



UNIVERSITAT DE BARCELONA

Estabilidad de la personalidad durante la presencia y tras la remisión completa de un trastorno mental

Beatriz Gutiérrez López

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

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

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



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Estabilidad de los rasgos de personalidad durante la presencia y tras la remisión completa de un trastorno mental

Beatriz Gutiérrez López

Logroño, marzo 2020

Programa de doctorado

Cerebro, Cognición y Conducta

Directores

Dr. David Gallardo Pujol y Dr. Ignacio Mata Pastor

Por Beatriz Gutiérrez López

Agradecimientos

Gracias a mi esposo Alfonso y a mi hija Anne por llenar mis días de alegría: os quiero tanto. Gracias a los dos por todo el tiempo robado y por respetar esa puerta cerrada que separa mi espacio profesional del personal.

Gracias a mis padres por enseñarme a luchar y no sucumbir ante la adversidad. Mis dos grandes maestros de vida: tanto cariño y tanto consuelo no tienen precio. Tanto por nada, tanto recibido, tanto por entregar y devolver a esta vida.

Gracias a mis suegros por todo el apoyo recibido en el cuidado de lo que más quiero: “mi familia”. Sin vosotros todo sería más costoso en esto que ahora llaman la conciliación familiar.

Gracias a mis compañeros de Fundación Argibide (Pamplona) por permitirme formar parte de un gran equipo de trabajo en el cual he aprendido y disfrutado tanto. Gracias a todos por vuestro esfuerzo y trabajo extra en la recogida de la muestra de este estudio. Sin vuestra colaboración esta tesis hoy no podría cerrarse: gracias. Quiero resaltar muy especialmente a dos de mis compañeras: Susana y Gala. Susana, gracias por inspirarme y recordarme que soy capaz de realizar éste y tantos proyectos pendientes de escribir. ¡Un verdadero placer compañera! Gala, gracias por cuidar esta investigación tan bien o mejor de lo que lo hubiera hecho yo. Tu labor ha sido indispensable para que este trabajo haya podido llegar a su fin.

También quisiera dar las gracias a esas personas que en su función como maestros de escuela, de instituto, de universidad y de formación especializada me han enseñado a pensar y a sumergirme en el conocimiento profundo de esta disciplina. Son muchos los encuentros de conocimiento que almaceno en mi memoria autobiográfica y muchos a los que aspiro llegar en mi futuro profesional. Gracias a todos: sin vuestro conocimiento y vuestra implicación en la enseñanza mi formación no hubiera llegado hasta aquí.

Y por último, mi más sincero y dedicado agradecimiento a todos mis pacientes y a todas las personas que todavía hoy siguen acudiendo a mi consulta en busca de mi ayuda profesional como Psicóloga Clínica. Gracias por lo que me enseñáis, por vuestra confianza y por vuestra lucha, que es la mía.

Gracias a los profesionales de Fundación Argibide y de la Universidad de Barcelona por ayudarme en mi desarrollo profesional y laboral. Deseo con ahincó que la esperanza y las ganas por seguir aprendiendo me acompañen siempre, así como que sean fuente de inspiración para todos los que tenga cerca.

Este trabajo es para todos nosotros porque la salud mental es cosa de todos y todos somos vulnerables.

Un saludo,

Beatriz Gutiérrez López
Especialista en Psicología Clínica
En Logroño, a 15 de enero de 2020.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. MARCO TEÓRICO

Resumen	15
Abstract	16
1. Introducción	
1.1. Conceptualización actual de la personalidad.....	17
1.2. Rasgos de personalidad.....	26
1.2.1. Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae.....	26
1.2.2. Hallazgos empíricos	30
1.2.3. Cuestiones sobre los hallazgos empíricos.....	35
1.3. Relación existente entre los rasgos de personalidad y la psicopatología.....	40
1.4. Rasgos de personalidad durante y después de sufrir un trastorno mental.....	44
1.5. Planteamiento del estudio.....	55
1.6. Objetivos e hipótesis.....	56

II. MARCO EMPÍRICO

2. Material y método

2.1. Características de la muestra.....	61
2.1.1 Participantes (línea base).....	62
2.1.2 Participantes (longitudinal).....	67
2.1.3. Participantes con y sin remisión completa del TM.....	69
2.2. Instrumentos.....	76
2.3. Procedimiento.....	80
2.4. Análisis estadístico.....	82
2.5. Aspectos éticos y legales.....	83

3. Resultados

3.1. Análisis de la pérdida muestral.....	84
3.2. Perfil de personalidad muestral.....	85
3.3. Personalidad y grupos diagnósticos.....	86
3.4. Personalidad y género.....	91

3.5. Estabilidad-cambio de la personalidad durante y después del TM.....	94
3.5.1. Muestra con remisión completa del TM.....	96
3.5.2. Muestra sin remisión completa del TM.....	97
3.6. Diferencias intergrupales de las muestras con y sin remisión completa de su TM.....	99
3.6.1. Variables sociodemográficas.....	99
3.6.2. Tipo de TM y variables clínicas.....	100
3.6.3. Tipo de tratamiento y cambio sintomatológico.....	101
3.6.4. Personalidad y cambio de personalidad.....	103
3.7. Modelo de estimación del cambio en neuroticismo.....	106
3.8. Estimación de los rasgos de personalidad a partir de autovalores.....	109
4. Discusión	121
5. Conclusiones	142
<u>III. REFERENