Inventory of Personality Organization* (IPO; Kernberg y Clarkin, 1995; Lenzenweger et al., 2001) nace de un intento de sistematizar la *Entrevista Estructural* de Kernberg (1984) como método diagnóstico. Es un instrumento que ofrece la posibilidad de medir la organización estructural de la personalidad y, en particular, se propone discriminar las organizaciones de la personalidad, según el modelo teórico de Kernberg (1975, 1984). Su particularidad es que es un test *self-report*. Este formato tiene la ventaja de permitir la recogida de muchos datos sobre grandes muestras, por lo tanto es ideal para ser utilizado en el ámbito de la investigación clínica; además aporta precisión y enriquece la evaluación de diagnóstico, integrándose con facilidad en una entrevista clínica.

Como hemos dicho, cuando Kernberg (1984) describió la *Organización Límite de Personalidad* incluyó no solamente el aspecto descriptivo u observable de la conducta, sino también la *organización estructural subyacente* del paciente, que se basa en los tres criterios estructurales definidos anteriormente como *difusión de identidad*, *nivel de mecanismos de defensa* y *prueba de realidad*. A continuación, profundizaremos en la descripción de estos tres criterios debido a que forman parte su teoría psicoanalítica de la personalidad y constituyen las tres Escalas Primarias básicas del IPO. Estas escalas, además de evaluar el nivel manifiesto y los rasgos del carácter del sujeto, investiga su estructura subyacente.

1) *Difusión de Identidad*: se advierte una falta de integración del sentimiento de sí; percepción inadecuada e incompreensión de los otros; cambios o poca estabilidad en los valores; miedo a perder la identidad que lleva al sujeto a aislarse, a confundirse o a desear dominar al otro; autoevaluación incorrecta o ausente; sentimiento de vacío crónico que se detecta como desinterés, aburrimiento o desgana; incapacidad para comunicar al entrevistador sus pensamientos, sus emociones o sus vínculos con los otros. La presencia de estas características trae como consecuencia que el entrevistador experimente dificultades para empatizar con el paciente.

2) *Nivel de los mecanismos de defensa*: las defensas de la organización límite y psicótica de la personalidad corresponden al nivel primitivo. Es decir, predomina el uso de defensas correspondientes al nivel de organización pre-edípica. Están centradas en el mecanismo básico de escisión y las defensas relacionadas con éste: idealización primitiva, identificación proyectiva, denegación, control omnipotente del objeto y/o del yo, desvalorización. Mediante la disociación, estos mecanismos protegen al Yo de experiencias contradictorias del *self* y de los otros y de experiencias y sentimientos traumáticos insoportables.

3) *Prueba de realidad*: en la organización neurótica y limítrofe la prueba de realidad está conservada; sin embargo, esto no ocurre en la organización psicótica de la personalidad. Se define por la capacidad de diferenciar el yo del no yo, las percepciones internas de las externas, la discriminación de los afectos, la conducta y el contenido de los propios pensamientos en término de las normas consensuales. La pérdida de esta capacidad altera la experiencia subjetiva de la realidad y se experimentan sentimientos de extrañamiento y despersonalización.

Este cuadro representa una síntesis de las características diferenciales en las distintas estructuras subyacentes:

Figura 3.1 Características diferenciales de las tres estructuras (Quiroga et al., 2003).

	Estructuras Neuróticas	Estructuras Límites	Estructuras Psicóticas
Identidad del Yo	Presente	Ausente	Ausente
Prueba de realidad	Mantenido	Mantenido (en casi todas las áreas)	Perdido
Defensas	Avanzadas	Primitivas	Primitivas

La primera versión del test de Kernberg y Clarkin (1995) estaba compuesta por 155 ítems en formato Likert con 5 opciones de respuesta, que iban desde el “Nunca” hasta el “Siempre”. Esta versión incluía: tres escalas primarias o generales que son las que fueron usadas para definir la organización borderline de la personalidad (dichas escalas son *Difusión de Identidad, Mecanismos de Defensa y Prueba de Realidad*) y dos escalas adicionales que corresponden a las escalas cualitativas globales (*Agresión y Valores Morales*) para evaluar la calidad de las relaciones interpersonales. La forma breve del instrumento es la última versión de 57 ítems que ha sido estandarizada en los Estados Unidos por Lenzenweger et al. (2001). Esta versión conserva sólo las tres escalas primarias para la evaluación de la organización estructural de la personalidad.

En la fase de elaboración del proyecto he contactado directamente con el Dr. John Clarkin, director junto a Kernberg del *Personality Disorders Institute del Weill Medical College of Cornell University* de Nueva York. Mi propuesta de colaboración fue acogida muy positivamente por los autores, los cuales me aconsejaron utilizar esta última versión del test y autorizaron por escrito la utilización del instrumento en este trabajo de investigación (ver anexos).

Lenzenweger et al. (2001) han publicado los primeros dos estudios sobre la propiedades psicométricas de esta versión del IPO. El primer trabajo es acerca de la consistencia interna, la estructura factorial y el tipo de relaciones entre el IPO y los afectos y la agresividad; el segundo estudio profundiza el análisis de la validez convergente y discriminante, a través de las correlaciones con otras variables de la personalidad, y expone también los resultados sobre la estabilidad del test al procedimiento del *test-retest*.

Resulta particularmente interesante el primer estudio, que ha sido realizado sobre una muestra de 249 estudiantes de la Cornell University de Nueva York, 163 mujeres y 86 hombres, con una edad media de 19,67 años ($DS = 1,40$). Además del IPO, los instrumentos que han sido utilizados son el *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS, Watson, Clark y Tellegen, 1988; Watson y Tallagen, 1985) para evaluar los afectos positivos y negativos, y el *Buss-Durke Inventory for assessing hostility* (Buss y Durke, 1957) para medir el nivel de control de la agresividad. El análisis del Alpha de Cronbach destaca una buena consistencia interna para las tres escalas primarias del IPO;

el análisis del *t-test* no revela diferencias estadísticas en relación al sexo (véase figura 3.2).

Figura 3.2 Propiedades psicométricas del IPO (Lenzenweger et al., 2001).

Group	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SEM</i>	α
Primitive Defenses					
Men	86	36.53	7.73	3.54	.79
Women	163	36.10	8.02	3.40	.82
Total	249	36.25	7.91	3.45	.81
Identity Diffusion					
Men	86	51.58	11.73	4.06	.88
Women	162	51.73	11.18	4.03	.87
Total	248	51.68	11.35	3.93	.88
Reality Testing					
Men	86	39.41	10.58	3.67	.88
Women	163	37.96	9.30	3.22	.88
Total	249	38.46	9.76	3.38	.88

Respecto al análisis factorial, los autores han hecho un análisis confirmativo (CFA) tomando en consideración cuatro modelos diferentes: a) un modelo nulo que indica la ausencia de una estructura factorial latente; b) un modelo con un factor con un solo índice patológico genérico; c) un modelo con dos factores que distingue la prueba de realidad por un lado y defensas y difusión de la identidad por el otro; d) un modelo con los tres factores por separado. Las pruebas estadísticas destacan el modelo con dos factores como más adecuado que los otros (la asociación entre los dos factores es de .69). Los autores, entonces, concluyen que el modelo con dos factores sea el más aceptable, y que las dos escalas *Defensas Primitivas* y *Difusión de la Identidad* pueden ser consideradas como una única variable de gravedad estructural; la escala *Prueba de Realidad* discriminaría las organizaciones psicóticas de las neuróticas y límite.

Otros resultados emergidos de este estudio sobre las escalas del IPO indican una buena validez de las escalas del IPO. El análisis del *Coefficiente de correlación de Pearson* (con significancia < .01) muestra que los afectos positivos tienen una correlación negativa con las defensas ($r = -.21$), la identidad ($r = -.28$) y la prueba de

realidad ($r = -.20$); los afectos negativos correlacionan positivamente con las defensas primitivas ($r = .53$), con la identidad ($r = .56$), con la prueba de realidad ($r = .47$); también la irritabilidad (defensas $r = .53$, identidad $r = .57$, prueba de realidad $r = .39$) y la violencia (defensas $r = .32$, identidad $r = .26$, prueba de realidad $r = .25$) correlacionan positivamente con las escalas del IPO (véase figura 3.3).

Figura 3.3 Correlación entre las escalas del IPO con los afectos y la agresividad (Lenzenweger et al., 2001).

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1. Primitive Defenses	—						
2. Identity Diffusion	.82	—					
3. Reality Testing	.65	.62	—				
4. Positive Affect	-.21	-.28	-.20	—			
5. Negative Affect	.53	.56	.47	-.17	—		
6. Irritability	.53	.57	.39	-.20	.52	—	
7. Assault	.32	.26	.25	.03	.24	.25	—

El segundo estudio de Lenzenweger y col. (2001) ha sido llevado a cabo con una muestra más pequeña que el precedente: 55 estudiantes universitarios de la Cornell University, 6 hombres, 48 mujeres y 1 sujeto que no ha expresado su sexo, con una edad media de 19,80 años ($DS = 1,28$). El objetivo fue replicar los resultados obtenidos en el primer estudio, analizar y profundizar la validez convergente del IPO y obtener datos sobre la estabilidad del test. Los instrumentos usados han sido el IPO, el PANAS y la Escala de Buss-Burke como en el estudio precedente, y, además, han sido incluidos otros instrumentos para obtener más información sobre la validez externa del IPO. Para medir la esquizotipia han sido administrados el *Perceptual Aberration Scale* (PAS; Chapman, Chapman y Raulin, 1978), el *Magic Ideation Scale* (MIS; Eckblad y Chapman, 1983), y el *Referential Thinking Scale* (REF; Lenzenweger, Bennett y Lilienfeld, 1997); dos instrumentos para evaluar la concepción del *Self*, el *Self-Monitoring Scale* (Gangestad y Snyder, 1985) y el *Self-Consciousness Scale* (Fenigstein, Sheier y Buss, 1975); un instrumento para medir la deseabilidad social, el *Social Desiderability Scale* (SDS; Crowne y Marlowe, 1964); dos instrumentos para evaluar el estado psicológico, el *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelshon, Mock y Erbaugh, 1961) y el *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Form y Spielberger, 1983).

Entre los resultados, los autores subrayan la relación significativa ($p = .05$) entre la escala Examen de Realidad del IPO y las cuatro medidas de la esquizotimia: aberración perceptiva ($r = .42$), ideación mágica ($r = .55$), pensamiento referencial ($r = .38$) y escala de Rosen sobre la esquizofrenia paranoide ($r = .56$). A pesar que la muestra sea no clínica, este dato indica que la escala Examen de realidad tiene un constructo relacionado de forma significativa con la esquizotimia. Se han obtenido también los mismos resultados del estudio precedente en la correlación entre las escalas del IPO con afectos y falta de control de la agresividad.

Respecto a la correlación entre las escalas del IPO y las escalas que evalúan la concepción del *Self*, los autores no encontraron correlaciones significativas. La explicación que ellos dan es que el IPO hace referencia a una imagen y una representación del *Self* patológica, mientras que los instrumentos usados hacen referencia a un concepto del *Self* sano. También la variable deseabilidad social no destacó correlación significativa con las escalas del IPO.

Las variables ansiedad y depresión, sin embargo, destacaron una correlación significativa con los factores del IPO ($p = .05$), en acuerdo con el modelo de Kernberg según el cual la organización límite de personalidad presenta muy a menudo estados de ansiedad y depresión: las defensas tuvieron correlación significativa con el BDI ($r = .50$), la ansiedad de estado ($r = .35$) y la ansiedad de rasgo ($r = .42$); la difusión de identidad resultó estar asociada al BDI ($r = .53$), a la ansiedad de estado ($r = .42$) y de rasgo ($r = .48$); la escala examen de realidad resultó también estar asociada significativamente al BDI ($r = .43$), a la ansiedad de estado ($r = .40$) y de rasgo ($r = .52$). El *test-retest*, que se llevó a cabo después de un intervalo de cuatro semanas, produjo resultados que confirmaron la estabilidad del instrumento: examen de realidad ($r = .73$), difusión de identidad ($r = .78$) y defensas primitivas ($r = .72$).

Al cabo de diez años de la publicación del estudio de Lenzenweger et al. (2001), fue publicado otro estudio americano sobre las cualidades psicométricas del IPO. Ellison y Levy (2011) intentaron mejorar algunos aspectos de la investigación sobre la estandarización de la versión breve del IPO: ampliar la muestra de 249 sujetos, verificar el modelo de dos factores como único modelo aceptable, estudiar la validez externa también de las escalas difusión de identidad y defensas primitivas y, antes de un análisis

factorial confirmativo, hacer también un análisis factorial explorativo. Con estas presuposiciones, la investigación de Ellison y Levy tuvo como objetivo examinar la estructura factorial del IPO sobre una muestra de adultos de población no clínica; analizar la relación del IPO con otros aspectos de la organización límite de personalidad como la coherencia del concepto del *Self* y las defensas; usar un Modelo de Ecuación Estructural (ESEM) para subrayar las propiedades psicométricas del IPO con una mayor precisión que un análisis factorial confirmativa.

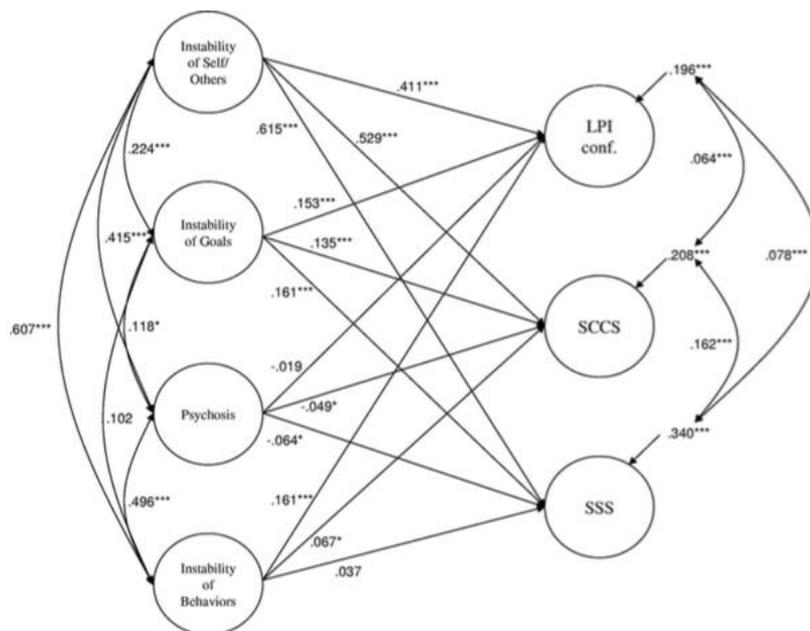
El número de sujetos del estudio fue de 1260 estudiantes de la Penn State University, con una edad media de 18,9 años ($DS = 1,3$) entre 18 y 31 años de edad. El 70% de la muestra eran mujeres y el 30% hombres.

Además de la forma breve del IPO, fueron administrados: para la evaluación del concepto del *Self* el *Self-Concept Clarity Scale* (SCCS; Campbell, Trapnell, Heine, Kats, Lavalley y Lehman, 1996), el *Life Problems Inventory* (LPI; Rathus & Miller, 1995) y el *Stability of Self Scale* (SSS; Rosenberg, 1965); para evaluar las defensas el *Defense Style Questionnaire-40* (Andrews, Singh & Bond, 1993) y el *Splitting Scale* (Gerson, 1994); para el constructo de la regulación de los afectos y de las emociones, fueron administrados el *Affect Lability Scales* (ALS; Harvey, Greenberg & Serper, 1989), el *Affect Intensity Measure* (AIM; Larsen, Diener & Emmons, 1986), el *Difficulties in Emotion Regulation Scales* (DERS; Gratz & Roemer, 2004), el *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross & John, 2003), el *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995); para evaluar el comportamiento subconsciente y dañino para el *Self* fue usado el *Deliberate Self-Harm Inventory* (Gratz, 2001).

Además del análisis ESEM, en este estudio se analizó también la regresión múltiple para evaluar las relaciones entre las escalas del IPO y las otras variables tomadas en consideración. El análisis factorial explorativo de Ellison y Levy destacó un modelo a cuatro factores, ya que era el más adecuado: *Chi-square* (380)= 1842, $p. < .001$; *Comparative Fit Index* (CFI)= .875; *Tucker-Lewis Index* (TLI)= .980; *Root Mean Square Error Approximation* (RMSEA)= .054; *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR)= .036.

Sobre la base de la forma en la que los ítems se agruparon, el primer factor estaba relacionado con la inestabilidad del *Self* y de las relaciones interpersonales, el segundo con la inestabilidad de los objetivos, el tercero con las experiencias psicóticas y el cuarto con los comportamientos impulsivos e inestables. Sobre el modelo destacado por el análisis factorial explorativo ha sido aplicado un análisis confirmatorio y una ecuación estructural usando también las variables medidas con los otros instrumentos relacionados a la concepción del *Self*. Estos análisis han destacado que sólo los primeros dos factores tienen una relación significativa con las medidas externas de coherencia del *Self*.

Figura 3.4 Modelo de ecuaciones estructurales que muestra la relación entre el análisis factorial confirmatorio y las variables medidas por el *Life Problems Inventory Confusion about Self subscale* (LPI conf.), el *Self-Concept Clarity Scale* (SCCS) y el *Stability of Self Scale* (SSS) (Ellison y Levy, 2011).



El análisis de la regresión múltiple entre la estructura en cuatro factores del IPO y las medidas del funcionamiento defensivo, el afecto y el comportamiento autolesivo ha subrayado:

- a) una fuerte relación entre Inestabilidad del *Self* y de las relaciones interpersonales y defensas inmaduras, intensidad de los afectos y dificultad en la regulación emotiva;

- b) una correlación significativa entre Inestabilidad del comportamiento y el comportamiento de riesgo y autolesivo;
- c) una relación entre Inestabilidad de los objetivos y la represión y emotividad;
- d) una relación entre el factor Psicosis y las defensas inmaduras y el comportamiento de riesgo.

Este trabajo ha subrayado como el IPO puede destacar aspectos importantes de la organización de personalidad, como la inestabilidad de las representaciones del *Self*, de los otros y de sus objetivos; de la misma manera la inestabilidad del comportamiento que presenta características comunes a los tres factores del IPO (Defensas Primitivas, Difusión de Identidad y Examen de Realidad) es un factor autónomo importante de la organización límite de personalidad. Los resultados del estudio de Ellison y Levy (2011) demuestran buenas cualidades psicométricas del IPO, adoptando una metodología muy rigurosa. La investigación tiene igualmente unos límites: la muestra es exclusivamente no clínica y para estudiar la validez del IPO se han usado sólo instrumentos *self-report*.

El IPO ha sido también utilizado en muchos trabajos de investigación para estudiar y profundizar en las características entre la organización de personalidad y la psicopatología. Hoermann et al. (2005) han destacado, por ejemplo, en una muestra de pacientes *borderline*, diferencias en la dimensión del temperamento del *effortful control* relacionadas con diferencias en las puntuaciones del IPO en difusión de identidad y defensas primitivas. Sobre el tema de los aspectos psicopatológicos, Vermote, Fonagy, Vertommen, Verhaest, Stroobants, Vandeneede y Peuskens (2009) han destacado, en una muestra clínica, una correlación significativa entre las puntuaciones del IPO y síntomas como la ansiedad y la depresión. Con respecto a los trastornos de personalidad, algunas investigaciones han subrayado la eficacia del IPO en diferenciar pacientes con trastorno límite de personalidad y trastorno depresivo mayor (Walter, Berth, Selinger, Gerhard, Kuchenhoff y Frommer, 2009). El IPO parece ser, también, un instrumento confiable en la discriminación entre sujetos con y sin un diagnóstico de trastorno de personalidad (Kraus, Dammann, Rothgordt y Benner, 2004). Se ha usado también el IPO para evaluar los cambios en la estructura de personalidad en estudios sobre la eficacia de psicoterapias con pacientes límite (Arntz y Bernstein, 2006; Giesen-

Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Dirksen, van Asselt, Kremers, Nadort y Arntz, 2006).

La relevancia científica de este test y su utilidad en el ámbito clínico y en la investigación han sido confirmadas por su impacto internacional. En los últimos años se ha difundido rápidamente, y ha sido traducido y validado en varios idiomas. Además de la versión original en inglés, existen versiones del IPO en idioma español de Chile (Ben-Dov, Martínez, Núñez, Ortega, Oksenberg, Morales, Martínez y Florenzano, 2002), español rioplatense (Quiroga et al., 2003), japonés (Igarashi et al., 2009), francés de Canadá (Normandin, Sabourin, Diguier, Dupont, Poitras, Foelsch y Clarkin, 2002), holandés (Berghuis, Kamphuis, Boedijn y Verheul, 2009; Smits, Vermote, Claes y Vertommen, 2009), italiano (Preti, Prunas, De Panfilis, Marchesi, Madeddu y Clarkin, 2015), portugués de Brasil (Oliveira y Bandeira, 2011) y alemán (Zimmermann, Benecke, Hörz-Sagstetter y Dammann, 2015).

3.2 La *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO)

La *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO; Stern, Caligor, Clarkin, Crichtfield, Hörz, MacCornack, Lenzenweger y Kernberg, 2010) es una entrevista semi-estructurada que evalúa, gracias también a una guía y a unos índices numéricos, la organización de la personalidad según el modelo psicodinámico de Kernberg. Tanto la Entrevista Estructural como el IPO, los otros instrumentos de evaluación del grupo de investigación de Kernberg, pueden ser considerados precursores de la STIPO: el instrumento ha sido un intento de solucionar problemas asociados al aspecto de la confiabilidad de la entrevista, ya que la STIPO prevé una estructura precisa y medidas operacionalizadas a las que el entrevistador tiene que hacer referencia.

La STIPO investiga áreas específicas de la estructura psíquica identificadas por el modelo de Kernberg: identidad, defensas primitivas, cualidad de las relaciones objetales, agresividad, rigidez y flexibilidad de las estrategias de enfrentamiento, valores morales. Se configura entonces como un instrumento útil a nivel clínico y empíricamente válido, ya que permite obtener las medidas de los principales criterios psicológicos que ayudan a identificar y diferenciar las organizaciones límite de

personalidad, planificar también un tratamiento adecuado y predecir el tipo de transferencia y contratransferencia que se puede instaurar entre clínico y paciente. La entrevista intenta explorar tanto el mundo interno del sujeto como las características externas y su comportamiento, como dentro de sus relaciones actuales. Según los autores, el mundo interno del individuo no puede ser entendido sin una descripción de los comportamientos manifiestos del sujeto mismo. Cabe especificar que este instrumento no sirve para detectar los varios síntomas, sino más bien se enfoca en las dimensiones de la personalidad, y justamente por eso se puede administrar junto a otro instrumento para el estudio del aspecto sintomatológico.

Las preguntas de la STIPO han sido formuladas teniendo en cuenta los dominios del modelo de Kernberg (1984). Muchas de esas preguntas han sido desarrolladas ampliando los ítems formulados para el IPO. Los dos instrumentos pueden ser considerados como dos formas paralelas que ofrecen la posibilidad de medir el mismo constructo con dos métodos alternativos. La mayoría de las preguntas han sido construidas por los autores, Clarkin, Caligor y Stern, supervisados por Kernberg. Para mejorar la confiabilidad del instrumento, los autores han usado un sistema de *scoring* y de administración del instrumento similar al de la *Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis II* (SCID II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997).

La STIPO prevé para cada pregunta la asignación de una puntuación en escala Likert a 3 puntos de 0 a 2, donde 0 indica ausencia de patología y 2 la presencia de patología en relación al aspecto investigado por la pregunta, 1 indica un nivel intermedio. En el manual de la STIPO hay también una guía por cada ítem que ayuda al entrevistador a puntuar las respuestas de forma apropiada. En algunos ítems se puede dar un 9 como puntuación, que indica que la pregunta ha sido saltada. Por ejemplo, la pregunta sobre el trabajo se puede saltar si el sujeto no ha trabajado en los últimos cinco años. Con las puntuaciones de cada pregunta se calcula la media por cada subescala de cada dominio. A la puntuación final de cada subescala o dominio se añade una puntuación entre 1 y 5. Esta escala a 5 puntos refleja el rango de salud o patología total por cada escala evaluada. Estos puntos son asignados por el entrevistador sobre la base de su propio juicio clínico. El entrevistador tiene que estar instruido y formado al uso de la STIPO. Tiene que ser un psicólogo o un psiquiatra de orientación psicoanalítica que

haya hecho un *training* y que esté familiarizado con el modelo teórico estructural de la personalidad de Kernberg.

La última versión de la STIPO (Stern et al., 2010) comprende 100 preguntas, divididas en 34 ítems, que examinan los tres dominios principales: Identidad (19 ítems), Defensas Primitivas (10 ítems) y Examen de Realidad (5 ítems); las demás preguntas hacen referencia a las otras áreas: Calidad de las Relaciones Objetales, Afrontamiento y Rigidez, Agresión y Valores Morales.

El trabajo de estandarización de la STIPO, publicado en 2010 por Stern, Caligor y Clarkin, ha destacado buenas características de fiabilidad y validez de los tres dominios principales para la evaluación de la organización de personalidad límite: Difusión de Identidad, Defensa Primitivas y Examen de Realidad.

El trabajo se desarrolló con una muestra de 88 sujetos: 30 sujetos ingresados en un hospital psiquiátrico universitario de Nueva York, 24 pacientes seguidos privadamente por los mismos clínicos del hospital y los otros eran pacientes en terapia en estructuras de Nueva York por candidatos de un instituto de formación psicoanalítico. Del grupo fueron excluidos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y trastornos bipolares. La edad media de los sujetos era de 32 años (entre los 22 y los 55). El 80% tenía un diagnóstico psiquiátrico de un trastorno del área afectiva, y el 24% tenía un trastorno de personalidad.

Para estudiar la validez del instrumento, junto a la STIPO, fueron administrados otros tests *self report*: el IPO (Lenzenweger et al., 2001); la *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (SNAP; Clark, 1993) que evalúa los rasgos asociados a los trastornos de personalidad; el *Buss-Durke Inventory* (Buss y Durke, 1957) y el *Inventory of Interpersonal Problems-Personality Disorders* (IIP-PD; Pilkonis, Kim, Proietti y Barkham, 1996; Stern, Kim, Trull, Scarpa y Pilkonis, 2000) que proporcionan medidas multidimensionales de la agresividad.

Los análisis han destacado una buena fiabilidad de la STIPO. El Alpha de Cronbach de los tres dominios es bastante alto para Identidad (.86) y Defensas (.85), mientras que para Examen de Realidad (.69) está justo por debajo del .70. Hay también

una correlación entre los tres dominios, resultado que sugiere que no pueden ser considerados como independientes. En relación al acuerdo entre jueces independientes, han sido destacados índices de correlación significativos: Identidad ($r = .96$), Defensas ($r = .97$) y Examen de Realidad ($r = .72$).

En relación a la validez, también se han obtenido resultados significativos: las tres escalas del IPO (Identidad, Defensas y Examen de Realidad) tienen correlación positiva y significativa con los tres dominios de la STIPO ($p < .001$); los índices psicopatológicos de la STIPO están asociados positivamente a los afectos negativos, y negativamente a los afectos positivos; las defensas primitivas de la STIPO han resultado ser los mayores predictores de la agresividad medida con los otros instrumentos *self report* y el Examen de Realidad es predictor del mismo factor medido con el IPO ($p < .001$). Además, los tres dominios principales han resultado ser buenos predictores de los rasgos principales de los trastornos de personalidad: Identidad y Examen de Realidad han resultado ser predictores del Cluster A, las Defensas Primitivas del Cluster B y el Examen de Realidad del Cluster C.

Como el IPO, la relevancia científica de la STIPO también ha sido confirmada por su impacto internacional. En literatura se pueden encontrar trabajos sobre la validación de las versiones en lengua alemana (Doering, Burgmer, Heuft, Menke, Bäumer, Lübking, Feldmann, Hörz y Schneider, 2013) e italiana (Preti, 2012).

II. PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO 4

Hacia la estandarización de la versión española del *Inventory of Personality Organization* (IPO): el proceso de traducción y el estudio piloto

4.1 Traducción y retro-traducción del instrumento

La primera etapa de este estudio ha sido la realización de la versión en lengua española del *Inventory of Personality Organization* (IPO). Para esa tarea hemos recurrido al procedimiento más adecuado para esos casos: primero se han llevado a cabo tres traducciones inglés/español realizadas por tres diferentes traductores españoles nativos con un alto nivel de inglés certificado. Estas tres versiones provisionales del IPO han sido examinadas por una comisión formada por los autores de este estudio, con el objetivo de obtener una versión adaptada culturalmente a la sociedad española contemporánea. Esa versión final ha sido retro-traducida al inglés por un traductor de origen anglosajón y se ha averiguado que cada ítem conservase el sentido original.

La adaptación cultural ha sido un proceso muy complejo. El traspaso de la cultura americana a la cultura española ha requerido un profundo análisis a nivel semántico de cada palabra en cada uno de los ítems, y se ha buscado la forma más apropiada de conservar intacto el sentido del ítem original, teniendo en cuenta el impacto que cada ítem puede generar en el entrevistado. Por ejemplo, uno de los ítems que ha sido más difícil adaptar ha sido el número uno: “*I am a hero worshiper even if I am wrong in my judgement*”. La traducción literal “Soy un adorador de héroes, aunque luego descubra que mi juicio era equivocado” no acababa de convencer a los autores. Tampoco convencía completamente otra propuesta realizada por uno de los traductores, aunque se acercaba bastante al sentido original del ítem: “Sigo a otros ciegamente, aunque más tarde me dé cuenta de que estaba equivocado”.

Reflexionando sobre el sentido de la pregunta, que es parte de la escala que evalúa los mecanismos de defensa, se ha convenido que probablemente intenta evaluar aspectos de idealización en el funcionamiento psíquico del sujeto. Y considerando que el verbo *idealizar* hoy en día es una palabra que ha pasado a formar parte del vocabulario cotidiano de los españoles, se ha decidido utilizar la siguiente forma: “Tiendo a idealizar a otros, aunque más tarde me dé cuenta de que estaba equivocado”.

4.2 Objetivos e hipótesis del estudio piloto

Una vez finalizado el proceso de traducción y retro-traducción del IPO, y obtenida la versión definitiva en lengua castellana, se empezó con la fase de recogida de los datos. Con los primeros datos recogidos en las etapas preliminares del estudio, se decidió hacer un estudio piloto, con el objetivo general de averiguar si todos los ítems de la versión española del IPO funcionaban o había que cambiar o incluso quitar alguno.

El principal objetivo de este primer estudio fue analizar, desde la fase inicial del trabajo, las propiedades psicométricas preliminares del IPO, especialmente:

- la consistencia interna y la validez de las tres escalas,
- la correlación con las variables de los otros instrumentos administrados junto al IPO,
- estudiar la estructura factorial de la versión española del test.

Siguiendo el trabajo de Lenzenweger et al. (2001), se considera de mayor aceptabilidad una estructura factorial del test con dos factores latentes (donde las dos escalas *Defensas Primitivas* y *Difusión de la Identidad* pueden ser consideradas como una única variable de gravedad estructural y la escala *Prueba de Realidad* discriminaría las organizaciones psicóticas de las neuróticas y límite). Los estudios de Normandine et al. (2002) y Smits et al. (2009) concluyen también el uso de una estructura latente con dos factores. Sin embargo, como ya se ha explicado en el capítulo anterior, Ellison y Levy (2012) extraen, a través de un Modelo Exploratorio de Ecuación Estructural, una estructura con cuatro factores, donde el primer factor es *Inestabilidad del Self y de las relaciones interpersonales*, el segundo es la *Inestabilidad de los objetivos*, el tercero las

Experiencias psicóticas y el cuarto la *Conducta impulsiva*. El estudio de validación de la versión italiana de Preti et al. (2015) destaca también una estructura latente con cuatro factores.

Para nuestra versión del test se parte de la hipótesis de una estructura factorial con dos o tres factores para las escalas primarias y dos factores para las dos escalas adicionales. Para evaluar la validez concurrente se analizará la correlación entre el IPO y los otros instrumentos. La hipótesis es que las puntuaciones del IPO sean correlacionadas negativamente con la escala Afecto Positivo del PANAS, y positivamente con todas las otras escalas de los tres instrumentos. En concreto, que con el aumento de las puntuaciones del IPO correspondan una mayor agresividad, niveles más altos de afecto negativo (Lenzenweger et al.) y una percepción peor del propio bienestar psicológico. Para realizar ese análisis se utilizará el método de la Correlación de Pearson.

4.3 Método

4.3.1 Participantes

La muestra ($N = 181$) de este estudio es una muestra no clínica de sujetos, y ha sido recopilada mayoritariamente entre la población estudiantil de la FPCEE Blanquerna – Universitat Ramon Llull. El test ha sido administrado de forma anónima y voluntaria. Esta muestra está compuesta por 62 hombres (34,3%) y 118 mujeres (65,2%), 1 sujeto (0,6%) no ha especificado el sexo. La edad media de la muestra es de 23,66 años ($DE = 7.804$), con un rango de edad entre 18 y 60 años.

Tabla 4.1

Características de la muestra: edad (N = 181)

	Edad Media	DE
Hombres	25,77	8,62
Mujeres	22,53	7,15
Total	23,66	7,80

Como se puede ver en la tabla 4.2, el 87,8% de la muestra ha declarado ser originario de la Comunidad Autónoma de Cataluña, mientras el 12,2% es originario de otras comunidades de España. Los sujetos que no contestaron a esta pregunta fueron descartados, ya que ser español nativo era un criterio de inclusión de la muestra.

Tabla 4.2

Características de la muestra: nacimiento (N = 181)

	Frecuencia	Porcentaje
Cataluña	159	87,8
Otras comunidades	22	12,2
Total	181	100

La tabla 4.3 describe el estado relacional de la muestra. El 52,5% ha declarado ser soltero, el 39,8% tiene pareja, el 6,6% está casado o convive, el 0,6% separado o divorciado y el 0,6% viudo.

Tabla 4.3

Características de la muestra: estado relacional (N = 181)

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	95	52,5
Con pareja	72	39,8
Casado/conviviente	12	6,6
Separado/divorciado	1	0,6
Viudo	1	0,6
Total	181	100

La tabla 4.4 describe el estado del nivel de escolarización de la muestra. El 76,8% tiene estudios universitarios, el 20,4% de bachillerato, el 2,2% educación secundaria y el 0,6% educación básica.

Tabla 4.4

Características de la muestra: nivel de escolarización (N = 181)

	Frecuencia	Porcentaje
Ed. Básica	1	0,6
Ed. Secundaria	4	2,2
Bachillerato	37	20,4
Estudios Superiores o Universitarios	139	76,8
Total	181	100

Examinando la situación profesional de la muestra, el 81,8% declara ser estudiante, el 8,8% trabajador dependiente, el 5,5% trabajador autónomo. El 1,1% no ha contestado a esta pregunta.

Tabla 4.5

Características de la muestra: situación profesional (N = 181)

	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	148	81,8
Desempleado	2	1,1
Trabajador por cuenta ajena	16	8,8
Trabajador autónomo	10	5,5
Profesional	3	1,7
Ninguna respuesta	2	1,1
Total	181	100

El 36,5% de la muestra declara haber consultado servicios de salud mental en los últimos años, mientras el 63,5% ha contestado de forma negativa a esta pregunta. El

8,8% declara tener un trastorno mental diagnosticado, mientras el 91,2% no. De los que han especificado el tipo de trastorno diagnosticado, 4 sujetos tienen un diagnóstico de trastorno de ansiedad, 1 de trastorno depresivo, 4 de la conducta alimentaria, 1 de trastorno mental grave y 6 otros tipos de trastornos.

Tabla 4.6

Características de la muestra: diagnóstico de trastorno mental (N = 181)

	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno de ansiedad	4	2,2
Trastorno depresivo	1	0,6
Conducta alimentaria	4	2,2
Trastorno mental severo	1	0,6
Otros	6	3,3
Ningún trastorno	165	91,2
Total	181	100

El 13,3% ha declarado estar actualmente en tratamiento psicológico y/o farmacológico. El 1,7% no ha contestando a esta pregunta.

Tabla 4.7

Características de la muestra: tratamiento (N = 181)

	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento	24	13,3
No tratamiento	154	85,1
Ninguna respuesta	3	1,7
Total	181	100

4.3.2 Instrumentos

En este estudio piloto ha sido administrada a la muestra la versión española del IPO compuesta por 83 ítems. El instrumento es una escala auto-administrada en escala Likerta a 5 puntos, donde 1 es ‘nunca verdadero’ y 5 ‘siempre verdadero’. Los tres tipos de organización que analiza el instrumento se caracterizan por tres elementos determinantes, que corresponden a las tres escalas primarias del instrumento: 1) *mecanismos de defensa* (16 ítems), 2) *difusión de identidad* (21 ítems), 3) *prueba de realidad* (20 ítems). Junto a éstas hay 2 escalas adicionales: *Calidad de las Relaciones Objetales* (18 ítems) y *Valores Morales* (8 ítems).

Además del IPO, han sido administrados otros tres instrumentos:

- *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS, Watson, Clark y Tellegen, 1988; Watson y Tallagen, 1985; versión española de Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999) que evalúa los afectos positivos y negativos. El test tiene una estructura bifactorial. Los 20 ítems que componen la prueba están divididos en dos escalas: *Afecto Positivo* (AP), compuesta por los ítems 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16,17,19 y *Afecto Negativo* (AN), compuesta por los ítems 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18, 20. Estos 20 ítems están codificados en una escala tipo Likert de cinco puntos, entre 1 (“Nunca o casi nada”) y 5 (“Muchísimo”). El afecto positivo refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y participación gratificante, mientras el afecto negativo representa una dimensión general de distrés subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo. El estudio de validación de la versión española destaca una elevada fiabilidad de las dos escalas: para los hombres $\alpha = .89$ (AP) y $\alpha = .91$ (AN), para las mujeres $\alpha = .87$ (AP) y $\alpha = .89$ (AN).

- *Cuestionario de Agresión* (AQ, Buss y Perry, 1992; versión española de Rodríguez, Peña Fernández y Graña Gómez, 2002) para medir el nivel de control de la agresividad. La versión española del test está compuesta por 29 ítems que hacen relación a conductas y sentimientos agresivos. Estos 29 ítems están codificados en una escala tipo Likert de cinco puntos, entre 1 (“completamente falso para mí”) y 5 (“completamente verdadero para mí”) y se estructuran en cuatro escalas denominadas: *agresividad física*, compuesta por nueve ítems, *agresividad verbal*, compuesta por cinco

ítems, *ira*, compuesta por siete ítems y, finalmente, *hostilidad*, compuesta por ocho ítems. Los coeficientes de fiabilidad obtenidos fueron elevados tanto para la escala total ($\alpha = .88$) como para las sub-escalas *agresión física* ($\alpha = .86$) e *ira* ($\alpha = .77$). Para las escalas *agresión verbal* y *hostilidad*, sin embargo, la consistencia obtenida fue menor ($\alpha = .68$ y $\alpha = .72$, respectivamente).

- *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45: forma abreviada del SCL-90; Davison, Bershsky, Bieber, Silversmith, Mariush y Kane, 1997; versión española de Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2008), compuesto por 45 ítems que miden el nivel de bienestar percibido. El sujeto debe indicar cuánto han estado presentes cada uno de los 45 síntomas durante la última semana, según una escala Likert entre 0 (“Nada en absoluto”) y 4 (“Mucho o extremadamente”). El cuestionario evalúa las mismas dimensiones que el SCL-90: *somatización* ($\alpha = .80$), *obsesión-compulsión* ($\alpha = .72$), *sensibilidad interpersonal* ($\alpha = .84$), *depresión* ($\alpha = .85$), *ansiedad* ($\alpha = .84$), *hostilidad* ($\alpha = .83$), *ansiedad fóbica* ($\alpha = .71$), *ideación paranoide* ($\alpha = .71$) y *psicoticismo* ($\alpha = .63$). El estudio de validación de la versión española ha destacado una excelente fiabilidad, con coeficiente α para el SA-45 total de .95.

4.3.3 Procedimiento

Los datos han sido recogidos haciendo diversas pasaciones grupales de los tests en clase. Las pasaciones han durado 30/40 minutos y han sido realizadas durante el segundo trimestre del año académico 2013/2014. Los tests han sido rellenados de forma voluntaria y a los estudiantes que querían también se les dio una copia para que la administraran a un familiar o conocido, con el objetivo no sólo de ensanchar la muestra, si no también de diversificarla desde el punto de vista de las variables (edad, formación, profesión etc..).

Para el análisis de los datos se ha decidido emplear el Programa Estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versión 22.0), no sólo porque es uno de los programas de mayor uso, si no también porque permite crear un archivo de datos en una forma estructurada, organizar una base de datos que puede ser analizada con diversas técnicas estadísticas y sobre todo porque ha permitido efectuar todos los análisis estadísticos necesarios para el estudio, tanto análisis básicos como avanzados.

La fiabilidad del test será analizada a través del Alpha de Cronbach. Para realizar el análisis de consistencia interna y de validez concurrente de las escalas del IPO-Es, se utilizará el método de la Correlación de Pearson. Para la validez de constructo se realizará un análisis factorial confirmatorio (CFA).

4.4 Resultados

Estudio de la validez y de la fiabilidad del IPO-Es

Ante todo se ha calculado la media y la desviación estandar de las puntuaciones por cada escala del IPO-Es. Mediante el procedimiento estadístico del Alpha de Cronbach (Cronbach, 1951). Se ha también verificado la homogeneidad interna de cada una de las escalas que componen el IPO-Es. La medida de la fiabilidad mediante el Alpha de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del α a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. Teniendo en cuenta como criterio general (George y Mallery, 2003) que una buena fiabilidad es $> .80$, todas las escalas han superado ese valor, menos la última escala adicional Valores Morales que tiene un valor apenas inferior (.77). Del análisis de los datos en la tabla 2 se puede concluir que el IPO-Es aplicado a población española es confiable.

Tabla 4.8

Media, desviación estandar y Alpha de Cronbach del IPO-Es

	<i>M</i>	<i>DE</i>	α IPO-Es	α IPO original
DP	34,46	7,94	.80	.84
DI	45,97	10,68	.84	.88
PR	30,44	7,69	.83	.87
RO	24,45	6,49	.85	.81
VM	16,35	5,00	.77	.74

Nota. DP = Defensas Primitivas; DI = Difusión de Identidad; PR = Prueba de Realidad; RO = Relaciones Objetivas; VM = Valores Morales.

Sucesivamente se ha verificado la consistencia interna entre las escalas del IPO-Es y la validez concurrente del IPO-Es, comparando los resultados de las escalas con otras pruebas de evaluación psicológica ya validadas. Todas las variables de las escalas resultan ser fiables. Las escalas *Afecto Positivo* y *Afecto negativo* destacan una buena fiabilidad ($\alpha = .86$ para ambas escalas), mientras para las escalas *Bienestar percibido* y *Agresividad* es excelente (respectivamente $\alpha = .92$ y $\alpha = .90$). Los resultados obtenidos mediante el método estadístico de la Correlación de Pearson han confirmado las hipótesis planteadas. Las escalas del IPO-Es están correlacionadas positivamente entre ellas de forma significativa, y también positivamente con todas las escalas de los otros instrumentos, menos con la escala *Afecto Positivo* del PANAS, aunque la correlación resulta significativa sólo para la escala *Valores Morales*. Esta correlación no muy significativa puede ser debida al hecho de que mientras el IPO evalúa aspectos de naturaleza psicopatológica, el constructo del *Afecto Positivo* evalúa un aspecto de naturaleza normativa, no-patológica. De todas formas cabe concluir que al aumento de las puntuaciones de las escalas del IPO-Es corresponde a una mayor agresividad, una mayor experimentación de afectos negativos y una peor percepción del propio estado de bienestar general. En la tabla 2 y 3 se incluyen los resultados.

Tabla 4.9

Consistencia interna de las escalas del IPO-Es

	1	2	3	4	5
1. Defensas Primitivas	-				
2. Difusión de Identidad	.744**	-			
3. Prueba de Realidad	.601**	.630**	-		
4. Relaciones Objetales	.455**	.548**	.552**	-	
5. Valores Morales	.351**	.421**	.530**	.475**	-

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)

Tabla 4.10

Validez concurrente de las escalas del IPO-Es

	PD	ID	RT	OR	MV
Afecto Positivo	-.068	-.122	-.081	.024	.183*
Afecto Negativo	.414**	.445**	.373**	.247**	.067
Bienestar percibido	.589**	.616**	.634**	.463**	.327**
Agresividad	.559**	.607**	.540**	.527**	.437**

Nota. DP = Defensas Primitivas; DI = Difusión de Identidad; PR = Prueba de Realidad; RO = Relaciones Objetales; VM = Valores Morales. **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas) *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)

Análisis de la fiabilidad de los ítems

Los resultados del estudio que se han mostrado hasta ahora destacan entonces una buena validez y fiabilidad de las escalas del instrumento. Por lo tanto se ha decidido realizar otros análisis estadísticos para reforzar y mejorar la calidad de la estructura estadística de este trabajo. Para decidir si mantener o no todos los ítems se ha hecho el análisis de la fiabilidad de los ítems, utilizando el programa de análisis SPSS. El criterio que más se ha tenido en cuenta ha sido el variar del Alpha de Cronbach de la escala al quitar el ítem y la Corrected Ítem-Total Correlation. Si este valor fuera negativo en algún ítem, esto tendría que ser eliminado de la escala. Los resultados se incluyen en las siguientes tablas.

Tabla 4.11

Fiabilidad de los ítems de la escala Defensas Primitivas ($\alpha = .80$)

	Correlación elemento-total corregida	α si se elimina el elemento
1	.417	.793
2	.423	.792
3	.223	.805
4	.417	.793
5	.448	.791
6	.315	.800
7	.423	.792
8	.271	.802
9	.339	.794
10	.225	.807
11	.475	.789
12	.281	.801
13	.598	.779
14	.472	.789
15	.540	.783
16	.523	.784

Tabla 4.12

Fiabilidad de los ítems de la escala Difusión de Identidad ($\alpha = .84$)

	Correlación elemento- total corregida	α si se elimina el elemento
17	.556	.832
18	.472	.835
19	.349	.840
20	.571	.831
21	.535	.832
22	.312	.842
23	.439	.837
24	.421	.838
25	.333	.841
26	.375	.839
27	.283	.843
28	.457	.836
29	.464	.835
30	.566	.830
31	.160	.850
32	.533	.833
33	.520	.833
34	.302	.842
35	.378	.839
36	.369	.839
37	.342	.841

Tabla 4.13

Fiabilidad de los ítems de la escala Prueba de Realidad ($\alpha = .83$)

	Correlación elemento- total corregida	α si se elimina el elemento
38	.230	.842
39	.515	.822
40	.473	.825
41	.317	.831
42	.490	.824
43	.324	.833
44	.419	.829
45	.537	.825
46	.452	.826
47	.300	.832
48	.482	.824
49	.456	.826
50	.250	.833
51	.574	.818
52	.519	.821
53	.525	.825
54	.572	.818
55	.485	.825
56	.343	.830
57	.324	.831

Tabla 4.14

Fiabilidad de los ítems de la escala Relaciones Objetales ($\alpha = .85$)

	Correlación elemento- total corregida	α si se elimina el elemento
58	.593	.840
59	.492	.844
60	.604	.838
61	.663	.836
62	.603	.838
63	.577	.840
64	.557	.845
65	.245	.861
66	.517	.847
67	.636	.837
68	.259	.853
69	.483	.846
70	.444	.848
71	.542	.846
72	.488	.847
73	.323	.855
74	.461	.847
75	.362	.852

Tabla 4.15

Fiabilidad de los ítems de la escala Valores Morales ($\alpha = .77$)

	Correlación elemento- total corregida	α si se elimina el elemento
76	.535	.743
77	.421	.765
78	.482	.751
79	.611	.726
80	.417	.760
81	.534	.748
82	.534	.743
83	.399	.765

Los resultado de estos análisis no muestran significativos cambios en el Alpha de Cronbach de las escalas al quitar cada uno de los ítems. Cada valor del ítem escala se mantiene más o menos similar. Además no hay ningún valor negativo en la columna Corrected Ítem-Total Correlation, así que la decisión final, teniendo en cuenta todos estos resultados, ha sido mantener, de momento, todos los ítems del test. Este resultado se espera que sea confirmado también en el estudio definitivo, donde la muestra será mucho más amplia y los resultados más atendibles.

Análisis Factorial del IPO-Es

Habiendo decidido mantener todos los ítems, el siguiente paso ha sido realizar el análisis factorial del IPO-Es, para estudiar la estructura latente de la versión española del instrumento. Se ha decidido llevar a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio (CFA). La utilidad del CFA, en contraste con un análisis factorial exploratorio, se basa en intentar confirmar la estructura factorial en los 5 factores ya conocidos de la versión original del test.

Antes de proceder con el CFA, se han hecho unos análisis para evaluar la naturaleza de la matriz de correlación, para averiguar si tenía sentido proceder con un análisis factorial. Con este objetivo se ha calculado la *Medida de Adecuación de la Muestra KMO* propuesta por Kaiser, Meyer y Olkin (Kaiser, 1970; Kaiser y Rice, 1974), y el test de la Esfericidad de Bartlett (Bartlett, 1937), que contrasta, bajo la hipótesis de normalidad multivariante, si la matriz de correlación de las variables observadas es la identidad. Si una matriz de correlación es la identidad, significa que las intercorrelaciones entre las variables son cero. Si se confirma la hipótesis nula (H0), significa que las variables no están intercorrelacionadas, y por lo tanto no tiene sentido proceder con un análisis factorial. Los resultados de estos tests (tabla 4.16) muestran que el valor del test KMO es .705. Por convención, todos los valores por encima del .51 son significativos y eso sugiere que es adecuado hacer un análisis factorial, porque en este caso, por ejemplo, es posible extraer más del 70% de las informaciones de la muestra. El resultado de la *Prueba de Esfericidad de Barlett* es también significativo (Sig. = .000) en cuanto que nos permite rechazar la hipótesis nula H0 y aceptar la hipótesis alternativa, según la cual variancia y covariancia son diferentes. Estos dos resultados nos permiten proceder con un análisis factorial.

Tabla 4.16

Prueba de KMO y Test de Barlett

Medida de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.705
Prueba de esfericidad de Barlett	Aprox. Chi-cuadrado	7685,760
	Gl	3403
	Sig.	.000

Para analizar la estructura factorial del instrumento, se ha efectuado la rotación Varimax de sus componentes. Los 5 factores que se han extraído explican el 36,66% de la variancia de las puntuaciones. Este valor se podría considerar como medianamente

significativo. Este resultado podría atribuirse al hecho de que esto es solamente un estudio piloto (la muestra se ensanchará para dar más atendibilidad a los resultados definitivos del estudio) y al hecho de que, como hemos dicho, esta muestra es una muestra no-clínica de sujetos. En la tabla 4.17, los resultados del CFA del IPO-Es.

Tabla 4.17

Análisis Factorial Confirmatorio (CFA) de las escalas del IPO-Es

Ítem	Factor				
	1	2	3	4	5
1		.446		.128	.403
2	.263	.488			
3		.130	.170	.127	
4	.285	.446	.143	.128	
5		.431		.168	.249
6		.291	.197		.447
7		.511			.283
8		.175		.399	.141
9	.254	.292	.266		
10		.210	.175	.134	
11		.468		.284	.188
12	.160	.261	.425		
13		.528		.276	.274
14		.332	.244		.440
15		.611	.308	.112	
16	.196	.646	.268	.110	
17	.349	.400	.136	.236	.243
18	.292	.198	.289	.112	.325
19	.107	.140			.603

20	.236	.306	.317		.421
21		.230	.456		.381
22	.438	.354			
23	.216	.325	.247		.290
24	.421	.232	.383		.140
25		.390		.186	.300
26	.163	.130	.373		.284
27				.116	.436
28		.442		.275	.256
29		.701			
30	.105	.730	.107		
31		.391			
32		.426	.274	.101	.111
33	.184	.486	.268		.286
34	.118				.509
35	.215		.165		.457
36		.516	.228		
37	.278		.396	.127	
38		.549			
39		.138	.149	.651	
40		.460	.300	.296	
41	.266			.249	.425
42			.341	.503	.131
43		.195	.525		
44	.257			.616	
45	.227		.136	.597	.203
46	.284			.653	
47	.308			.298	

48	.201		.290	.445	
49			.291	.315	.328
50	.167		.309	.142	
51	.111	.167	.442	.479	
52	.169	.164	.449	.457	
53	.168			.750	
54	.143		.344	.588	
55	.113		.308	.338	.274
56	.174	.208	.109	.300	.307
57		.260	.286	.107	.172
58	.650		.256		
59	.523	.262	.164	.163	
60	.568		.153	.212	.161
61	.637	.148	.244	.156	.186
62	.614		.291	.132	
63	.638	.179	.164	.120	
64	.730				.124
65		.115	.289	.343	
66	.564			.456	.350
67	.634	.202	.167		.208
68	.251				.146
69	.597				.212
70	.227	.224	.361	.241	
71	.684		.177		
72	.608			.158	.273
73	.239		.446	.110	
74	.521			.281	.311
75	.170	.315	.475		.140

76			.583	.132	.136
77	.231		.421	.114	.277
78	.224		.587	.158	
79			.661	.154	
80			.487		.150
81		.120	.466		
82	.167		.373	.126	.269
83	.140		.536		

Los resultados del análisis factorial confirmatorio destacan una estructura en 5 factores más o menos similar, que se ajusta a la estructura original de las escalas del test. El Factor 1 parece corresponder a la escala *Relaciones Objetivas*, el Factor 2 a la escala *Defensas Primitivas*, el Factor 3 a la escala *Valores Morales*, el Factor 4 a la escala *Prueba de Realidad* y el Factor 5 a la escala *Difusión de Identidad*. Casi todos los ítems encajan en el Factor que nos esperaríamos, considerando la estructura originaria del IPO. Algunos puntúan muy alto, o incluso puntúan más alto, en otros factores. Pero considerando que la puntuación en el “factor esperado” es igualmente significativa (como por ejemplo los ítems 6, 12, 17, 21, 47 o 49) se ha decidido mantener el ítem en la escala de pertenencia originaria.

Diferente es la situación de otro grupo de ítems que no puntúa significativamente en el factor esperado. En concreto esos ítems son el 22, 29, 30, 31, 38, 43, 65. Con estos ítems se hará una evaluación de la traducción y del significado que los mismos pueden adquirir en la adaptación a la cultura española, intentando encontrar las razones que justifiquen esos resultados. En caso positivo en la versión definitiva del test, serán mantenidos o recolocados en otra escala, o en caso contrario serán suprimidos.

4.5 Discusión

El estudio preliminar aquí presentado ha constituido una primera etapa en el proceso de adaptación cultural y estandarización de la versión castellana del *Inventory of Personality Organization* (IPO). Los datos presentados, aunque preliminares, han revelado que este instrumento parece ser válido y confiable para la evaluación de la personalidad, bajo el planteamiento teórico de la personalidad de Otto Kernberg.

La versión española del IPO presenta una buena validez y fiabilidad. Comparando el Alpha de Cronbach de las escalas del IPO-Es con los de la versión original americana, se obtienen valores muy similares: las tres escalas principales tienen un valor que está apenas por debajo del original, y las dos escalas adicionales tienen un valor más alto. Como destacan también los análisis de fiabilidad de los ítems, cada ítem parece ser fiable, por lo tanto la decisión final ha sido mantener, de momento, todos los ítems del test. Este resultado se espera sea confirmado también en el estudio definitivo, donde la muestra será mucho más amplia y los resultados más fidedignos.

Una reflexión importante sobre la estructura factorial de este estudio puede ser hecha sobre los ítems 29, 30 y 31, que como hemos dicho antes no puntúan en la escala esperada. Esos tres ítems puntúan significativamente en el Factor 2 y no en el Factor 5 como cabría esperar. Muchos ítems del Factor 2 puntúan significativamente en el Factor 5 y lo mismo a la inversa. Parece que el límite entre estos dos factores se confunda, que sea menos marcado en comparación con los otros factores. Eso nos incita a considerar, de cara a la versión final del test, la posibilidad de reunir las primeras dos escalas, *Defensas Primitiva* y *Difusión de Identidad*, en un único factor. Esta decisión puede ser respaldada por el trabajo de Lenzenweger et al. (2001), Normandine et al. (2002) y Smits et al. (2009), donde los autores también han decidido reunir las dos escalas en un único factor, habiendo obtenido resultados parecidos a los de este estudio. De momento se seguirá administrando el instrumento en la misma forma, planteando cambios importantes desde el punto de vista estructural a la luz de los resultados del estudio final de validación del test.

Los resultados positivos obtenidos nos empujan a seguir administrando el instrumento, ampliando así la muestra de este estudio, recopilando datos entre población

no-clínica y en una etapa sucesiva también entre población clínica, para evaluar, con la oportuna metodología estadística, si la presencia de una psicopatología diagnosticada corresponde a un aumento en la puntuación obtenida por el sujeto en el test.

CAPÍTULO 5

Análisis de las propiedades psicométricas de la versión española del *Inventory of Personality Organization (IPO)* en una población no clínica de sujetos

Una vez decidido mantener todos los ítems de las tres escalas principales y quitar las dos escalas adicionales del IPO, se ha continuado con la recogida de los datos administrando la versión española de 57 ítems, con el objetivo general de seguir averiguando si todos los ítems de las escalas del IPO-Es funcionaban o era necesario quitar alguno, para obtener una versión definitiva del test y seguir administrándola a una muestra clínica. Antes de seguir con la recogida de datos han sido analizados esos ítems que en el estudio piloto no puntuaban significativamente en el factor esperado, en concreto los ítems 22, 29, 30, 31, 38, 43. Revisada la traducción y la adaptación a la versión española, se ha decidido no modificar estos ítems y volver a evaluarlos según los resultados del estudio que se presenta a continuación.

En la fase inicial de este segundo estudio se ha decidido también continuar administrando la versión de 57 ítems del test, es decir, quitando las dos escalas adicionales. Esa decisión ha sido tomada a raíz de los consejos del Dr. Clarkin, uno de los autores del test y del Dr. Preti, autor de la versión italiana del test, a pesar de los buenos resultados que han obtenido estas escalas en el estudio piloto. Esta versión reducida es mucho más manejable y rápida de administrar y proporciona igualmente la información necesaria para la evaluación de la personalidad según el modelo teórico de Kernberg.

5.1 Objetivos e hipótesis

El principal objetivo de este segundo estudio es repetir los análisis de las propiedades psicométricas del IPO-Es, administrando el instrumento a una muestra más amplia y representativa de sujetos. Se estudiarán una vez más:

- La consistencia interna y la fiabilidad de las tres escalas primarias.

- La correlación con las variables de los otros instrumentos administrados junto al IPO.
- La estructura factorial de la versión española del IPO.
- Se calculará también la distribución percentil de las puntuaciones obtenidas.

Como planteado en el estudio piloto, los trabajos de Lenzenweger et al. (2001), Normandine et al. (2002) y Smits et al. (2009) destacan una estructura latente bifactorial, mientras Ellison y Levy (2012) y Preti et al. (2015) extraen, como explicado en los capítulos anteriores, una estructura con cuatro factores, donde el primer factor es *Inestabilidad del Self y de las relaciones interpersonales*, el segundo es la *Inestabilidad de los objetivos*, el tercero las *Experiencias psicóticas* y el cuarto la *Conducta impulsiva*. Para la versión española del test se sigue considerando de mayor aceptabilidad una estructura factorial del test con tres factores (como en la versión original) o con dos factores (donde las dos escalas *Defensas Primitivas* y *Difusión de la Identidad* pueden ser consideradas como una única variable de gravedad estructural y la escala *Prueba de Realidad* discriminaría las organizaciones psicóticas de las neuróticas y límite).

Para evaluar la validez concurrente se analizará la correlación entre el IPO y los otros instrumentos. La hipótesis que se plantea es la misma del estudio piloto. En línea con los resultados obtenidos previamente, cabe presuponer que las puntuaciones del IPO correlacionen negativamente con la escala *Afecto Positivo* del PANAS o, a raíz de los resultados del estudio piloto de forma negativa pero no significativa, y positivamente con todas las otras escalas de los tres instrumentos. En concreto, que al aumento de las puntuaciones del IPO corresponda una mayor agresividad, niveles más altos de afecto negativo (Lenzenweger et al., 2001) y una percepción peor del propio bienestar psicológico.

5.2 Método

5.2.1 Participantes

La muestra ($N = 304$) de este estudio es una muestra no clínica de sujetos, y ha sido recopilada mayoritariamente entre la población estudiantil de la FPCEE Blanquerna – Universitat Ramon Llull. El test se ha seguido administrando de forma anónima y voluntaria. Junto a la pruebas se ha facilitado también una hoja para el consentimiento informado y una de información para los participantes. Esta muestra está compuesta por 100 hombres (32,9%) y 202 mujeres (66,4%); 2 sujetos (0,7%) no han especificado el sexo. Como muestra la tabla 5.1, la edad media de la muestra es de 23,51 años ($DE = 7,76$), con un rango de edad entre 18 y 60 años. 1 sujeto no ha especificado la edad.

Tabla 5.1

Características de la muestra: edad ($N = 304$)

	Edad Media	DE
Hombres	25,55	8,37
Mujeres	22,51	7,28
Total	23,51	7,76

El 87,8% de la muestra ha declarado ser originario de la Comunidad Autónoma de Cataluña, mientras el 12,2% es originario de otras comunidades de España. Los sujetos que no contestaron a esta pregunta fueron descartados, ya que ser español nativo era un criterio de inclusión de la muestra.

Tabla 5.2

Características de la muestra: origen (N = 304)

	Frecuencia	Porcentaje
Cataluña	267	87,8
Otras comunidades	33	12,2
Total	304	100

La tabla 5.3 describe el estado relacional de la muestra. El 52,3% ha declarado ser soltero, el 39,1% tiene pareja, el 7,6% está casado o convive, el 0,7% separado o divorciado y el 0,3% viudo.

Tabla 5.3

Características de la muestra: estado relacional (N = 304)

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	159	52,3
Con pareja	119	39,1
Casado/conviviente	23	7,6
Separado/divorciado	2	0,7
Viudo	1	0,3
Total	304	100

Desde el punto de vista de la escolarización, el 75,7% de la muestra tiene estudios universitarios, el 21,4% de bachillerato, el 2,3% educación secundaria y el 0,7% educación básica.

Tabla 5.4

Características de la muestra: nivel de escolarización (N = 304)

	Frecuencia	Porcentaje
Ed. Básica	2	0,7
Ed. Secundaria	7	2,3
Bachillerato	65	21,4
Estudios Superiores o Universitarios	230	75,7
Total	304	100

La tabla 5.5 describe la situación profesional de la muestra. El 81,3% declara ser estudiante, el 10,5% trabajador por cuenta ajena, el 4,3% trabajador autónomo. El 1% no ha contestado a esta pregunta.

Tabla 5.5

Características de la muestra: situación profesional (N = 304)

	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	247	81,3
Desempleado	4	1,3
Trabajador por cuenta ajena	32	10,5
Trabajador autónomo	13	4,3
Profesional	5	1,6
Respuesta en blanco	3	1,0
Total	304	100

El 32,2% de la muestra declara haber consultado servicios de salud mental en los últimos años, mientras el 67,8% ha contestado de forma negativa a esta pregunta. El 7,9% declara tener un trastorno mental diagnosticado, mientras el 67,8% no. De los que han especificado el tipo de trastorno diagnosticado, 5 sujetos tienen un diagnóstico de trastorno de ansiedad, 4 de trastorno depresivo, 5 de la conducta alimentaria, 1 de trastorno mental grave y 9 otros tipos de trastornos.

Tabla 5.6

Características de la muestra: diagnóstico de trastorno mental (N = 304)

	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno de ansiedad	5	1,6
Trastorno depresivo	4	1,3
Conducta alimentaria	5	1,6
Trastorno mental severo	1	0,3
Otros	9	3,0
Ningún trastorno	280	92,1
Total	304	100

El 11,8% ha declarado estar actualmente en tratamiento psicológico y/o farmacológico. El 1,6% no ha contestando a esta pregunta.

Tabla 5.7

Características de la muestra: tratamiento (N = 304)

	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento	36	11,8
No tratamiento	263	86,5
Ninguna respuesta	5	1,6
Total	304	100

5.2.2 Instrumentos

Se ha seguido administrando la versión española del IPO, en la versión de 57 ítems. El instrumento es una escala auto-administrada en escala Likert de 5 puntos, donde 1 es ‘nunca verdadero’ y 5 ‘siempre verdadero’. Los tres tipos de organización que analiza el instrumento se caracterizan por tres elementos determinantes, que corresponden a las tres escalas primarias del instrumento: 1) *mecanismos de defensa* (16 ítems), 2) *difusión de identidad* (21 ítems), 3) *prueba de realidad* (20 ítems).

Además del IPO, se han seguido administrando los otros tres instrumentos:

- *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS, Watson et al., 1988; Watson et al., 1985; versión española de Sandín et al., 1999), un test de 20 ítems que evalúa los afectos positivos y negativos;

- *Cuestionario de Agresión* (AQ, Buss et al., 1992; versión española de Rodríguez et al., 2002) para medir el nivel de control de la agresividad. La versión original está compuesta por 29 ítems que hacen relación a conductas y sentimientos agresivos;

- *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45: forma abreviada del SCL-90; Davison et al., 1997; versión española de Sandín et al., 2008), compuesto por 45 ítems que miden el nivel de bienestar percibido.

Para una descripción de los instrumentos más detallada, consultar el párrafo 4.3.2.

5.2.3 Procedimiento

Los datos han sido recogidos haciendo diversas pasaciones grupales de los test en clase. Las pasaciones han durado 30/40 minutos y han sido realizadas durante los años académicos 2013/2014 y 2014/2015. Los tests han sido rellenados de forma voluntaria y a los estudiantes que querían también se le dio una copia para que la administraran a un familiar o conocido, con el objetivo no sólo de ensanchar la muestra, sino también de diversificarla desde el punto de vista de las variables (edad, formación, profesión etc.).

Para el análisis de los datos se ha decidido seguir empleando el Programa Estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versión 22.0), no sólo

porque es uno de los programas de mayor uso, sino también porque permite crear un archivo de datos en una forma estructurada, organizar una base de datos que puede ser analizada con diversas técnicas estadísticas y sobretodo porque ha permitido efectuar todos los análisis estadísticos necesarios para el estudio, tanto análisis básicos como avanzados. La fiabilidad del test y de los ítems será analizada a través del Alpha de Cronbach. Para realizar el análisis de la consistencia interna y de la validez concurrente se utilizará el método de la Correlación de Pearson. Para la validez de constructo se utilizará un Análisis Factorial Confirmatorio (CFA). Se calculará también la distribución percentil de las puntuaciones obtenidas.

5.3 Resultados

Estudio de la validez y de la fiabilidad del IPO-Es

Para este segundo estudio, la primera etapa ha sido también calcular la media y la desviación estándar de las puntuaciones por cada escala del IPO-Es. Mediante el procedimiento estadístico del Alpha de Cronbach (Cronbach, 1951), se ha verificado también la homogeneidad interna de cada una de las escalas que componen el IPO-Es. La medida de la fiabilidad mediante el Alpha de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del α a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. Teniendo en cuenta como criterio general (George y Mallery, 2003) que una buena fiabilidad es $> .80$, como se puede ver en la tabla 5.8, todas las escalas han superado ese valor. Del análisis de los datos en la tabla se puede concluir que el IPO-Es aplicado a población española es confiable.

Tabla 5.8

Media, desviación estándar y Alpha de Cronbach de las escalas del IPO-Es

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>α</i>
Defensas Primitivas	33,90	8,15	.81
Difusión de Identidad	44,83	11,10	.86
Prueba de Realidad	30,23	8,41	.87

Sucesivamente se ha verificado la consistencia interna entre las escalas del IPO-Es y la validez concurrente del IPO-Es, comparando los resultados de las escalas con otras pruebas de evaluación psicológica ya validadas. Las escalas *Afecto Positivo* y *Afecto negativo* destacan también en este segundo estudio una buena fiabilidad ($\alpha = .85$ para ambas escalas), mientras para las escalas *Bienestar percibido* y *Agresividad* la fiabilidad resulta ser excelente (respectivamente $\alpha = .92$ y $\alpha = .90$). Los resultados obtenidos mediante el método estadístico de la Correlación de Pearson han confirmado las hipótesis planteadas. Las escalas del IPO-Es están correlacionadas positivamente entre ellas, y también positivamente con todas las escalas de los otros instrumentos, menos con la escala *Afecto Positivo* del PANAS, aunque esta correlación no resulta significativa, como planteado en las hipótesis y destacado en el estudio del capítulo precedente. Eso quiere decir que al aumento de las puntuaciones de las escalas del IPO-Es corresponde una mayor la agresividad, una mayor experimentación de afectos negativos y una peor percepción del propio estado de bienestar general. En las tablas 5.9 y 5.10 se recogen los resultados.

Tabla 5.9

Consistencia interna de las escalas del IPO-Es

	1	2	3
1.Defensas Primitivas	-		
2.Difusión de Identidad	,764**	-	
3.Prueba de Realidad	,591**	,610**	-

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)

Tabla 5.10

Validez concurrente de las escalas del IPO-Es

	Defensas Primitivas	Difusión de Identidad	Prueba de Realidad
Afectividad Positiva	-,039	-,083	-,037
Afectividad Negativa	,444**	,430**	,437**
Bienestar general	,604**	,626**	,679**
Agresividad	,531**	,582**	,542**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)

Análisis de la fiabilidad de los ítems

Los resultados del estudio que se han mostrado hasta ahora destacan entonces una buena validez y fiabilidad de las escalas del instrumento. Por lo tanto se ha decidido repetir también otros análisis estadísticos para reforzar y mejorar la calidad de la estructura estadística de este trabajo. Para decidir si mantener todos los ítems se ha hecho el análisis de la fiabilidad de los ítems, utilizando el programa de análisis SPSS.

El criterio que más se ha tenido en cuenta ha sido el variar del Alpha de Cronbach de las escala al quitar el ítem y la Correlación elemento-total corregida. Si este valor fuera cero o negativo en algún ítem, éste tendría que ser quitado de la escala. Los resultados se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 5.11

Fiabilidad de los ítems de la escala Defensas Primitivas ($\alpha = .81$)

	Correlación elemento-total corregida	α si se elimina el elemento
1	.408	.804
2	.452	.801
3	.235	.815
4	.447	.802
5	.450	.802
6	.261	.814
7	.415	.804
8	.343	.808
9	.434	.803
10	.273	.814
11	.549	.795
12	.385	.806
13	.578	.792
14	.473	.800
15	.477	.800
16	.493	.798

Tabla 5.12

Fiabilidad de los ítems de la escala Difusión de Identidad ($\alpha = .86$)

	Correlación elemento-total corregida	α si se elimina el elemento
17	.560	.851
18	.510	.853
19	.392	.857
20	.586	.850
21	.590	.850
22	.356	.858
23	.453	.855
24	.383	.857
25	.395	.857
26	.367	.858
27	.269	.861
28	.518	.853
29	.494	.853
30	.575	.850
31	.157	.867
32	.571	.851
33	.532	.852
34	.376	.858
35	.392	.857
36	.406	.857
37	.430	.856

Tabla 5.13

Fiabilidad de los ítems de la escala Prueba de Realidad ($\alpha = .87$)

	Correlación elemento-total corregida	α si se elimina el elemento
38	.250	.874
39	.521	.858
40	.509	.860
41	.451	.861
42	.517	.859
43	.377	.865
44	.532	.860
45	.552	.860
46	.474	.860
47	.474	.860
48	.583	.856
49	.527	.859
50	.317	.865
51	.586	.856
52	.528	.858
53	.484	.862
54	.644	.853
55	.503	.860
56	.337	.865
57	.414	.862

Los resultados de estos análisis no muestran cambios significativos en el Alpha de Cronbach de las escalas al quitar cada uno de los ítems. Solamente los ítems 3, 31 y 38

afectan negativamente el Alpha de Cronbach de las escalas a las que pertenecen, respectivamente *Defensas Primitivas*, *Difusión de Identidad* y *Prueba de Realidad*, pero de forma tan insignificante que no se justifica eliminarlos. Además, el valor de la columna Correlación elemento-total corregida de estos tres ítems no es cero. Por estos motivos se ha decidido no eliminar estos ítems de las escalas. Antes de tomar la decisión final, igualmente, se ha considerado oportuno analizar los valores de estos ítems en el Análisis Factorial Confirmatorio.

Análisis Factorial del IPO-Es

El siguiente paso ha sido realizar el análisis factorial del IPO-Es para estudiar la estructura latente del instrumento. Se ha decidido llevar a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio (CFA). A través del CFA, se intentará confirmar un modelo de estructura factorial de 3 o 2 factores.

Antes de proceder con el CFA, se ha vuelto a calcular, como para el estudio piloto, la *Medida de Adecuación de la Muestra KMO* propuesta por Kaiser, Meyer y Olkin (Kaiser, 1970; Kaiser y Rice, 1974), y el test de la Esfericidad de Bartlett (Bartlett, 1937), que contrasta, bajo la hipótesis de normalidad multivariante, si la matriz de correlación de las variables observadas es la identidad. Si la matriz de correlación es la identidad significa que las intercorrelaciones entre las variables son cero. Si se confirma la hipótesis nula (H_0) significa que las variables no están intercorrelacionadas, y por lo tanto no tiene sentido proceder con un análisis factorial. Los resultados de estos tests (tabla 5.14) muestran que el valor del test KMO es ,855. Por convención, todos los valores por encima del .51 son significativos y eso sugiere que es adecuado hacer un análisis factorial, porque en este caso, por ejemplo, es posible extraer más del 85% de las informaciones de la muestra. El resultado de la *Prueba de Esfericidad de Barlett* es también significativo (Sig. = .000) en cuanto nos permite rechazar la hipótesis nula H_0 y aceptar la hipótesis alternativa, según la cual varianza y covarianza son diferentes. Estos dos resultados nos permiten proceder, una vez más, con un análisis factorial.

Tabla 5.14

Prueba de KMO y Test de Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.855
Prueba de esfericidad de Bartlett		
	Aprox. Chi-cuadrado	6783,578
	Gl	1596
	Sig.	.000

Para analizar la estructura factorial del instrumento, se ha efectuado la rotación Varimax de sus componentes. Los 3 factores que se han extraído explican el 33,17% de la varianza de las puntuaciones, valor que se podría considerar como medianamente significativo. En la tabla 5.15, los resultados del CFA del IPO-Es.

Tabla 5.15

Análisis Factorial Confirmatorio (CFA) de las escalas del IPO-Es

Ítem	Factores		
	1	2	3
1		.604	.106
2	.321	.362	
3	.166	.180	
4	.481	.227	
5		.571	.111
6	.322		.221
7	.111	.538	
8	.129	.340	.242
9	.463	.170	.116
10	.290		.133

11	.253	.524	.185
12	.587		.234
13	.113	.651	.197
14	.364	.320	.147
15	.448	.374	
16	.442	.455	
17	.452	.362	.221
18	.442	.270	
19	.143	.471	
20	.557	.242	.119
21	.693	.128	.177
22	.398		.103
23	.598	.103	
24	.528		.174
25		.512	.159
26	.426	.112	.138
27	.127	.179	.153
28	.257	.525	.143
29	.243	.650	
30	.307	.658	
31		.467	
32	.389	.428	.131
33	.532	.369	
34	.349	.165	
35	.401	.119	.111
36	.436	.272	
37	.612		.303
38	.233	.488	
39		.140	.650
40	.284	.387	.297
41	.352	.133	.404
43	.464	.132	.148
42	.265		.504
44			.719
45		.103	.707
46			.710
47	.296		.506
48	.192	.116	.613
49	.230	.362	.425
50	.433		.375
51	.333		.583
52	.343	.139	.519
53		.178	.662
54	.204	.135	.692

55	.182		.520
56		.410	.329
57	.266	.291	.277

Los resultados del análisis factorial confirmatorio destacan una estructura de 3 factores, que se ajusta a la estructura original de las escalas del test. El Factor 1 parece corresponder a la escala *Difusión de Identidad*, el Factor 2 a la escala *Defensas Primitivas*, el Factor 3 a la escala *Prueba de Realidad*. Casi todos los ítems encajan en el Factor que cabría esperar, considerando la estructura originaria del IPO. Algunos puntúan muy alto, o incluso puntúan más alto, en otros factores. Pero considerando que la puntuación en el “factor esperado” es igualmente significativa (como por ejemplo los ítems 4, 9, 15, 19, 27, 32, 40, 50, y 57), está justificado mantener el ítem en la escala de pertenencia originaria.

Diferente es la situación de otro grupo de ítems que no puntúa significativamente en el factor esperado. Esos ítems son el 6, 10, 12, 25, 31 y 38. Una consideración importante es que los ítems del Factor 1 puntúan significativamente en el Factor 2 y lo mismo a la inversa, en concreto los ítems 4, 9, 15, 19, 27, 32. Este análisis factorial una vez más parece destacar una marcada confusión entre los límites de estos dos factores que parecen solaparse. Es decir entre las dos escalas *Defensas Primitiva* y *Difusión de Identidad*, el límite aparece menos marcado en comparación con el Factor 3. A raíz de estas observaciones se ha decidido repetir el CFA con un modelo a dos factores, con el objetivo de profundizar el estudio de la estructura latente del test y la posibilidad de reunir las primeras dos escalas en un único factor. En la tabla 11 los resultados del análisis de este segundo modelo.

Tabla 5.16
*Análisis Factorial Confirmatorio (CFA) de
las escalas del IPO-Es*

Ítem	Factores	
	1	2
1	.474	
2	.480	

3	.230	
4	.443	.237
5	.498	
6	.218	.310
7	.507	
8	.325	.231
9	.384	.253
10	.217	.217
11	.553	.201
12	.294	.427
13	.578	
14	.449	.229
15	.554	
16	.619	
17	.524	.324
18	.457	.217
19	.457	
20	.496	.281
21	.470	.396
22	.291	.225
23	.412	.240
24	.307	.345
25	.443	
26	.313	.267
27	.201	
28	.560	
29	.675	
30	.715	
31	.326	
32	.555	.210
33	.597	
34	.324	
35	.308	.232
36	.467	
37	.256	.506
38	.533	
39		.611
40	.444	.332
41	.261	.484
42		.558
43	.350	.287
44		.662
45		.663
46		.678

47		.582
48		.623
49	.380	.434
50		.431
51		.655
52	.248	.587
53		.588
54		.699
55		.536
56	.351	.288
57	.357	.318

Este modelo parece destacar una estructura factorial latente en 2 factores mucho más definida que el modelo a 3 factores, donde los límites entre el Factor 1 (que parece corresponder a la escala *Difusión de Identidad* más la escala *Defensas Primitivas*) y el Factor 2 (que correspondería a la escala *Prueba de Realidad*) son bastante marcados.

Casi todos los ítems vuelven a puntuar de forma significativa en el factor esperado. Sólo algunos son una excepción: los ítems 6, 12, 24 y 37 puntúan más alto en el factor 2 y los ítems 40, 56 y 57 en el factor 1. Pero considerando que la puntuación en el “factor esperado” es igualmente significativa se ha decidido mantener este grupo de ítems en la escala de pertenencia originaria. El único ítem que no puntúa en el factor esperado es el número 38, puntuando significativamente (.533) en el primer factor y por debajo del .10 en el segundo factor. Por esa razón se ha decidido recolocar el ítem y asignarlo a la primera escala del test.

Para confirmar cual de las dos estructuras factoriales latentes destacadas por el análisis factorial confirmatorio es la más adecuada, se ha evaluado la bondad de ajuste de los dos modelos, empleando el programa *Analysis of Moment Structures* (AMOS) para SPSS. Se han tomado en consideración el *Chi-cuadrado* (χ^2), la razón del *Chi-cuadrado* sobre los *grados de libertad* (CMIN/DF), el *Índice de ajuste Comparativo* (CFI), *Índice de Tucker-Lewis* (TLI), la *Raíz cuadrada del error medio cuadrático* (RMSEA) y *Criterio de Información de Akaike* (AIC). Cuanto más bajos sean los valores de χ^2 , CMIN/DF, AIC y RMSEA, y cuanto más altos sean los valores de CFI y TLI, mejor se ajusta el modelo a los datos. Precisamente, como regla general, se puede señalar que $TLI \geq .90$, $CFI \geq .90$ y $RMSEA \leq .08$ indican un ajuste adecuado a los datos (Hu y Bentler,

1999). Para el CMIN/DF se suelen considerar aceptables valores menores de 5, preferiblemente menores que 3 (Schumacker y Lomax, 2004). El *path analysis* destaca resultados parcialmente aceptables para ambos modelos. El modelo con 2 factores presenta valores mayormente satisfactorios χ^2 (1538, $N = 304$)= 3996.785, $CMIN/DF = 2.59$, $CFI = .598$, $TLI = .568$, $RMSEA = .073$, $AIC = 4340.785$, comparados al modelo con 3 factores χ^2 (1536, $N = 304$)= 4008.784, $CMIN/DF = 2.61$, $CFI = .596$, $TLI = .565$, $RMSEA = .073$, $AIC = 4356.784$. El primer modelo destaca un valor menor de χ^2 , CMIN/DF y AIC, mientras CFI y TLI tienen un valor mayor, (aunque hay que puntualizar que en ninguno de los dos modelos llegan al .90) y el valor de RMSEA es igual y aceptable para ambos modelos. Podemos concluir que el modelo que presenta una mayor bondad de ajuste es el modelo bifactorial. En la tabla 5.17 los resultados.

Tabla 5.17

Estadísticos descriptivos del path analysis de las escalas del IPO-Es

Modelo	χ^2	<i>gdl</i>	<i>CMIN/DF</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>AIC</i>
2 Factores	3996.785	1538	2.59	.598	.568	.073	4340.785
3 Factores	4008.784	1536	2.61	.596	.565	.073	4356.784

Nota. χ^2 = Chi-cuadrado, *gdl* = grados de libertad, *CMIN/DF* = razón del Chi-cuadrado sobre los grados de libertad, *CFI* = Índice de ajuste Comparativo, *TLI* = Índice de Tucker-Lewis, *RMSEA* = Raíz cuadrada del error medio cuadrático, *AIC* = Criterio de Información de Akaike.

Para poner a prueba este segundo modelo se han vuelto a calcular también los estadísticos descriptivos, incluso el Alpha de Cronbach de estas nuevas escalas para comprobar su fiabilidad, y la correlación entre las dos escalas para analizar también la consistencia interna del instrumento. Los resultados (tabla 5.18) destacan una excelente fiabilidad, ya que el Alpha de la escala *Defensas Primitivas/Difusión de Identidad* es de .911 y el de la escala *Prueba de Realidad* es de .874, valores más altos que los precedentes para ambas escalas. El estudio de la consistencia interna destaca también buenas propiedades, ya que la correlación entre las dos escalas es significativa ($r = .606$) (tabla 5.19).

Tabla 5.18

Estadísticos descriptivos de las escalas del IPO-Es

	N. Ítem	Rango	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>α</i>
DP/DI	38	38-190	81,57	18,705	.911
PR	19	19-95	27,50	8,105	.874

Nota. DP = Defensas Primitivas; DI = Difusión de Identidad; PR = Prueba de Realidad

Tabla 5.19

Consistencia interna de las escalas del IPO-Es

	DP/DI
DP/DI	-
PR	,606**

Nota. DP = Defensas Primitivas; DI = Difusión de Identidad; PR = Prueba de Realidad. **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)

Cálculo de los rangos percentiles

Llegado este punto de la investigación se ha considerado oportuno seguir con la baremación del instrumento, con el objetivo de poder medir e interpretar las puntuaciones obtenidas por los sujetos en la prueba. Se ha utilizado el método del cálculo de los percentiles, ya que representan medidas de posición en una distribución de frecuencias. Los baremos percentiles, asignando a cada posible puntuación directa un valor en una escala de 1 a 100, indican el porcentaje de sujetos del grupo normativo que obtienen puntuaciones iguales o inferiores a las correspondientes directas. La tabla 5.20 muestra la distribución percentil de las puntuaciones obtenidas por los sujetos de la muestra de este estudio.

Tabla 5.20

Distribución percentil de las puntuaciones de las escalas del IPO-Es

	DP/DI	PR
Mínimo	38	19
Máximo	140	71
Percentiles		
1	43,05	19,00
10	60,00	20,00
20	66,00	21,00
25	69,00	22,00
30	70,00	23,00
40	76,00	24,00
50	80,50	25,00
60	85,00	27,00
70	89,00	29,00
75	91,00	30,00
80	93,00	32,00
90	107,50	36,50
99	133,00	62,80

Nota. DP = Defensas Primitivas; DI = Difusión de Identidad; PR = Prueba de Realidad

Según los resultados de estos análisis, los sujetos que puntúan por debajo del percentil 25 (69 para la escala *Defensas Primitivas / Difusión de Identidad* y 22 para la escala *Prueba de Realidad*) no hacen un uso intensivo de mecanismos de defensas primitivos, tienen una identidad bastante integrada y tienen un buen examen de realidad, resultado que sugiere que estos sujetos tienen un nivel evolutivo de personalidad neurótico. Los sujetos que puntúan por encima del percentil 75 (91 para la escala

Defensas Primitivas/Difusión de Identidad y 30 para la escala *Prueba de Realidad*) harán mayor uso de mecanismos de defensa primitivos, tendrán un grado mayor de difusión de identidad y un examen de realidad comprometido, resultado que orienta hacia una organización de personalidad de nivel psicótico. Los sujetos que puntúan por encima del percentil 75 para la escala *Defensas Primitivas/Difusión de Identidad* y por debajo del mismo en la escala *Prueba de Realidad*, se situarían en un nivel de organización límite de la personalidad, ya que como se ha destacado anteriormente por los análisis realizados, esta escala es la que diferencia las personalidades límite de las de nivel psicótico.

5.3 Discusión

El estudio presentado en este capítulo constituye una etapa fundamental en el proceso de adaptación cultural y estandarización de la versión castellana del *Inventory of Personality Organization* (IPO). Los datos presentados han revelado que este instrumento es válido, fiable y tiene una buena estructura factorial que permite la evaluación de la personalidad, bajo el planteamiento teórico de la personalidad de Otto Kernberg.

En línea con los trabajos de Lenzenweger et al. (2001), Normandine et al. (2002) y Smits et al. (2009), los análisis han destacado como mayormente aceptable una estructura factorial latente del test con dos factores, donde las dos escalas Defensas Primitivas y Difusión de la Identidad son consideradas como una única variable de gravedad estructural y la escala *Prueba de Realidad* discriminaría las organizaciones psicóticas de las neuróticas y límite). Además el estudio de Smits et al. (2009) demuestra que la dimensión *Defensas Primitivas/Difusión de Identidad* es la única capaz de discriminar entre sujetos con o sin un trastorno de personalidad.

En la versión española del IPO finalmente se ha decidido mantener todos los ítems del test, ya que según los análisis de fiabilidad de los ítems, todos parecen ser fiables. Todos los ítems se han mantenido en las escalas de pertenencia de la versión original. El único que ha sido desplazado ha sido el 38, que ha pasado a formar parte de la escala *Defensas Primitivas/Difusión de Identidad*. Antes de tomar esta decisión se ha hecho también una reflexión importante sobre el sentido de la pregunta, que dice: “Cuando

todo a mi alrededor es inestable y confuso también yo me siento así en mi interior”. Analizando el sentido profundo del ítem, en la opinión de los autores de este estudio, éste puede ser relacionado con esa falta de integración del sentimiento de sí y con ese miedo a perder la identidad que lleva al sujeto a aislarse o a confundirse que Kernberg describe como aspectos caracterizantes de la difusión de identidad.

Los resultados positivos obtenidos nos empujan a seguir administrando esta versión del instrumento, no solamente ampliando la muestra no-clínica de este estudio, sino también empezando a recopilar datos entre una población clínica de sujetos, llegando a la etapa final de este proceso de investigación “*Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del Inventory of Personality Organization (IPO) en una población clínica de sujetos adultos*” para evaluar, con la oportuna metodología estadística, si la presencia de una psicopatología diagnosticada corresponde a un aumento en la puntuación obtenida por el sujeto en el test.

CAPÍTULO 6

Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del *Inventory of Personality Organization (IPO)* en una población clínica de sujetos adultos

6.1 Objetivos e hipótesis

La etapa final del proceso de validación de la versión española del *Inventory of Personality Organization (IPO)* ha sido administrar el instrumento a una población clínica de sujetos adultos que han acudido a un servicio de salud mental, con el objetivo general de evaluar la capacidad del test para poder ser empleado como instrumento válido dentro de un proceso diagnóstico, discriminando sujetos patológicos de sujetos no patológicos. La versión administrada ha sido la versión definitiva de 57 ítems obtenida en el estudio precedente, es decir teniendo en cuenta una estructura factorial con dos factores latentes, esto es, las dos escalas *Defensas Primitivas* y *Difusión de Identidad y Prueba de Realidad*.

De manera específica se estudiarán:

- La consistencia interna y la fiabilidad de las tres escalas primarias.
- La validez concurrente de las dos escalas del IPO-Es con las variables de los otros instrumentos administrados.
- Se compararán las medias obtenidas por los sujetos de la presente muestra con las medias del estudio anterior.
- Se calculará también la distribución percentil de las puntuaciones obtenidas.

Tanto el estudio piloto como el estudio definitivo realizado con la muestra normativa han mostrado adecuadas propiedades de consistencia interna y fiabilidad de las escalas del IPO-Es. Por lo tanto, cabe presuponer que los resultados de este estudio destacarán de la misma manera una adecuada consistencia interna y fiabilidad de las escalas del IPO-Es.

La validez concurrente del IPO sobre una muestra clínica ha sido analizada en varios estudios, como por ejemplo en el Igarashi et al. (2009), que destaca correlaciones significativas entre las escalas de la versión japonesa del IPO con una mayor presencia de psicopatología de la personalidad (sobre todo límite y narcisista), un mayor estado de ánimo disfórico, menos bienestar psicológico, más estilo inseguro de apego en edad adulta, menor autoeficacia y es predictor también del aumento de la ideación suicida. Preti et al. (2012) validando la versión italiana, destacan relaciones significativas entre las escalas del IPO y aspectos como el uso de defensas inmaduras, el *distress* psicológico, la estabilidad de la imagen del *Self* y la regulación emotiva. La investigación destaca también correlaciones significativas con la gravedad de los síntomas y rasgos del Trastorno Límite de Personalidad, como el humor, la identidad, el sentido de vacío y de abandono, la inestabilidad de las relaciones y la rabia. En línea con los resultados de estudios similares presentados en los capítulos precedentes y los resultados obtenidos en los dos estudios realizados previamente a este trabajo de investigación, hipotetizamos que los resultados mostrarán una buena validez concurrente entre las dos escalas del IPO-Es y las variables de los otros tests administrados junto al IPO. Por lo tanto, se espera una vez más, que las puntuaciones del IPO-Es correlacionen negativamente con la escala *Afecto Positivo* del PANAS y con la escala general del *Self-Monitoring Scale*, y positivamente con todas las otras variables de los otros instrumentos. En concreto, estos resultados querrían decir que al aumento de las puntuaciones del IPO correspondería una mayor agresividad, niveles más altos de afecto negativo y una percepción peor del propio bienestar psicológico por un lado, y por el otro niveles más bajos de experimentación de afectos positivos y una menor capacidad del sujeto de regular su comportamiento social.

Por lo que concierne el estudio de la comparación de las medias y de la distribución percentil de las escalas del IPO-Es, se hipotetiza que haya una diferencia en las puntuaciones obtenidas por las dos diferentes muestras y que estas diferencias sean significativas. De esta manera se averiguará si la versión española del instrumento es capaz de diferenciar una población no clínica de una población clínica de sujetos. En el estudio de Smits et al. (2009) por ejemplo, se compararon las puntuaciones de PD / ID y las puntuaciones de RT para la muestra normal, los pacientes con diagnóstico de eje I y los pacientes con diagnóstico de eje II. Las únicas diferencias significativas para la escala PD / ID ($p < .001$). La prueba de Tukey de comparación de medias reveló que la

muestra normal obtuvo la puntuación más baja (64,49), los pacientes con diagnóstico de eje I en posición intermedia (72,12) y los pacientes con diagnóstico de eje II obtenido la puntuación más alta (78,58).

6.2 Método

6.2.1 Participantes

La muestra ($N = 31$) de este tercer estudio es una muestra clínica de sujetos que han acudido a un servicio de salud mental y tienen un trastorno psicopatológico diagnosticado. Los datos han sido recopilados en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de Sant Andreu, centro que pertenece a la *Fundació Vidal i Barraquer*. Antes de proceder con la recogida de los datos, el centro ha pedido un informe de aprobación del Comité de Ética de la Universitat Ramón Llull, informe que ha sido regularmente expedido por el órgano competente (ver anexos). El test se ha administrado de forma anónima y voluntaria. Junto a la pruebas se ha facilitado también una hoja para el consentimiento informado y una de información para los participantes. Los criterios de inclusión de los pacientes al estudio han sido los siguientes:

- Edad superior a 18 años.
- Haber acudido al centro de atención psicológica y tener un diagnóstico de algún trastorno mental (eje I o eje II).
- Hablar español (de España) a nivel nativo.

Han sido excluidos sujetos con un trastorno mental severo en fase de descompensación, sujetos con retraso mental o psicopatologías de naturaleza orgánica.

Esta muestra está compuesta por 18 hombres (58,1%) y 12 mujeres (38,7%); 1 sujeto (3,2%) no ha especificado el sexo. Como muestra la tabla 6.1, la edad media de la muestra es de 47,7 años ($DE = 9,23$), con un rango de edad entre 24 y 59 años. 1 sujeto no ha especificado la edad.

Tabla 6.1

Características de la muestra: edad (N = 31)

	Edad Media	DE
Hombres	44,33	9,39
Mujeres	49,27	7,63
Total	47,7	9,23

El 87,1% de la muestra ha declarado ser originario de la Comunidad Autónoma de Cataluña, mientras el 12,9% es originario de otras comunidades de España.

Tabla 6.2

Características de la muestra: origen (N = 31)

	Frecuencia	Porcentaje
Cataluña	27	87,1
Otras comunidades	4	12,9
Total	31	100

La tabla 6.3 describe el estado relacional de la muestra. El 51,6% ha declarado ser soltero, el 16,1% tiene pareja, el 22,6% está casado o convive, el 9,7% separado o divorciado.

Tabla 6.3

Características de la muestra: estado relacional (N = 31)

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	16	51,6
Con pareja	5	16,1
Casado/conviviente	7	22,6
Separado/divorciado	3	9,7
Total	31	100

Desde el punto de vista de la escolarización, el 38,8% de la muestra tiene educación básica, el 22,6% estudios universitarios, el 19,3% educación secundaria y el 19,3% de bachillerato.

Tabla 6.4

Características de la muestra: nivel de escolarización (N = 31)

	Frecuencia	Porcentaje
Ed. Básica	12	38,8
Ed. Secundaria	6	19,3
Bachillerato	6	19,3
Estudios Superiores o Universitarios	7	22,6
Total	31	100

La tabla 6.5 describe la situación profesional de la muestra. El 41,3% declara ser pensionista, el 25,8%, el 4,3% desempleado, el 12,9% trabajador por cuenta ajena, el 9,7% ha declarado ser profesional. El 6,5% no ha contestado a la pregunta.

Tabla 6.5

Características de la muestra: situación profesional (N = 31)

	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	1	3,2
Desempleado	8	25,8
Trabajador por cuenta ajena	4	12,9
Profesional	3	9,7
Pensionista	13	41,9
Respuesta en blanco	2	6,5
Total	31	100

Todos los pacientes que han participado al estudio tenían diagnosticado un trastorno del Eje I. Dos de ellos un trastorno del Eje II. Como se puede ver en la tabla 6.6, el 58,1% de la muestra declara tener diagnosticado un trastorno mental severo, el 19,3% un trastorno depresivo y el 12,9% un trastorno de ansiedad. De los que han especificado el tipo de trastorno diagnosticado un trastorno mental severo, uno ha declarado tener un trastorno límite de personalidad y otro un trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad. Dos pacientes tenían un diagnóstico de patología dual, es decir tienen un diagnóstico de trastorno por adicciones. Todos los pacientes de la muestra estaban en tratamiento psicológico y farmacológico.

Tabla 6.6

Características de la muestra: diagnóstico de trastorno mental (N = 31)

	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno de ansiedad	4	12,9
Trastorno depresivo	6	19,3
Conducta alimentaria	1	3,2
Trastorno mental severo	18	58,1
Otros	2	6,5
Total	31	100

6.2.2 Instrumentos

A la muestra clínica se ha administrado la versión española del IPO, en la versión de 57 ítems, teniendo la estructura bifactorial latente destacada en el estudio del capítulo precedente. Se considerarán por lo tanto las dos escalas del instrumento: 1) *defensa primitivas y difusión de identidad* (38 ítems), 2) *prueba de realidad* (19 ítems).

Además del IPO, se han seguido administrando los otros tres instrumentos:

- *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS, Watson et al., 1988; Watson et al., 1985; versión española de Sandín et al., 1999), un test de 20 ítems que evalúa los afectos positivos y negativos;

- *Cuestionario de Agresión* (AQ, Buss et al., 1992; versión española de Rodríguez et al., 2002) para medir el nivel de control de la agresividad. La versión original está compuesta por 29 ítems que hacen relación a conductas y sentimientos agresivos;

- *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45: forma abreviada del SCL-90; Davison et al., 1997; versión española de Sandín et al., 2008), compuesto por 45 ítems que miden el nivel de bienestar percibido.

Para una descripción de estos instrumentos más detallada, consultar el párrafo 4.3.2. En este estudio se ha decidido añadir un instrumento para evaluar también la validez concurrente de las escalas del IPO con aspectos de funcionalidad y la normatividad del *Self*. Concretamente se ha administrado también el siguiente test:

- *Self-Monitoring Scale Revised* (Snyder, 1974; versión española abreviada de Paredes, Stavradi, Díaz, Gandarillas y Briñol, 2015). El concepto de *Self-Monitoring* (SM) se refiere a las diferencias individuales en el grado en que las personas observan, regulan y controlan su imagen y su comportamiento expresivo en los entornos sociales. Las personas que son altas en SM están orientadas hacia la aprobación social y la inclusión. El test consiste en una serie de afirmaciones que se refieren a reacciones personales a una serie de situaciones. El sujeto tiene que marcar con una V si una afirmación es verdadera, o F si una afirmación es falsa o no suele ser cierta cuando se le aplica. La versión española revisada está compuesta por 9 ítems, reunidos en un único factor general. El estudio de validación destaca una aceptable fiabilidad de la escala ($\alpha = .71$).

6.2.3 Procedimiento

Los datos han sido recogidos haciendo diversas pasaciones en algunos grupos de psicoterapia del CSMA de Sant Andreu. Las pasaciones han durado unos 40 minutos y han sido realizadas durante el mes de febrero de 2017.

Para el análisis de los datos se ha seguido empleando el Programa Estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versión 22.0), ya que como se ha puntualizado para los otros estudios, es uno de los programas de mayor uso y permite efectuar todos los análisis estadísticos necesarios para el estudio, tanto análisis básicos como avanzados. Se calcularán una vez más las medias y la desviación estandar de las escalas del IPO-Es. La fiabilidad del test y de los ítems será analizada a través del Alpha de Cronbach. Para realizar el análisis de la validez concurrente se utilizará el método de la Correlación de Pearson. Para la comparación de las medias de las muestras clínica y normativa se utilizará el procedimiento Prueba *t* de Student para muestras independientes, prueba que permite comparar las medias de dos grupos de casos.

6.3 Resultados

Estudio de la validez y de la fiabilidad del IPO-Es

La primera etapa de este tercer estudio ha sido también calcular la media y la desviación estándar de las puntuaciones por cada escala del IPO-Es. La fiabilidad de las dos escalas se ha verificado mediante el procedimiento estadístico del Alpha de Cronbach (Cronbach, 1951). Teniendo en cuenta como criterio general (George y Mallery, 2003) que una buena fiabilidad es $> .80$, como se puede ver en la tabla 6.7, la escala *Defensas Primitivas/Difusión de Identidad* destaca una excelente fiabilidad ($\alpha = .93$), siendo mayor de $.90$, mientras la escala *Prueba de Realidad* tiene una buena fiabilidad ($\alpha = .87$). Del análisis de los datos en la tabla se puede concluir que el IPO-Es aplicado a población clínica es fiable.

Tabla 6.7

Media, desviación estándar y Alpha de Cronbach de las escalas del IPO-Es

	<i>M</i>	<i>DE</i>	α
DP/DI	97,94	23,91	.93
PR	41,71	12,34	.87

Nota. DP = Defensas Primitivas; DI = Difusión de Identidad; PR = Prueba de Realidad

Sucesivamente se ha verificado la consistencia interna entre las dos escalas del IPO-Es y la validez concurrente del IPO-Es, comparando los resultados de las escalas con otras pruebas de evaluación psicológica ya validadas. Las escalas *Afecto Positivo*, *Afecto negativo* y *Agresividad* destacan una buena fiabilidad (respectivamente $\alpha = .84$, $\alpha = .83$ y $\alpha = .85$), mientras la escala *Bienestar percibido* destaca una excelente fiabilidad ($\alpha = .94$). Las otras escalas presentan una fiabilidad aceptable: *Depresión* ($\alpha = .78$), *Ansiedad* ($\alpha = .79$), *Psicoticismo* ($\alpha = .77$). Sólo las variables *Self-Monitoring* e *Ideación paranoide* presentan una fiabilidad pobre (respectivamente $\alpha = .54$ y $\alpha = .56$) siempre según los criterio marcados por George y Mallery (2003). Los resultados obtenidos mediante el método estadístico de la Correlación de Pearson han confirmado parcialmente las hipótesis planteadas. Las escalas del IPO-Es están correlacionadas positivamente entre ellas, dato que confirma una buena consistencia interna del

instrumento. En relación a la validez concurrente del instrumento, las dos escalas no tienen una correlación significativa con las dos escalas *Afecto Positivo* y *Afecto Negativo* del PANAS, y tampoco con la variable *Self-Monitoring*. Sin embargo los análisis destacan una buena correlación con la variable *Agresividad*, con la escala general del SA-45 (*Bienestar general percibido*) y con las sub-escalas del mismo test que se han tomado en consideración: *Depresión*, *Ansiedad*, *Psicoticismo* e *Ideación paranoide*. Eso quiere decir que al aumento de las puntuaciones de las escalas del IPO-Es corresponde un nivel más alto de agresividad, una peor percepción del propio estado de bienestar general, y niveles más altos de sintomatología psicopatológica, como síntomas depresivos, de ansiedad, de psicoticismo y de ideación paranoide. En las tablas 6.8 y 6.9 se recogen los resultados.

Tabla 6.8

Consistencia interna de las escalas del IPO-Es

	DP/DI	PR
DP/DI	-	
PR	,635**	-

Nota. DP = Defensas Primitivas; DI = Difusión de Identidad; PR = Prueba de Realidad **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Tabla 6.9

Validez concurrente de las escalas del IPO-Es

	DP/DI	PR
Afecto Positivo	,227	,230
Afecto Negativo	,348	,116
Agresividad	,418*	,463**
Self-Monitoring	-,227	-,319
Bienestar Percibido	,651**	,427*
Depresión	,592**	,637**
Ansiedad	,630**	,494**
Psicoticismo	,488**	,725**
Ideación paranoide	,545**	,403*

Nota. DP = Defensas Primitivas; DI = Difusión de Identidad; PR = Prueba de Realidad. **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas) *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Comparación de las medias y de la distribución percentil del IPO-Es

La última e importante fase de este proceso de análisis es el estudio de la comparación de las medias y de la distribución percentil obtenidas por la muestra no-clínica del precedente estudio y la muestra clínica del presente estudio. Como se ha dicho a principio, el objetivo es averiguar que las dos escalas del instrumentos sean capaces diferenciar a través de sus puntuaciones una población clínica de sujetos de una normativa. En la tabla 6.10 y 6.11 un resumen de las estadísticas de grupo de las dos escalas del IPO-Es.

Tabla 6.10

Estadísticos de grupo para la escala Defensas Primitivas/Difusión de Identidad

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	Media de error estándar
Muestra no-clínica	304	81,57	18,705	1,073
Muestra clínica	31	97,00	23,916	4,296

Tabla 6.11

Estadísticos de grupo para la escala Prueba de Realidad

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	Media de error estándar
Muestra no-clínica	304	27,50	8,105	0,465
Muestra clínica	31	41,71	12,340	2,216

Como se puede ver en la tabla, hay una diferencia en las medias y en las desviaciones estandar entre las dos muestras para ambas escalas. Numéricamente hablando, las puntuaciones medias obtenidas por la muestra clínica son más altas de las que han sido obtenidas por la muestra normativa. El examen de la distribución percentil destaca también una diferencia entre las dos muestras. La distribución destaca también puntuaciones más altas en la población clínica. Tomando como referencia el percentil 75, se puede ver como para la muestra normativa tenemos las puntuaciones de 91 para la escala *Defensas Primitivas/Difusión de Identidad* y 30 para la escala *Prueba de Realidad*, mientras en el mismo percentil en la muestra clínica se alcanza una puntuación respectivamente de 120 y 52.

Tabla 6.12

Comparación de la distribución percentil de las muestras

	Muestra no-clínica		Muestra clínica	
	DP/DI	PR	DP/DI	PR
Mínimo	38	19	49	24
Máximo	140	71	144	70
Percentiles				
1	43,05	19,00	49,00	24,00
10	60,00	20,00	67,00	27,00
20	66,00	21,00	74,80	28,40
25	69,00	22,00	83,00	33,00
30	70,00	23,00	88,00	33,60
40	76,00	24,00	91,00	37,00
50	80,50	25,00	95,00	40,00
60	85,00	27,00	99,40	42,20
70	89,00	29,00	113,40	50,40
75	91,00	30,00	120,00	52,00
80	93,00	32,00	122,20	52,60
90	107,50	36,50	132,60	60,60
99	133,00	62,80	143,60	69,30

Nota. DP = Defensas Primitivas; DI = Difusión de Identidad; PR = Prueba de Realidad.

Con el objetivo de profundizar el estudio de la distribución de frecuencias de las puntuaciones se han construido también los diagramas de caja y bigote de las variables, para obtener una representación gráfica de dicha distribución basada en cuartiles, a través de la cuál se pueden observar el recorrido intercuartílico, los valores mínimo y máximo, la mediana y los valores atípicos. Como se puede ver claramente en los gráficos 1 y 2, la distribución entre las dos muestras para ambas variables es muy

diferente. Los valores mínimos y máximos y las medianas son más altos para la muestra clínica, cuya distribución resulta también ser más asimétrica, comparada con la distribución de la muestra normativa. La mayor parte de los sujetos de la muestra clínica se distribuyen por encima de la mediana, que coincide con el segundo cuartil (Q_2), tanto para la variable *Defensas Primitivas/Difusión de Identidad*, como para la variable *Prueba de Realidad*.

Gráfico 1. Diagrama de caja y bigote de la variable Defensas Primitivas/Difusión de Identidad

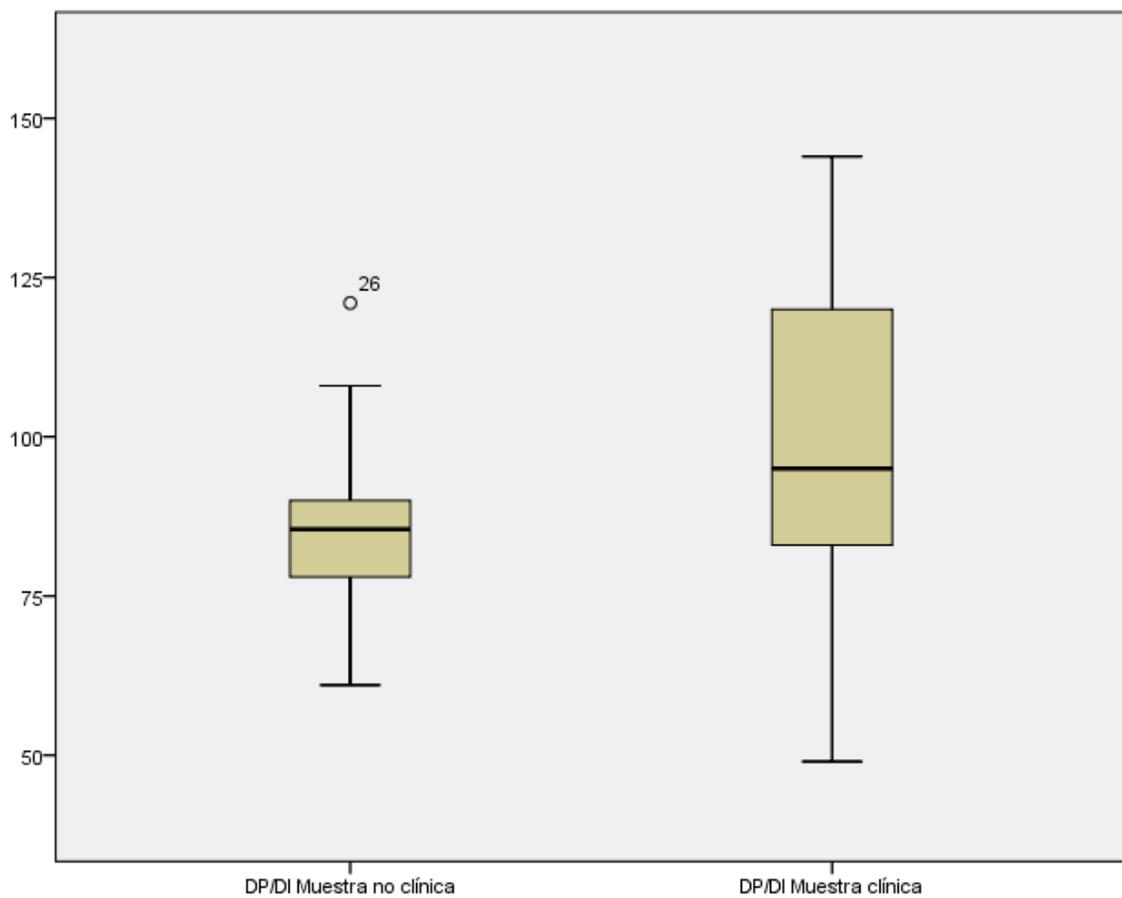
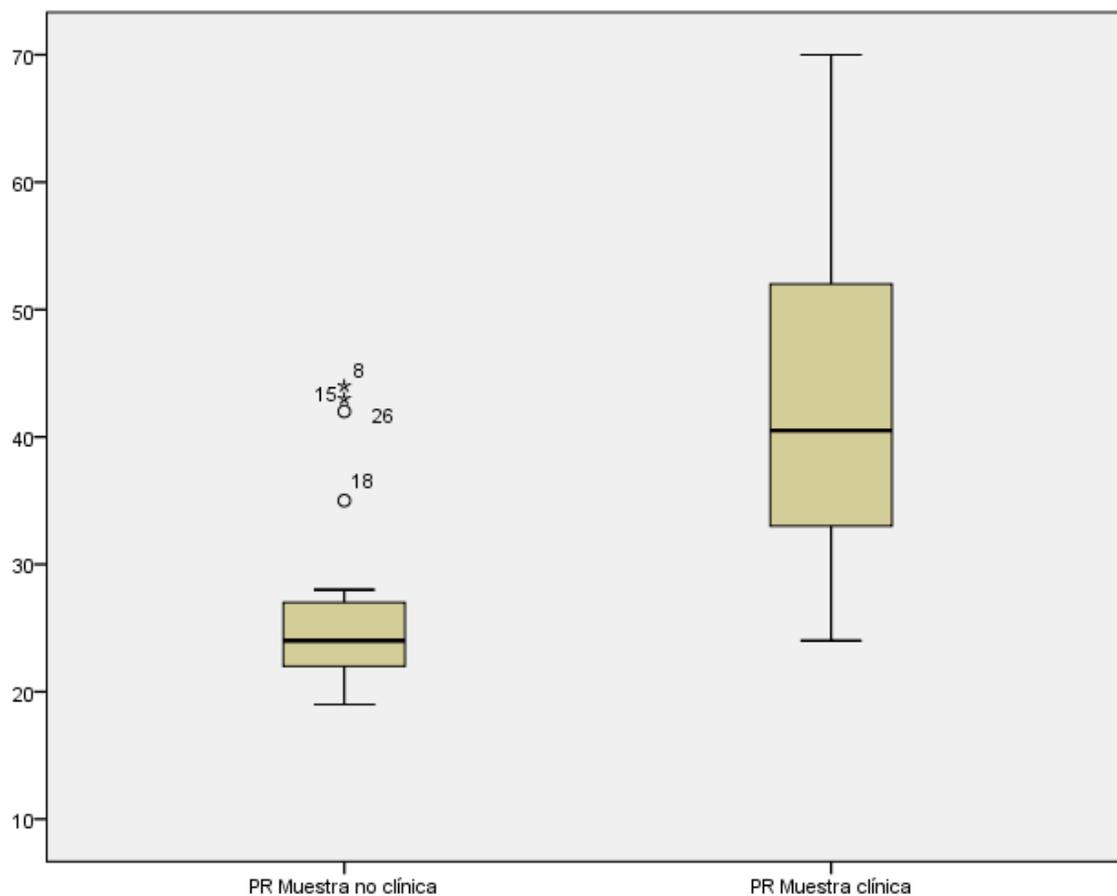


Gráfico 2. Diagrama de caja y bigote de la variable Prueba de Realidad



Una vez constatado que hay una diferencia entre las medias, se ha considerado oportuno averiguar si la diferencia entre estas dos muestras es significativa o solamente se debe al azar. Con este objetivo se han comparado las medias con el método de la Prueba *t* de Student para muestras independientes.

Vamos a analizar las dos escalas por separado, empezando para la escala *Defensas Primitivas/Difusión de Identidad*. El primer paso es corroborar el nivel de igualdad de las varianzas con la Prueba de Levene (tabla 6.13). Según la hipótesis nula (H0) se acepta la igualdad de las varianzas, mientras según la hipótesis alternativa (H1) no hay igualdad de varianzas. Siendo el valor del nivel de significancia .048 ($p < .05$), se rechaza la hipótesis nula y se asume que no hay igualdad de varianzas.

Tabla 6.13

Prueba de Levene para la escala Defensas Primitivas/Difusión de Identidad

	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Se han asumido varianzas iguales	3.927	.048
No se han asumido varianzas iguales		

Establecido que no hay igualdad de varianzas, pasamos a examinar los valores de la Prueba *t* de Student para muestras independientes. En este caso según la hipótesis nula (H0) se plantea que no hay diferencia significativa entre las medias, mientras la hipótesis alternativa plantea que hay diferencia significativa entre las medias. Siendo el valor del nivel de significancia .000, ($p < .05$) se rechaza una vez más la hipótesis nula y se concluye que hay diferencia significativa entre las medias obtenidas en la escala *Defensas Primitivas/Difusión de Identidad*. Cabe afirmar entonces que los sujetos patológicos han obtenido puntuaciones significativamente más altas ($M = 97.00$, $SE = 4.296$) de las que han obtenido los sujetos de la muestra normativa ($M = 81.57$, $SE = 1.073$, $t(33,846) = -3.697$, $p < .05$).

Tabla 6.14

Prueba t de Student para la escala Defensas Primitivas/Difusión de Identidad

<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i> (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia
-3,697	33,846	.000	-16,370	4,427

Pasando a analizar la escala *Prueba de Realidad*, el primer paso es repetir el análisis del nivel de igualdad de las varianzas con la Prueba de Levene. Según la hipótesis nula (H0) se acepta la igualdad de las varianzas, mientras según la hipótesis alternativa (H1) no hay igualdad de varianzas. Como muestra la tabla 6.15, siendo el

valor del nivel de significancia .000 ($p < .05$), se rechaza la hipótesis nula y se asume también para esta segunda escala que no hay igualdad de varianzas.

Tabla 6.15

Prueba de Levene para la escala Prueba de Realidad

	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Se han asumido varianzas iguales	15,083	.000
No se han asumido varianzas iguales		

Establecido que no hay igualdad de varianzas, se pueden examinar los valores de la Prueba *t* de Student para muestras independientes para esta segunda escala. En este caso según la hipótesis nula (H_0) se plantea que no hay diferencia significativa entre las medias, mientras la hipótesis alternativa plantea que hay diferencia significativa entre las medias. Siendo el valor del nivel de significancia .000, ($p < .05$) se rechaza una vez más la hipótesis nula y se concluye que hay diferencia significativa entre las medias obtenidas en la escala *Prueba de Realidad*. Cabe volver a afirmar para esta segunda escala que los sujetos patológicos han obtenido puntuaciones significativamente más altas ($M = 41.71$, $SE = 2.216$) de las que han obtenido los sujetos de la muestra normativa ($M = 27.50$, $SE = 0.456$, $t(33,846) = -3,697$, $p < .05$).

Tabla 6.16

Prueba t de Student para la escala Prueba de Realidad

<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i> (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia
-6,273	32,691	.000	-14,206	2,265

6.4 Discusión

El estudio presentado en este capítulo tenía como objetivo general el análisis de las propiedades psicométricas del *Inventory of Personality Organization* (IPO) en una población clínica de sujetos.

El primer paso ha sido testar la hipótesis sobre la fiabilidad de las escalas y la consistencia interna del instrumento. Como se esperaba, las hipótesis planteadas han sido confirmadas por los resultados obtenidos, los cuales han destacado una excelente fiabilidad de las dos escalas del instrumento y una significativa consistencia interna del mismo.

En relación a la validez concurrente del instrumento, las hipótesis planteadas han sido parcialmente confirmadas. En línea con los resultados obtenidos por los estudios de Igarashi et al. (2009) o Preti et al. (2015), los análisis destacan una buena correlación con las variables que hacen referencia a síntomas psicopatológicos, como la variable *Agresividad*, la escala general del SA-45 (*bienestar general percibido*) y con las subescalas del mismo test que se han tomado en consideración: *depresión*, *ansiedad*, *psicoticismo* e *ideación paranoide*. Sin embargo con las dos escalas *Afecto Positivo* y *Afecto Negativo* del PANAS con la variable *Self-Monitoring* el estudio de la validez concurrente no ha destacado correlaciones significativas. Este resultado se puede atribuir o al tamaño de la muestra que no es muy amplio o al hecho que la totalidad de la muestra está en tratamiento psicofarmacológico con ansiolíticos, antidepresivos o antipsicóticos. El uso de la medicación podría tener una cierta influencia sobre la calidad y la intensidad de los afectos experimentados por los pacientes en la semana antecedente a la administración del test, periodo al que se hace referencia en las instrucciones del mismo. Sobre la no significatividad de la correlación con la variable *Self-Monitoring*, este resultado ha sido obtenido también en el estudio de Lenzenweger et al. (2001). Los autores del estudio atribuyen este resultado al hecho que mientras el IPO evalúa aspectos de naturaleza psicopatológica, el constructo del *Self-Monitoring* evalúa un aspecto de naturaleza normativa, no-patológica. Reflexionando sobre el resultado obtenido, esta explicación podría ser válida también para este trabajo, explicación respaldada por el hecho de que con las variables que miden constructos de naturaleza psicopatológica el test ha destacado correlaciones significativas. Esta

explicación podría ser aplicada también al resultado obtenido con las escalas del PANAS.

La última hipótesis ha sido también confirmada con amplio margen. Los análisis de comparación de las medias y de la distribución percentil de la muestra clínica y no-clínica han destacado una diferencia significativa en las puntuaciones obtenidas por los sujetos de las dos muestras, resultado destacado también por otros estudios como el de Smits et al. (2009). A raíz de estos resultados, se puede afirmar que la versión española del IPO es una versión que consiguiendo diferenciar con sus escalas una población patológica de una no patológica, puede ser utilizada en el diagnóstico en el ámbito de la salud mental, tanto a nivel clínico como a nivel de investigación. Cabe precisar que la muestra clínica de este estudio será ampliada con el objetivo de hacer más fiables los resultados obtenidos.

III. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS

APLICACIONES DEL ESTUDIO

La importancia de operacionalizar una teoría, construir y validar una herramienta útil para medir las construcciones básicas de una teoría ha sido el motor de este trabajo de investigación, sobre todo porque, como ya se ha dicho, en ámbito psicoanalítico históricamente se ha prestado muy poca importancia a los esfuerzos para hacer observaciones clínicas comparables y medibles. El trabajo de investigación que se acaba de exponer ha intentado llenar este vacío, llevando a cabo con éxito la adaptación y validación de la versión española del *Inventory of Personality Organization* (IPO). A lo largo del trabajo se ha ido conceptualizando un modelo de personalidad compatible con el marco de teórico del trabajo y que constituye el presupuesto teórico del instrumento. El proceso de traducción a un idioma diferente del original, sobre todo considerando que se trata de instrumento de evaluación psicológica, ha sido un trabajo complejo ya que ha tenido como objetivo exportar el sentido original de las preguntas a un contexto diferente para al del cual el cuestionario había sido creado y desarrollado, intentando mantener la validez de la medición de los constructos investigados. El estudio de los datos recopilados corrobora que la presente versión del test es fiable y válida cuando aplicada a una población de habla castellana, tanto en una muestra normativa de sujetos como en una muestra patológica. El estudio ha destacado una estructura latente bifactorial, donde a diferencia de la versión original americana, las dos escalas *Defensas Primitivas* y *Difusión de Identidad* se reúnen en un único factor y la escala *Prueba de Realidad* se convierte en la escala que discrimina las organizaciones psicóticas de las neuróticas y límite. Ha sido destacada también la buena capacidad del test de diferenciar a través de las puntuaciones de sus dos escalas una muestra patológica de una no patológica, propiedad que convierte este test en una herramienta diagnóstica que puede ser utilizada en toda España como un instrumento útil para la evaluación de la estructura de personalidad, en contextos de investigación y en contextos clínicos.

A pesar de los resultados obtenidos que han sido satisfactorios, la tesis que se ha presentado tiene, como toda investigación, sus propias limitaciones. Vamos a señalar algunas limitaciones que en nuestra opinión merecen atención detallada.

En primer lugar se debería apuntar a la amplitud de la muestra, especialmente la clínica. Disponiendo de una muestra más amplia se hubieran podido obtener resultados más sólidos, reforzando las propiedades de validez y fiabilidad del instrumento. La dificultad en establecer colaboraciones con los centros de salud mental del área metropolitana de Barcelona han impedido que un grupo más amplio de pacientes pudiera ser abordado como parte de la muestra clínica. Se ha partido de las posibilidades reales de tener acceso a una muestra altamente motivada aunque parcialmente representativa de la población.

En segundo lugar cabe puntualizar que la casi totalidad de la muestra es originaria de Cataluña, comunidad de bilingüismo oficialmente reconocido catalán/castellano. Ese aspecto podría haber interferido de alguna manera en los resultados, ya que hay muchos localismos a nivel lingüístico en las diferentes comunidades del país. Algún ítem podría funcionar de forma diferente si administrado a una población proveniente de otras comunidades españolas, aspecto que merece mayor profundización. Cabe precisar que de los tres traductores que han realizado las tres diferentes traducciones del IPO dos eran españoles nativos y también catalanes nativos, mientras el tercero ha crecido en Cataluña pero de familia originaria de otra comunidad autónoma, aspecto que probablemente ha conferido una mayor “pureza lingüística” a la versión castellana del instrumento.

Las limitaciones propias de este estudio suponen el primer paso para el planteamiento de futuras investigaciones. Dentro de los grupos de investigación *Comunidad y Salud* (COMSAL) y *Grup de Recerca Parella i Família* (GRPF) en los que este proyecto se ha desarrollado, la validación del IPO-Es ha supuesto el inicio de una línea de investigación que podría ser llevada adelante en conexión con el grupo de investigación del *Personality Disorders Institute del Weill Medical College of Cornell University* de Nueva York que ha creado la escala.

Un primer desarrollo futuro de esta investigación será seguramente la ampliación de las dos muestras. En relación a la muestra clínica en los próximos meses se seguirán recogiendo datos en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de la *Fundació Vidal i Barraquer*, con el que estamos en colaboración. Se está intentando también crear conexiones con otros centros de salud mental de la ciudad de Barcelona.

Siempre con el objetivo general de ampliar y recoger datos entre población originaria de otras comunidades del país, se considera también la posibilidad de establecer conexiones con otros centros de investigación y/o de salud mental fuera de Cataluña, creando una red de trabajo que contribuya por un lado a tornar más sólidos los resultados destacados por este estudio, y por el otro la difusión del instrumento en el territorio nacional.

Sería interesante también poner en marcha investigaciones que empleen el IPO-Es comparándolo con otros instrumentos de diagnóstico de personalidad validados y largamente empleados en los centros de salud mental, como por ejemplo la *Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis II* (SCID II; First et al., 1997) o *Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III* (MCMI-III; Millon, 1987), o utilizándolo para investigar y evaluar los cambios asociados a psicoterapias de orientación psicodinámica o psicoanalítica, como la *Psicoterapia Focalizada en la Transferencia* (TFP; Clarkin et al., 2006; Yeomans et al., 2015) elaborada, como se ha dicho anteriormente, por el mismo grupo de investigación de Kernberg y Clarkin.

Otro factible desarrollo futuro de esta línea de investigación podría ser la validación de la versión española de la *Structred Interview of Personality Organization* (STIPO; Stern et al., 2010), que como hemos dicho es una entrevista semi-estructurada creada por el mismo grupo de investigación bajo el mismo planteamiento teórico, de la cual el IPO puede ser considerado un precursor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, G. (1985). *Borderline psychopatolgy and its treatment*. New York: Aronson.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Edition Reviewed). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). Washington, DC: Author.
- Andreu Rodríguez, J. M., Peña Fernández, M. P., & Graña Gómez, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema, 14*, 476-482.
- Andreoli, A. & Costantini, M.V. (2008). Angosce al di qua e al di là del principio del piacere nel trattamento psicoanalitico delle condizioni borderline. En M. La Scala & M. V. Costantini (Eds.), *Il lavoro psicoanalitico sul limite. Contributi teorici e clinici* (pp. 115-140). Milano: Franco Angeli.
- Arntz, A., & Bernstein, D. (2006). Can personality disorders be changed? *Netherlands Journal of Psychology, 62*, 9-18.
- Barale, F. (2008). Il fondo instabile dell'esperienza. Clinica e psicopatologia borderline. En M. La Scala & M. V. Costantini (Eds.), *Il lavoro psicoanalitico sul limite. Contributi teorici e clinici* (pp. 63-101). Milano: Franco Angeli.
- Bartlett, M. S. (1937). Properties of sufficiency and statistical tests. *Proceedings of the Royal Statistical Society, 160*, 268–282.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 156*(10), 1563–1569.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *158*(1), pp. 36–42.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, *18*(1), 36-51.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. En J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *The Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 185-200). Chichester: Wiley.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, *165*(5), 631–638.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 1355–1364.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. *World Psychiatry*, *9*, 11-15.
- Ben-Dov, P., Martínez, C., Núñez, C., Ortega, P., Oksenberg, T., Morales, A., & Florenzano, R. (2002). El Inventario de Organización de la Personalidad (IPO): sus características y aplicaciones. [The inventory of personality organization (IPO): its characteristics and applications]. *Terapia psicológica*, *20*(1), 41-51.
- Bergeret, J. (1978). *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Masson. Trad. es. *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa, 1980.
- Berghuis, H., Kamphuis, J.H., Boedijn, G., & Verheul, R. (2009). Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bulletin of the Menninger Clinic*, *73*(1), 44-60.

- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders, 15*, 487-495.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry, 164*, 922-928.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Focusing on object relations*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Correale, A., Alonzi, A. M., Carnevali, A., Di Giuseppe, P., & Giacchetti, N. (2009). *Borderline. Lo sfondo psichico naturale*. Roma: Borla.
- Costantini, M. V., Marian, F., & Nuzzaci, V. (2003). Otto Kernberg: teorico delle relazioni internalizzate strutturanti. En E. Mangini (Ed), *Lezioni sul pensiero post-freudiano* (pp. 370-389). Milano: LED.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*, 1-16.
- Deutsch, H. (1942). Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia. *The Psychoanalytic Quarterly, 11*, 301-321.
- Diatkine, R. (1969). L'Enfant Prépsychotique. *La Psychiatrie de l'Enfant, 12*, 413-446.
- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., Feldmann, M., Hörz, S., & Schneider, G. (2013). Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *BMC Psychiatry, 13*, 210.

- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74.
- Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2012). Factor Structure of the Primary Scales of the Inventory of Personality Organization in a Nonclinical Sample Using Exploratory Structural Equation Modeling. *Psychological Assessment*, 24, 503-517.
- Fonagy, P. (2001). *The theory of attachment and the psychoanalysis*. New York: Other Press. Trad. it. *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs, 2004.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47-69.
- Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing Inc. Trad. es. *Psiquiatría Psicomotriz en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Panamericana, 2002.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Green, A. (1990). *La folie privée. Psychanalyse des cas limites*. Paris: Gallimard. Trad. it. *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Milano: Raffaello Cortina, 1991.
- Hoch, P. H., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatry Quarterly*, 23, 248-276.

- Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control: An approach to Borderline Personality Disorder heterogeneity. *Psychopathology, 38*, 82-86.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1–55.
- Igarashi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Shono, M., Hasui, C., & Kitamura, T. (2009). The Inventory of Personality Organization: Its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. *Annals of General Psychiatry, 8*, 9.
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation Little Liffy. *Psychometrika, 35*, 401–415.
- Kaiser, H. F., & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark IV. *Educational and Psychological Measurement, 34*, 111–117.
- Katan, M. (1953). Schreber's Prepsychotic Phase. *International Journal of PsychoAnalysis, 34*, 43-51.
- Kernberg, O.F. (1967). *Borderline personality organization. Journal of the American Psychoanalytic Association, 15*, 641-685.
- Kernberg, O.F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of American Psychoanalytic Association, 18*, 800-822.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Aronson.

- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. En J. F. Clarkin & M. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 106-137). New York: Guilford Press.
- Kernberg, O.F. (2015). Neurobiological correlates of object relations theory: The relationship between neurobiological and psychodynamic development. *International Forum of Psychoanalysis*, 24(1), 38-46.
- Kernberg, O.F.(2016). What is personality? *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 145-156.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. En M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major Theories of Personality Disorders*, 2nd ed. (pp. 114-156) New York: Guilford Press.
- Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (1995). *The Inventory of Personality Organization*. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center.
- Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2011). Modelo de la psicoterapia centrada en la transferencia en la modificación de adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 51/52, 7-40.
- Kraus, C., Dammann, G., Rothgordt, J., & Berner, W. (2004). Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsorganisation bei Sexualdelinquenten. [Personality disorders and personality organization in sexual offenders]. *Recht & Psychiatrie*, 22, 95-104.
- Kvarstein, E.H, Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, F. (2015). Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder

- Does it make a difference? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(1), 71-86.

Lenzenweger, M.F., Kernberg, O.F., Clarkin, J.F., & Foelsch, P.A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychotic Properties, factorial composition, and criterion relations with affect aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-dominance in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13, 577-591.

Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference- focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027–1040.

Levy, K.N., Wassermann, R.H., Scott L.N., & Yeomans, F.E. (2009). Empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychodynamic psychotherapy for borderline disorder. En R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy* (pp. 93-120). New York: Humana Press,.

Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Psychodynamic Treatment for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders: A Mentalizing Perspective. En L. W. Choi-Kain & J. G., Gunderson (Eds), *Borderline Personality and Mood Disorders: Comorbidity and Controversy* (pp. 223-251). New York: Springer.

Mahler, M. S. (1971). A study of separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424.

Mangini, E., & Mondini, S. (2003). La psicoanalisi e il borderline. En E. Mangini (Ed), *Lezioni sul pensiero post-freudiano* (pp. 553-575). Milano: LED.

- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 56(2), 163-77.
- Mc Williams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: The Guilford Press. Trad. it. *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999.
- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsch, P., & Clarkin, J. F. (2002). E' valuation de la validite' the' orique de l'Inventaire de l'Organisation de la Personnalite'. *Canadian of Behavioural Science*, 34, 59–65.
- Normandin, L, Ensink, K. & Kernberg, O.F. (2015), Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Adolescents: A Neurobiologically Informed Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14, 98-110.
- Oliveira, S. E., & Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety*, 1(1), 1-7.
- Paredes, B., Stavradi, M., Díaz, D., Gandarillas, B., & Briñol, P. (2015). Validity and Reliability of the Spanish Version of the Revised Self-Monitoring Scale. *Spanish Journal of Psychology*, 18, 1–11.
- Perez, D.L., Vago, D.R., Pan, H., Root, J., Tuescher, O., Fuchs, B.H., ... Kernberg, O.F., Levy, K.N., Silbersweig, D.A., & Stern, E. (2016). Frontolimbic neural circuit changes in emotional processing and inhibitory control associated with clinical improvement following transference-focused psychotherapy in borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70, 51-61.

- Preti, E. (2012). *Il modello di O.F. Kernberg per lo studio dei disturbi di personalità. Validazione delle versioni italiane dell'Inventory of Personality Organization (IPO) e della Structured Interview of Personality Organization (STIPO)* (Doctoral dissertation). Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano.
- Preti, E., Prunas, A., De Panfilis, C., Marchesi, C., Madeddu, F., & Clarkin, J. F. (2015). The facets of identity: personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(2), 129-140.
- Quiroga, S. E., Castro Solana, A., & Fontao, I. F. (2003). La evaluación de la estructura de la personalidad: adaptación argentina del Inventario de Organización de la Personalidad (IPO). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 3, 188-219.
- Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313.
- Salzer, S., Cropp, C., & Streeck-Fisher, A. (2014). Early Intervention for Borderline Personality Disorder: Psychodynamic Therapy in Adolescents. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60(4), 368-382.
- Sandín, B., Chorot, P., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo: Validación Factorial y Convergencia Transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20, 290-296.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Smits, D. J. M., Vermote, R., Claes, L., & Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization–Revised: Construction of an abridged version. *European Journal of Psychological Assessment, 25*, 223–230.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Hörz, S., MacCornack, V., ... Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment, 92*, 35-44.
- Vermote, R., Fonagy, P., Vertommen, H., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., ... & Peuskens, J. (2009). Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *Journal of Personality Disorders, 23*(3), 294-307.
- Walter, M., Berth, H., Selinger, J., Gerhard, U., Küchenhoff, J., Frommer, J., & Dammann, G. (2009). The lack of negative affects as an indicator for identity disturbance in Borderline Personality Disorder: A preliminary report. *Psychopathology, 42*, 399-404.
- Yeomans, F.E., Clarkin, J. F., & Kernberg O.F. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Yeomans, F.E., & Diamond, D. (2010). Transference-Focused Psychotherapy and Borderline Personality Disorder. En J. F. Clarkin, P. Fonagy, & G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A Clinical Handbook* (pp. 209-238). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz-Sagstetter, S., & Dammann, G. (2015). Normierung der deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). [Standardization of the German 16-item short version of the Inventory of Personality Organization (IPO-16)]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 61*(1), 5-18.

IV. ANEXOS

Nov. 4, 2013

Mr. Cosentino:

You have our permission to use the
IPO in your research.

Regards,

J. F. Clark.

THE INVENTORY OF PERSONALITY ORGANIZATION (IPO)

John F. Clarkin, Pamela A. Foelsch, & Otto F. Kernberg
IPO2001 Version
(10/1/02 revised)

Instructions: The following pages contain statements that people use to describe themselves. Try to be as honest and serious as you can in marking the statements that accurately describe your feelings and attitudes.

Read each statement and decide how it applies to you in your everyday activities, feelings, thoughts and relationships. Then **circle** the number that best applies to you. If the statement does not apply to you in any way, circle "1" for "Never True." If the statement applies to you in every way, circle "5" for "Always True." If the statement is not "Always" or "Never" true for you, use the "2", "3", and "4" rating to indicate the relative frequency or intensity the statement does apply to you. Some questions may ask you about two things; answer strongly only if *both* parts of the question apply to you.

There is no time limit for completing the questionnaire, but it is best to work as rapidly as is comfortable for you. *It would be best to put the first answer that occurs to you.* Please answer all the questions.

	1	2	3	4	5
	Never True	Rarely True	Sometimes True	Often True	Always True
1. I am a "hero worshiper" even if I am later found wrong in my judgment.	1	2	3	4	5
2. I feel that people I once thought highly of have disappointed me by not living up to what I expected of them.	1	2	3	4	5
3. I feel it has been a long time since anyone really taught or told me anything I did not already know.	1	2	3	4	5
4. It is hard for me to trust people because they so often turn against me or betray me.	1	2	3	4	5
5. I need to admire people in order to feel secure.	1	2	3	4	5
6. I find myself doing things which at other times I think are not too wise like having promiscuous sex, lying, drinking, having temper tantrums or breaking the law in minor ways.	1	2	3	4	5
7. People tell me I have difficulty in seeing shortcomings in those I admire.	1	2	3	4	5
8. I feel I don't get what I want.	1	2	3	4	5
9. People tell me I behave in contradictory ways.	1	2	3	4	5

Copyright © 2001

The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University

1	2	3	4	5
Never True	Rarely True	Sometimes True	Often True	Always True

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 10. I think people are basically either good or bad; there are few who are really in between. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. People tend to use me unless I watch out for it. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. I act in ways that appear to others as unpredictable and erratic. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. I have favorite people whom I not only admire, but almost idealize. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. I find myself doing things which feel okay while I am doing them but which I later find hard to believe I did. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. People tend to respond to me by either overwhelming me with love or abandoning me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. I tend to feel things in a somewhat extreme way, experiencing either great joy or intense despair. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. I feel like a fake or impostor, as though others see me as quite different from the way I really am. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. I feel I'm a different person at home as compared to how I am at work or at school. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. I feel that my tastes and opinions are not really my own, but have been borrowed from other people. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Some of my friends would be surprised if they knew how differently I behave in different situations. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. I fluctuate between being warm and giving at some times, and being cold and indifferent at other times. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. People tell me I provoke or mislead them so as to get my way. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. I can't explain the changes in my behavior. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. I do things on impulse that I think are socially unacceptable. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. I get into relationships with people I don't really like because it's hard for me to say no. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. My life, if it were a book, seems to me more like a series of short stories written by different authors than like one long novel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. I pick up hobbies and interests and then drop them. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. When others see me as having succeeded, I'm elated and, when they see me as failing, I feel devastated. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1	2	3	4	5
Never True	Rarely True	Sometimes True	Often True	Always True

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 29. I am afraid that people who become important to me will suddenly change in their feelings towards me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. It is hard for me to be sure about what others think of me, even people who have known me very well. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Being alone is difficult for me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. I see myself in different ways at different times. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. In the course of an intimate relationship, I'm afraid of losing a sense of myself. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. My life goals change frequently from year to year. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. My goals keep changing. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. After becoming involved with people, I am surprised to find out what they are really like. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Even people who know me well cannot guess how I'm going to behave. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. When everything around me is unsettled and confused, I feel that way inside. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. I am not sure whether a voice I have heard, or something that I have seen, is my imagination or not. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. When I'm nervous or confused, it seems like things in the outside world don't make sense either. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. I feel almost as if I'm someone else, like a friend or relative, or even someone I don't know. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. I think I see things which, when I take a closer look, turn out to be something else. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. When I am uncomfortable, I can't tell whether it is emotional or physical. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. I can see things or hear things that nobody else can see or hear. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. I hear things that other people claim are not really there. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. I have heard or seen things when there is no apparent reason for it. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. I find that I do things, which get other people upset, and I don't know why such things upset them. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. I can't tell whether certain physical sensations I'm having are real, or whether I am imagining them. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Copyright © 2001

The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University

	1	2	3	4	5
	Never True	Rarely True	Sometimes True	Often True	Always True
49. I feel that my wishes or thoughts will come true as if by magic.	1	2	3	4	5
50. People see me as being rude or inconsiderate, and I don't know why.	1	2	3	4	5
51. I understand and know things that nobody else is able to understand or know.	1	2	3	4	5
52. I know that I cannot tell others certain things about the world that I understand, because I know to others it would appear crazy.	1	2	3	4	5
53. I have seen things which do not exist in reality.	1	2	3	4	5
54. I feel as if I have been somewhere or done something before when I really haven't.	1	2	3	4	5
55. I can't tell whether I simply want something to be true, or whether it really is true.	1	2	3	4	5
56. I believe that things will happen simply by thinking about them.	1	2	3	4	5
57. Somehow, I never know quite how to conduct myself with people.	1	2	3	4	5
58. I have been told that I enjoy seeing other people suffer.	1	2	3	4	5
59. I have lost good friends because when we disagreed about how to solve a problem, I couldn't stand it and they ended the relationship.	1	2	3	4	5
60. I have intentionally seriously harmed someone.	1	2	3	4	5
61. If you want to maintain control, you have to make sure that people are afraid of you.	1	2	3	4	5
62. I have seriously harmed someone but it was in self-defense.	1	2	3	4	5
63. I have been told that I try to control others by making them feel guilty.	1	2	3	4	5
64. I enjoy inflicting physical harm on others.	1	2	3	4	5
65. I neglect my physical health.	1	2	3	4	5
66. You can only obtain what you want by hurting yourself or threatening others with hurting yourself.	1	2	3	4	5
67. I like having others afraid of me.	1	2	3	4	5
68. I can't resist scratching myself, or picking my skin, or doing other things which others consider hurtful but relieves tension.	1	2	3	4	5
69. I find the suffering of other people exciting.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Never True	Rarely True	Sometimes True	Often True	Always True

70. I am well controlled when everything is in order and in its place, but when people don't understand or mess things up I get angry and hostile. 1 2 3 4 5
71. I enjoy making other people suffer. 1 2 3 4 5
72. It is a big relief to be able to hurt, cut or cause physical pain to myself. 1 2 3 4 5
73. I enjoy activities that others consider dangerous. 1 2 3 4 5
74. I have made life-threatening suicidal attempts. 1 2 3 4 5
75. I am a friendly person, but I lose my patience, get hostile, and later regret it. 1 2 3 4 5
76. Everybody would steal if they were not afraid of being caught. 1 2 3 4 5
77. What people have is divided so unfairly that I feel justified in taking things that aren't mine if I can do so safely. 1 2 3 4 5
78. There are periods of time when my behavior agrees with what I've been taught is moral, and other times when I've acted in an immoral or amoral way. 1 2 3 4 5
79. People pretend feeling guilty when, in fact, they are only afraid of being caught. 1 2 3 4 5
80. Since everybody is out to get things for themselves, it is better to be out for oneself than to be a sucker. 1 2 3 4 5
81. One cannot judge others' real feelings from their surface behavior because what you see can be manipulated. 1 2 3 4 5
82. Since everybody pretends to be concerned about others and moral values, you have to play along with that game. 1 2 3 4 5
83. Fortunately, I'm freed from many of the guilt feelings that bother others and restrict lives. 1 2 3 4 5



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Universitat Ramon Llull

El Dr. Xavier Pujadas i Martí, Vicedegà d'Estudis de Postgrau i de Recerca i secretari de la Comissió d'Ètica i Recerca de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull,

F A C O N S T A R

Que després de valorar la qualitat i aspectes ètics, així com la rellevància científica i tècnica, de l'estudi "Aportaciones del psicoanálisis al psicodiagnóstico clínico: validación de la versión española del "Inventory of Personality Organization (IPO)." presentat per Salvatore Cosentino, la Comissió que representa emet un informe favorable del mateix.

I perquè consti als efectes oportuns, a petició de l'interessat, ho signa a Barcelona, el vint-i-u d'abril de dos mil setze.



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull
C. Císter, 34
08022 Barcelona



Información para los participantes

Los miembros de los equipos de investigación “Grup de Recerca en Comunicació i Salut (COMSAL)” y “Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF)”, dirigido por Salvatore Cosentino, Eulàlia Arias Pujol y Carles Pérez Testor, estamos llevando a cabo el proyecto de investigación: **APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS AL PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO: VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL “INVENTORY OF PERSONALITY ORGANIZATION (IPO)”**.

El proyecto tiene como objetivo principal la validación de la versión española del Inventory of Personality Organization (IPO, Kernberg & Clarkin 1995; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001), un test de evaluación de la personalidad construido sobre el modelo teórico de personalidad de Otto Kernberg. En primer lugar, se llevará a cabo una versión en lengua castellana de dicho test que sea válida y que pueda ser administrada a la población española, y, en segundo lugar, se averiguará la validez del test y la capacidad de sus escalas para destacar y discriminar las diferencias entre una población clínica de sujetos y una población que no tiene ningún trastorno psicopatológico diagnosticado. En el proyecto participan los siguientes centros de investigación: _____ . En el contexto de esta investigación le pedimos su colaboración para que conteste a una serie de preguntas ya que usted cumple los siguientes criterios de inclusión hablando español (España) a nivel nativo y siendo mayor de edad.

Esta colaboración implica participar en contestar a las preguntas de unos tests de evaluación psicológica. Todos los participantes tendrán asignado un código por lo que es imposible identificar al participante con las respuestas dadas, garantizando totalmente la confidencialidad. Los datos que se obtengan de su participación no se utilizarán con ningún otro fin distinto del explicitado en esta investigación que pasarán a formar parte de un fichero de datos del que será máximo responsable el investigador principal. Dichos datos quedarían protegidos mediante unas claves de acceso a la base de datos, y únicamente tendrán acceso a la información los responsables de la investigación.

El fichero de datos del estudio estará bajo la responsabilidad del IP ante el cual podrá ejercer en todo momento los derechos que establece la Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales.

Nos ponemos a su disposición para resolver cualquier duda que la misma haya suscitado. Puede contactar con nosotros a través del formulario que encontrará en nuestra página web:

<http://www.blanquerna.edu/es/node/29173>

<http://blanquerna.edu/es/node/29185>



Consentimiento informado

Yo, _____, mayor de edad, con DNI _____,
actuando en nombre e interés propio,

DECLARO QUE:

He recibido información sobre el proyecto “APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS AL PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO: VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL “INVENTORY OF PERSONALITY ORGANIZATION (IPO)” del que se me ha entregado hoja informativa anexa a este consentimiento y para el que se solicita mi participación. He entendido su significado, me han sido aclaradas las dudas y me han sido expuestas las acciones que se derivan del mismo. Se me ha informado de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y protección de datos en cuanto a la gestión de datos personales que comporta el proyecto y las garantías tomadas en cumplimiento de la Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales.

Mi colaboración en el proyecto es totalmente voluntaria y tengo derecho a retirarme del mismo en cualquier momento, revocando el presente consentimiento, sin que esta retirada pueda influir negativamente en mi persona en sentido alguno. En caso de retirada, tengo derecho a que mis datos sean cancelados del fichero del estudio.

Por todo ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO A:

1. Participar en el proyecto “APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS AL PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO: VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL “INVENTORY OF PERSONALITY ORGANIZATION (IPO)”.
2. Que los equipos de investigación “Grup de Recerca en Comunicació i Salut (COMSAL)” y “Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF)” y al Dr. Salvatore Cosentino como investigador principal, puedan gestionar mis datos personales y difundir la información que el proyecto genere. Se garantiza que se preservará en todo momento mi identidad e intimidad, con las garantías establecidas en la ley 15/1999 de protección de datos y normativa complementaria.
3. Que los equipos “Grup de Recerca en Comunicació i Salut (COMSAL)” y “Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF)” conserven todos los registros efectuados sobre mi persona en soporte electrónico, con las garantías y los plazos legalmente previstos, si estuviesen establecidos, y a falta de previsión legal, por el tiempo que fuese necesario para cumplir las funciones del proyecto para las que los datos fueron recabados.

En Barcelona, a _____

[FIRMA PARTICIPANTE]

[FIRMA DEL IP]



Información para los participantes

Los miembros de los equipos de investigación “Grup de Recerca en Comunicació i Salut (COMSAL)” y “Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF)”, dirigido por Salvatore Cosentino, Eulàlia Arias Pujol y Carles Pérez Testor, estamos llevando a cabo el proyecto de investigación: **APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS AL PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO: VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL “INVENTORY OF PERSONALITY ORGANIZATION (IPO)”**.

El proyecto tiene como objetivo principal la validación de la versión española del Inventory of Personality Organization (IPO, Kernberg & Clarkin 1995; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001), un test de evaluación de la personalidad construido sobre el modelo teórico de personalidad de Otto Kernberg. En primer lugar, se llevará a cabo una versión en lengua castellana de dicho test que sea válida y que pueda ser administrada a la población española, y, en segundo lugar, se averiguará la validez del test y la capacidad de sus escalas para destacar y discriminar las diferencias entre una población clínica de sujetos y una población que no tiene ningún trastorno psicopatológico diagnosticado. En el proyecto participan los siguientes centros de investigación: _____ . En el contexto de esta investigación le pedimos su colaboración para que conteste a una serie de preguntas ya que usted cumple los siguientes criterios de inclusión hablando español (España) a nivel nativo y habiendo acudido a un centro de atención psicológica.

Esta colaboración implica participar en contestar a las preguntas de los tests de evaluación psicológica. Todos los participantes tendrán asignado un código por lo que es imposible identificar al participante con las respuestas dadas, garantizando totalmente la confidencialidad. Los datos que se obtengan de su participación no se utilizarán con ningún otro fin distinto del explicitado en esta investigación que pasarán a formar parte de un fichero de datos del que será máximo responsable el investigador principal. Dichos datos quedarían protegidos mediante unas claves de acceso a la base de datos, y únicamente tendrán acceso a la información los responsables de la investigación.

El fichero de datos del estudio estará bajo la responsabilidad del IP ante el cual podrá ejercer en todo momento los derechos que establece la Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales.

Nos ponemos a su disposición para resolver cualquier duda que la misma haya suscitado. Puede contactar con nosotros a través del formulario que encontrará en nuestra página web:

<http://www.blanquerna.edu/es/node/29173>

<http://blanquerna.edu/es/node/29185>



Consentimiento informado

Yo, _____, mayor de edad, con DNI _____,
actuando en nombre e interés propio,

DECLARO QUE:

He recibido información sobre el proyecto “APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS AL PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO: VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL “INVENTORY OF PERSONALITY ORGANIZATION (IPO)” del que se me ha entregado hoja informativa anexa a este consentimiento y para el que se solicita mi participación. He entendido su significado, me han sido aclaradas las dudas y me han sido expuestas las acciones que se derivan del mismo. Se me ha informado de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y protección de datos en cuanto a la gestión de datos personales que comporta el proyecto y las garantías tomadas en cumplimiento de la Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales.

Mi colaboración en el proyecto es totalmente voluntaria y tengo derecho a retirarme del mismo en cualquier momento, revocando el presente consentimiento, sin que esta retirada pueda influir negativamente en mi persona en sentido alguno. En caso de retirada, tengo derecho a que mis datos sean cancelados del fichero del estudio.

Por todo ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO A:

1. Participar en el proyecto “APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS AL PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO: VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL “INVENTORY OF PERSONALITY ORGANIZATION (IPO)”.
2. Que los equipos de investigación “Grup de Recerca en Comunicació i Salut (COMSAL)” y “Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF)” y al Dr. Salvatore Cosentino como investigador principal, puedan gestionar mis datos personales y difundir la información que el proyecto genere. Se garantiza que se preservará en todo momento mi identidad e intimidad, con las garantías establecidas en la ley 15/1999 de protección de datos y normativa complementaria.
3. Que los equipos “Grup de Recerca en Comunicació i Salut (COMSAL)” y “Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF)” conserven todos los registros efectuados sobre mi persona en soporte electrónico, con las garantías y los plazos legalmente previstos, si estuviesen establecidos, y a falta de previsión legal, por el tiempo que fuese necesario para cumplir las funciones del proyecto para las que los datos fueron recabados.

En Barcelona, a _____

[FIRMA PARTICIPANTE]

[FIRMA DEL IP]

Edad: _____

Sexo: M F

País y Comunidad Autónoma de nacimiento: _____

Estado relacional:

- Soltero
- Con pareja
- Casado/convivente
- Separado/divorciado
- Viudo

Nivel de escolaridad:

- Educación básica
- Educación secundaria
- Bachillerato
- Estudios superiores/universitarios

Profesión:

- Estudiante
- Desempleado
- Trabajador dependiente
- Trabajador autónomo
- Profesional

¿Ha usted consultado algún servicio de salud mental en los últimos años? SI NO

¿Tiene usted algún trastorno psicológico diagnosticado? SI NO

En caso afirmativo, indique el tipo de trastorno diagnosticado:

- Trastorno de ansiedad
- Trastorno depresivo
- Trastorno de la conducta alimentaria
- Trastorno del sueño
- Trastorno mental grave (por ejemplo trastorno bipolar, esquizofrenia)
- Adicciones
- Otro: _____

¿Está usted en tratamiento psicológico y/o farmacológico? SI NO

CUESTIONARIO 1

Inventario de la Organización de la Personalidad (IPO)

Versión española del Inventory of Personality Organization (IPO) (Kernberg, O.F. & Clarkin, J.F., 1995), con permiso del autor, de: Cosentino, S., Arias, E. & Perez-Testor, C. (2014).

Instrucciones: las siguientes páginas recogen afirmaciones con las que las personas se describen a sí mismas. Por favor, intente ser lo más sincero y objetivo que pueda al marcar las afirmaciones que describen con precisión sus sentimientos y actitudes. Lea las afirmaciones una por una y decida cómo se aplican a sus actividades cotidianas, sentimientos, pensamientos y relaciones. Después, rodee con un círculo el número que considere más oportuno. Si no se siente en absoluto identificado con la afirmación, rodee el número "1", correspondiente a "Nunca cierto". Si se siente totalmente identificado con la afirmación, rodee el número "5", correspondiente a "Siempre cierto". Si la afirmación no se cumple "Siempre" ni "Nunca", marque los números "2", "3" y "4" según la frecuencia o la intensidad con la que se cumpla la afirmación. Algunas preguntas le piden información sobre dos aspectos, conteste con convicción solo si *ambas* partes de la pregunta se cumplen en su caso. No hay un tiempo límite para rellenar el cuestionario, pero lo más adecuado es trabajar tan rápido como considere oportuno. *Lo más apropiado sería quedarse con la primera respuesta que le venga a la mente.* Por favor, responda a todas las preguntas.

1 Nunca Verdadero	2 Casi nunca verdadero	3 A veces verdadero	4 Frecuentemente verdadero	5 Siempre verdadero
-------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------------	---------------------------

- | | |
|---|-----------|
| 1. Tiendo a idealizar a otros, aunque más tarde me dé cuenta de que estaba equivocado. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Siento que algunas personas a las que antes admiraba profundamente me han decepcionado al no estar a la altura de las expectativas que tenía sobre ellos. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Siento que ha pasado mucho tiempo desde que alguien pensó o me dijo algo que yo no supiese antes. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Me resulta difícil confiar en las personas porque con frecuencia se vuelven contra mí o me defraudan. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Necesito admirar a alguna persona para sentirme seguro. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Me sorprende haciendo cosas que en otros momentos no considero sensatas, como tener sexo promiscuo, mentir, beber, tener temperamento irritable o cometer delitos leves. | 1 2 3 4 5 |
| 7. La gente me dice que tengo dificultades para ver defectos en aquellos a quienes admiro. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Siento que no consigo lo que quiero. | 1 2 3 4 5 |
| 9. La gente me dice que me comporto de manera contradictoria. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Creo que las personas son básicamente buenas o malas; hay pocas que realmente estén en un punto intermedio. | 1 2 3 4 5 |
| 11. La gente tiende a utilizarme si no tengo cuidado. | 1 2 3 4 5 |
| 12. Me comporto de un modo que los otros juzgan como impredecible o errático. | 1 2 3 4 5 |
| 13. Hay personas a las que no solo admiro, sino que casi idealizo. | 1 2 3 4 5 |
| 14. Hago cosas que siento que están bien mientras las hago, pero después me cuesta creer que las haya podido hacer. | 1 2 3 4 5 |
| 15. La gente suele responder de dos maneras: agobiándome con amor o abandonándome. | 1 2 3 4 5 |
| 16. Suelo sentir las cosas de un modo extremo: o experimentando una intensa alegría o una gran desesperación. | 1 2 3 4 5 |
| 17. Me siento como un fraude o un impostor, como si los demás me vieran de un modo diferente a como realmente soy. | 1 2 3 4 5 |

Inventario de la Organización de la Personalidad (IPO)

Versión española del Inventory of Personality Organization (IPO) (Kernberg, O.F. & Clarkin, J.F., 1995), con permiso del autor, de: Cosentino, S., Arias-Pujol, E. & Perez-Testor, C. (2014).

1 Nunca Verdadero	2 Casi nunca verdadero	3 A veces verdadero	4 Frecuentemente verdadero	5 Siempre verdadero
-------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------------	---------------------------

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 18. Siento que soy una persona muy diferente cuando estoy en casa en comparación a cómo soy en la escuela o en el trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Siento que mis gustos y opiniones no son mías en realidad, sino que las he tomado de otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Algunos de mis amigos se sorprenderían si supieran la manera tan diferente en la que me comporto en distintas situaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Fluctúo de calido y generoso a frío e indiferente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. La gente me dice que les provocho o les confundo para conseguir lo que quiero. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. No puedo explicarme mis cambios de comportamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Hago de forma impulsiva cosas que creo que son socialmente inaceptables. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Me involucro en relaciones con gente que realmente no me gusta porque me resulta difícil decir que no. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Si mi vida fuera un libro sería una colección de relatos breves, escritos por diferentes autores, más que una novela extensa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Empiezo hobbies e intereses que luego dejo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Cuando otros me ven como un triunfador, estoy eufórico y, cuando me ven fracasar, me siento desolado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Temo que la gente que considero importante cambie de repente sus sentimientos hacia mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Me resulta difícil estar seguro de lo que otros piensan de mí, incluso aquellos que me conocen muy bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Estar solo es difícil para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Me veo de diferentes maneras en momentos distintos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. En las relaciones íntimas, me da miedo perder el sentido de mí mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Mis objetivos vitales cambian con frecuencia de un año a otro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Mis objetivos cambian constantemente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Tras involucrarme con las personas, me sorprende averiguar cómo son realmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Ni siquiera la gente que me conoce bien puede adivinar cuál será mi comportamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Cuando todo a mi alrededor es inestable y confuso también yo me siento así en mi interior. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. No estoy seguro de si una voz que he oído o algo que he visto es mi imaginación o no. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Cuando estoy nervioso o confundido, parece que el mundo exterior tampoco tiene sentido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Me siento como si yo fuera otra persona, un amigo o un familiar, o incluso alguien a quien no conozco. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Creo que veo cosas que las observo de cerca y resultan ser algo distinto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Cuando estoy incómodo, no puedo decir si es algo emocional o físico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Puedo ver u oír cosas que nadie más puede ver ni oír. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Oigo cosas que según la gente no están ahí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. He oído o visto cosas cuando no existía una razón aparente para ello. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Hago cosas que molestan a otras personas y no entiendo por qué. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. No puedo afirmar si algunas de las sensaciones físicas que tengo son reales o están en mi imaginación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Siento que mis deseos o pensamientos se volverán realidad por arte de magia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. La gente me considera rudo o desconsiderado y yo no comprendo por qué. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Entiendo y sé cosas que nadie más es capaz de entender o saber. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Sé que no puedo contar a otros ciertas cosas que entiendo acerca del mundo porque creerían que estoy loco. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. He visto cosas que en realidad no existían. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Me siento como si hubiera estado en algún sitio o hubiera hecho algo antes, cuando en realidad no lo hecho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. No sé diferenciar si algo es verdad en realidad o si simplemente deseo que sea verdad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56. Creo que las cosas ocurrirán solo por pensar en ellas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Inventario de la Organización de la Personalidad (IPO)

Versión española del Inventory of Personality Organization (IPO) (Kernberg, O.F. & Clarkin, J.F., 1995), con permiso del autor, de: Cosentino, S., Arias-Pujol, E. & Perez-Testor, C. (2014).

1 Nunca Verdadero	2 Casi nunca verdadero	3 A veces verdadero	4 Frecuentemente verdadero	5 Siempre verdadero
-------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------------	---------------------------

57. En realidad no sé bien cómo comportarme con la gente. 1 2 3 4 5
58. Me han dicho que disfruto viendo sufrir a otras personas. 1 2 3 4 5
59. He perdido amigos porque cuando hemos estado en desacuerdo sobre cómo resolver un problema, yo no podía soportarlo y ellos han roto la relación. 1 2 3 4 5
60. He dañado gravemente a otra persona de forma intencionada. 1 2 3 4 5
61. Si quieres mantener el control, tienes que asegurarte de que la gente tenga miedo de ti. 1 2 3 4 5
62. He dañado gravemente a otra persona, pero lo he hecho en defensa propia. 1 2 3 4 5
63. Me han dicho que intento controlar a otros haciéndoles sentir culpables. 1 2 3 4 5
64. Disfruto infligiendo daño físico a otras personas. 1 2 3 4 5
65. Descuido mi salud física. 1 2 3 4 5
66. Solo puedes obtener lo que quieres haciéndote daño a ti mismo o amenazando a los otros con hacértelo. 1 2 3 4 5
67. Me gusta que los otros me tengan miedo. 1 2 3 4 5
68. No puedo evitar rascarme, pellizcarme o hacer otras cosas que los demás consideran dolorosas, para aliviar mi tensión. 1 2 3 4 5
69. El sufrimiento de los demás me parece fascinante. 1 2 3 4 5
70. Estoy controlado cuando todo está en orden y en su lugar, pero cuando la gente no entiende o estropea las cosas, me enfado y me vuelvo hostil. 1 2 3 4 5
71. Disfruto haciendo sufrir a otras personas. 1 2 3 4 5
72. Siento un gran alivio al herirme, cortarme o causarme daño físico. 1 2 3 4 5
73. Disfruto con actividades que los otros consideran peligrosas. 1 2 3 4 5
74. He cometido intentos de suicidio. 1 2 3 4 5
75. Soy una persona amigable, pero pierdo la paciencia, me vuelvo hostil y, más tarde, me arrepiento. 1 2 3 4 5
76. Todo el mundo robaría si no tuviera miedo a ser descubierto. 1 2 3 4 5
77. El reparto de bienes entre la gente es tan injusto que me siento justificado a coger cosas que no son mías, siempre que pueda hacerlo de forma segura. 1 2 3 4 5
78. Durante algunos periodos, mi comportamiento se corresponde con lo que me han enseñado que es moral, pero otras veces me comporto de forma inmoral o amoral. 1 2 3 4 5
79. La gente finge sentirse culpable cuando, en realidad, solo tiene miedo de ser descubiertos. 1 2 3 4 5
80. Dado que todo el mundo hace lo que sea por conseguir lo que quiere, es mejor hacer lo mismo que ser un perdedor. 1 2 3 4 5
81. No se pueden juzgar los sentimientos reales de otras personas a partir de su comportamiento aparente porque lo que ves puede estar manipulado. 1 2 3 4 5
82. Dado que todos fingen estar preocupados por los demás y por los valores morales, hay que seguirles el juego. 1 2 3 4 5
83. Afortunadamente, me he liberado de los sentimientos de culpa que preocupan a otros y restringen sus vidas. 1 2 3 4 5

Inventario de la Organización de la Personalidad (IPO)

Versión española del Inventory of Personality Organization (IPO) (Kernberg, O.F. & Clarkin, J.F., 1995), con permiso del autor, de: Cosentino, S., Arias-Pujol, E. & Perez-Testor, C. (2014).

CUESTIONARIO 2

A continuación aparecen una serie de palabras que describen sentimientos. Lea cada palabra e indique con el círculo la intensidad con que siente cada uno de los 20 sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Conteste lo más sinceramente posible.

1 Nunca o casi nada	2 Un poco	3 Bastante	4 Mucho	5 Muchísimo
--------------------------------------	----------------------------	-----------------------------	--------------------------	------------------------------

- | | | | | |
|--------------------|--|--|--|-----------|
| 1. Interés | | | | 1 2 3 4 5 |
| 2. Tensión | | | | 1 2 3 4 5 |
| 3. Animación | | | | 1 2 3 4 5 |
| 4. Disgusto | | | | 1 2 3 4 5 |
| 5. Energía | | | | 1 2 3 4 5 |
| 6. Culpa | | | | 1 2 3 4 5 |
| 7. Susto | | | | 1 2 3 4 5 |
| 8. Enojo | | | | 1 2 3 4 5 |
| 9. Entusiasmo | | | | 1 2 3 4 5 |
| 10. Orgullo | | | | 1 2 3 4 5 |
| 11. Irritación | | | | 1 2 3 4 5 |
| 12. Disposición | | | | 1 2 3 4 5 |
| 13. Vergüenza | | | | 1 2 3 4 5 |
| 14. Inspiración | | | | 1 2 3 4 5 |
| 15. Nerviosismo | | | | 1 2 3 4 5 |
| 16. Decisión | | | | 1 2 3 4 5 |
| 17. Atención | | | | 1 2 3 4 5 |
| 18. Intranquilidad | | | | 1 2 3 4 5 |
| 19. Actividad | | | | 1 2 3 4 5 |
| 20. Temor | | | | 1 2 3 4 5 |

CUESTIONARIO 3

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días(incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda. Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

0 Nada en absoluto	1 Un poco presente	2 Moderatamente	3 Bastante	4 Mucho o extremadamente
-----------------------	-----------------------	--------------------	---------------	-----------------------------

- | | |
|--|-----------|
| 01. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos | 0 1 2 3 4 |
| 02. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás | 0 1 2 3 4 |
| 03. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle | 0 1 2 3 4 |
| 04. Oír voces que otras personas no oyen | 0 1 2 3 4 |
| 05. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas | 0 1 2 3 4 |
| 06. Tener miedo de repente y sin razón | 0 1 2 3 4 |
| 07. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar | 0 1 2 3 4 |
| 08. Miedo a salir de casa solo/a | 0 1 2 3 4 |
| 09. Sentirse solo/a | 0 1 2 3 4 |
| 10. Sentirse triste | 0 1 2 3 4 |
| 11. No sentir interés por las cosas | 0 1 2 3 4 |
| 12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad | 0 1 2 3 4 |
| 13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos | 0 1 2 3 4 |
| 14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso | 0 1 2 3 4 |
| 15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta | 0 1 2 3 4 |
| 16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien | 0 1 2 3 4 |
| 17. Sentirse inferior a los demás | 0 1 2 3 4 |
| 18. Dolores musculares | 0 1 2 3 4 |
| 19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted | 0 1 2 3 4 |
| 20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace | 0 1 2 3 4 |
| 21. Tener dificultades para tomar decisiones | 0 1 2 3 4 |
| 22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren | 0 1 2 3 4 |
| 23. Sentir calor o frío de repente | 0 1 2 3 4 |
| 24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo | 0 1 2 3 4 |
| 25. Que se le quede la mente en blanco | 0 1 2 3 4 |
| 26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo | 0 1 2 3 4 |
| 27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro | 0 1 2 3 4 |
| 28. Tener dificultades para concentrarse | 0 1 2 3 4 |
| 29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo | 0 1 2 3 4 |
| 30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a | 0 1 2 3 4 |
| 31. Pesadez en los brazos o en las piernas | 0 1 2 3 4 |
| 32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted | 0 1 2 3 4 |
| 33. Tener pensamientos que no son suyos | 0 1 2 3 4 |
| 34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien | 0 1 2 3 4 |
| 35. Tener ganas de romper algo | 0 1 2 3 4 |
| 36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas | 0 1 2 3 4 |
| 37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.) | 0 1 2 3 4 |
| 38. Ataques de terror o pánico | 0 1 2 3 4 |
| 39. Tener discusiones frecuentes | 0 1 2 3 4 |
| 40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros | 0 1 2 3 4 |
| 41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a | 0 1 2 3 4 |
| 42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada | 0 1 2 3 4 |
| 43. Gritar o tirar cosas | 0 1 2 3 4 |
| 44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara | 0 1 2 3 4 |
| 45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados | 0 1 2 3 4 |

CUESTIONARIO 4

A continuación aparecen una serie de expresiones que describen conductas y sentimientos agresivos. Indique con el círculo la intensidad con que siente cada una de las expresiones durante la última semana, incluido el día de hoy. Conteste lo más sinceramente posible.

5 Completamente verdadero para mí	4 Bastante verdadero para mí	3 Ni verdadero ni falso para mí	2 Bastante falso para mí	1 Completamente falso para mí
---	------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

01. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona	5 4 3 2 1
02. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos	5 4 3 2 1
03. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida	5 4 3 2 1
04. A veces soy bastante envidioso	5 4 3 2 1
05. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona	5 4 3 2 1
06. A menudo no estoy de acuerdo con la gente	5 4 3 2 1
07. Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo	5 4 3 2 1
08. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente	5 4 3 2 1
09. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también	5 4 3 2 1
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos	5 4 3 2 1
11. Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar	5 4 3 2 1
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades	5 4 3 2 1
13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal	5 4 3 2 1
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos	5 4 3 2 1
15. Soy una persona apacible	5 4 3 2 1
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas	5 4 3 2 1
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago	5 4 3 2 1
18. Mis amigos dicen que discuto mucho	5 4 3 2 1
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva	5 4 3 2 1
20. Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas	5 4 3 2 1
21. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos	5 4 3 2 1
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón	5 4 3 2 1
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables	5 4 3 2 1
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona	5 4 3 2 1
25. Tengo dificultades para controlar mi genio	5 4 3 2 1
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas	5 4 3 2 1
27. He amenazado a gente que conozco	5 4 3 2 1
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán	5 4 3 2 1
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas	5 4 3 2 1

Ha terminado. Muchas Gracias por su colaboración.

Edad:_____

Sexo: M F

País y Comunidad Autónoma de nacimiento:_____

Estado relacional:

- Soltero
- Con pareja
- Casado/convivente
- Separado/divorciado
- Viudo

Nivel de escolaridad:

- Educación básica
- Educación secundaria
- Bachillerato
- Estudios superiores/universitarios

Profesión:

- Estudiante
- Desempleado
- Trabajador dependiente
- Trabajador autónomo
- Profesional

¿Qué tipo de trastorno psicológico tiene usted diagnosticado?

- Trastorno de ansiedad
- Trastorno depresivo
- Trastorno de la conducta alimentaria
- Trastorno mental severo (por ejemplo trastorno bipolar, esquizofrenia)
- Adicciones
- Otro:_____

CUESTIONARIO 1

Inventario de la Organización de la Personalidad (IPO)

Versión española del Inventory of Personality Organization (IPO) (Kernberg, O.F. & Clarkin, J.F., 1995), con permiso del autor, de: Cosentino, S., Arias-Pujol, E. & Perez-Testor, C. (2014).

Instrucciones: las siguientes páginas recogen afirmaciones con las que las personas se describen a sí mismas. Por favor, intente ser lo más sincero y objetivo que pueda al marcar las afirmaciones que describen con precisión sus sentimientos y actitudes. Lea las afirmaciones una por una y decida cómo se aplican a sus actividades cotidianas, sentimientos, pensamientos y relaciones. Después, rodee con un círculo el número que considere más oportuno. Si no se siente en absoluto identificado con la afirmación, rodee el número "1", correspondiente a "Nunca cierto". Si se siente totalmente identificado con la afirmación, rodee el número "5", correspondiente a "Siempre cierto". Si la afirmación no se cumple "Siempre" ni "Nunca", marque los números "2", "3" y "4" según la frecuencia o la intensidad con la que se cumpla la afirmación. Algunas preguntas le piden información sobre dos aspectos, conteste con convicción solo si *ambas* partes de la pregunta se cumplen en su caso. No hay un tiempo límite para rellenar el cuestionario, pero lo más adecuado es trabajar tan rápido como considere oportuno. *Lo más apropiado sería quedarse con la primera respuesta que le venga a la mente.* Por favor, responda a todas las preguntas.

1 Nunca Verdadero	2 Casi nunca verdadero	3 A veces verdadero	4 Frecuentemente verdadero	5 Siempre verdadero
-------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------------	---------------------------

1. Tiendo a idealizar a otros, aunque más tarde me dé cuenta de que estaba equivocado. 1 2 3 4 5
2. Siento que algunas personas a las que antes admiraba profundamente me han decepcionado al no estar a la altura de las expectativas que tenía sobre ellos. 1 2 3 4 5
3. Siento que ha pasado mucho tiempo desde que alguien pensó o me dijo algo que yo no supiese antes. 1 2 3 4 5
4. Me resulta difícil confiar en las personas porque con frecuencia se vuelven contra mí o me defraudan. 1 2 3 4 5
5. Necesito admirar a alguna persona para sentirme seguro. 1 2 3 4 5
6. Me sorprende haciendo cosas que en otros momentos no considero sensatas, como tener sexo promiscuo, mentir, beber, tener temperamento irritable o cometer delitos leves. 1 2 3 4 5
7. La gente me dice que tengo dificultades para ver defectos en aquellos a quienes admiro. 1 2 3 4 5
8. Siento que no consigo lo que quiero. 1 2 3 4 5
9. La gente me dice que me comporto de manera contradictoria. 1 2 3 4 5
10. Creo que las personas son básicamente buenas o malas; hay pocas que realmente estén en un punto intermedio. 1 2 3 4 5
11. La gente tiende a utilizarme si no tengo cuidado. 1 2 3 4 5
12. Me comporto de un modo que los otros juzgan como impredecible o errático. 1 2 3 4 5
13. Hay personas a las que no solo admiro, sino que casi idealizo. 1 2 3 4 5
14. Hago cosas que siento que están bien mientras las hago, pero después me cuesta creer que las haya podido hacer. 1 2 3 4 5
15. La gente suele responder de dos maneras: agobiándome con amor o abandonándome. 1 2 3 4 5
16. Suelo sentir las cosas de un modo extremo: o experimentando una intensa alegría o una gran desesperación. 1 2 3 4 5
17. Me siento como un fraude o un impostor, como si los demás me vieran de un modo diferente a como realmente soy. 1 2 3 4 5

Inventario de la Organización de la Personalidad (IPO)

Versión española del Inventory of Personality Organization (IPO) (Kernberg, O.F. & Clarkin, J.F., 1995), con permiso del autor, de: Cosentino, S., Arias-Pujol, E. & Perez-Testor, C. (2014).

1 Nunca verdadero	2 Casi nunca verdadero	3 A veces verdadero	4 Frecuentemente verdadero	5 Siempre verdadero
-------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------------	---------------------------

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 18. Siento que soy una persona muy diferente cuando estoy en casa en comparación a cómo soy en la escuela o en el trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Siento que mis gustos y opiniones no son mías en realidad, sino que las he tomado de otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Algunos de mis amigos se sorprenderían si supieran la manera tan diferente en la que me comporto en distintas situaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Fluctúo de calido y generoso a frío e indiferente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. La gente me dice que les provocho o les confundo para conseguir lo que quiero. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. No puedo explicarme mis cambios de comportamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Hago de forma impulsiva cosas que creo que son socialmente inaceptables. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Me involucro en relaciones con gente que realmente no me gusta porque me resulta difícil decir que no. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Si mi vida fuera un libro sería una colección de relatos breves, escritos por diferentes autores, más que una novela extensa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Empiezo hobbies e intereses que luego dejo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Cuando otros me ven como un triunfador, estoy eufórico y, cuando me ven fracasar, me siento desolado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Temo que la gente que considero importante cambie de repente sus sentimientos hacia mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Me resulta difícil estar seguro de lo que otros piensan de mí, incluso aquellos que me conocen muy bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Estar solo es difícil para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Me veo de diferentes maneras en momentos distintos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. En las relaciones íntimas, me da miedo perder el sentido de mí mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Mis objetivos vitales cambian con frecuencia de un año a otro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Mis objetivos cambian constantemente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Tras involucrarme con las personas, me sorprende averiguar cómo son realmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Ni siquiera la gente que me conoce bien puede adivinar cuál será mi comportamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Cuando todo a mi alrededor es inestable y confuso también yo me siento así en mi interior. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. No estoy seguro de si una voz que he oído o algo que he visto es mi imaginación o no. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Cuando estoy nervioso o confundido, parece que el mundo exterior tampoco tiene sentido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Me siento como si yo fuera otra persona, un amigo o un familiar, o incluso alguien a quien no conozco. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Creo que veo cosas que las observo de cerca y resultan ser algo distinto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Cuando estoy incómodo, no puedo decir si es algo emocional o físico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Puedo ver u oír cosas que nadie más puede ver ni oír. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Oigo cosas que según la gente no están ahí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. He oído o visto cosas cuando no existía una razón aparente para ello. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Hago cosas que molestan a otras personas y no entiendo por qué. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. No puedo afirmar si algunas de las sensaciones físicas que tengo son reales o están en mi imaginación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Siento que mis deseos o pensamientos se volverán realidad por arte de magia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. La gente me considera rudo o desconsiderado y yo no comprendo por qué. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Entiendo y sé cosas que nadie más es capaz de entender o saber. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Sé que no puedo contar a otros ciertas cosas que entiendo acerca del mundo porque creerían que estoy loco. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. He visto cosas que en realidad no existían. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Me siento como si hubiera estado en algún sitio o hubiera hecho algo antes, cuando en realidad no lo hecho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. No sé diferenciar si algo es verdad en realidad o si simplemente deseo que sea verdad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56. Creo que las cosas ocurrirán solo por pensar en ellas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57. En realidad no sé bien cómo comportarme con la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Inventario de la Organización de la Personalidad (IPO)

Versión española del Inventory of Personality Organization (IPO) (Kernberg, O.F. & Clarkin, J.F., 1995), con permiso del autor, de: Cosentino, S., Arias-Pujol, E. & Perez-Testor, C. (2014).

CUESTIONARIO 2

A continuación aparecen una serie de palabras que describen sentimientos. Lea cada palabra e indique con el círculo la intensidad con que siente cada uno de los 20 sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Conteste lo más sinceramente posible.

1 Nunca o casi nada	2 Un poco	3 Bastante	4 Mucho	5 Muchísimo
------------------------	--------------	---------------	------------	----------------

1. Interés	1 2 3 4 5
2. Tensión	1 2 3 4 5
3. Animación	1 2 3 4 5
4. Disgusto	1 2 3 4 5
5. Energía	1 2 3 4 5
6. Culpa	1 2 3 4 5
7. Susto	1 2 3 4 5
8. Enojo	1 2 3 4 5
9. Entusiasmo	1 2 3 4 5
10. Orgullo	1 2 3 4 5
11. Irritación	1 2 3 4 5
12. Disposición	1 2 3 4 5
13. Vergüenza	1 2 3 4 5
14. Inspiración	1 2 3 4 5
15. Nerviosismo	1 2 3 4 5
16. Decisión	1 2 3 4 5
17. Atención	1 2 3 4 5
18. Intranquilidad	1 2 3 4 5
19. Actividad	1 2 3 4 5
20. Temor	1 2 3 4 5

CUESTIONARIO 3

Las siguientes afirmaciones se refieren a sus reacciones personales a una serie de situaciones. Considere cada declaración cuidadosamente antes de responder. Si una afirmación es verdadera marque V como respuesta. Si una afirmación es falsa o no suele ser cierta cuando se le aplica, marque F como respuesta. Es importante que conteste con la mayor honestidad posible.

1. Me resulta difícil imitar el comportamiento de otras personas. _____
2. Puedo dar charlas improvisadas incluso sobre temas de los que casi no tengo información. _____
3. Supongo que suelo montar "shows" (espectáculos) para impresionar o entretener a los demás. _____
4. Probablemente sería un buen actor. _____
5. En un grupo de personas raramente soy el centro de la atención. _____
6. Me he planteado ser animador/artista. _____
7. Nunca se me han dado bien los juegos que requieren actuar improvisando. _____
8. Me resulta difícil cambiar mi comportamiento para encajar con diferentes personas y diferentes situaciones. _____
9. Puedo mirar a alguien a los ojos y mentir sin variar mi gesto (si es para un buen fin). _____

CUESTIONARIO 4

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda. Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

0 Nada en absoluto	1 Un poco presente	2 Moderatamente	3 Bastante	4 Mucho o extremadamente
-----------------------	-----------------------	--------------------	---------------	-----------------------------

01. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0 1 2 3 4
02. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0 1 2 3 4
03. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0 1 2 3 4
04. Oír voces que otras personas no oyen	0 1 2 3 4
05. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0 1 2 3 4
06. Tener miedo de repente y sin razón	0 1 2 3 4
07. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0 1 2 3 4
08. Miedo a salir de casa solo/a	0 1 2 3 4
09. Sentirse solo/a	0 1 2 3 4
10. Sentirse triste	0 1 2 3 4
11. No sentir interés por las cosas	0 1 2 3 4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0 1 2 3 4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0 1 2 3 4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0 1 2 3 4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0 1 2 3 4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0 1 2 3 4
17. Sentirse inferior a los demás	0 1 2 3 4
18. Dolores musculares	0 1 2 3 4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0 1 2 3 4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0 1 2 3 4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0 1 2 3 4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0 1 2 3 4
23. Sentir calor o frío de repente	0 1 2 3 4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0 1 2 3 4
25. Que se le quede la mente en blanco	0 1 2 3 4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0 1 2 3 4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0 1 2 3 4
28. Tener dificultades para concentrarse	0 1 2 3 4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0 1 2 3 4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0 1 2 3 4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0 1 2 3 4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0 1 2 3 4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0 1 2 3 4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0 1 2 3 4
35. Tener ganas de romper algo	0 1 2 3 4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0 1 2 3 4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0 1 2 3 4
38. Ataques de terror o pánico	0 1 2 3 4
39. Tener discusiones frecuentes	0 1 2 3 4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0 1 2 3 4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0 1 2 3 4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0 1 2 3 4
43. Gritar o tirar cosas	0 1 2 3 4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0 1 2 3 4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0 1 2 3 4

CUESTIONARIO 5

A continuación aparecen una serie de expresiones que describen conductas y sentimientos agresivos. Indique con el círculo la intensidad con que siente cada una de las expresiones durante la última semana, incluido el día de hoy. Conteste lo más sinceramente posible.

5 Completamente verdadero para mí	4 Bastante verdadero para mí	3 Ni verdadero ni falso para mí	2 Bastante falso para mí	1 Completamente falso para mí
---	------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

01. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona	5 4 3 2 1
02. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos	5 4 3 2 1
03. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida	5 4 3 2 1
04. A veces soy bastante envidioso	5 4 3 2 1
05. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona	5 4 3 2 1
06. A menudo no estoy de acuerdo con la gente	5 4 3 2 1
07. Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo	5 4 3 2 1
08. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente	5 4 3 2 1
09. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también	5 4 3 2 1
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos	5 4 3 2 1
11. Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar	5 4 3 2 1
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades	5 4 3 2 1
13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal	5 4 3 2 1
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos	5 4 3 2 1
15. Soy una persona apacible	5 4 3 2 1
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas	5 4 3 2 1
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago	5 4 3 2 1
18. Mis amigos dicen que discuto mucho	5 4 3 2 1
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva	5 4 3 2 1
20. Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas	5 4 3 2 1
21. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos	5 4 3 2 1
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón	5 4 3 2 1
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables	5 4 3 2 1
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona	5 4 3 2 1
25. Tengo dificultades para controlar mi genio	5 4 3 2 1
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas	5 4 3 2 1
27. He amenazado a gente que conozco	5 4 3 2 1
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán	5 4 3 2 1
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas	5 4 3 2 1

Ha terminado. Muchas Gracias por su colaboración.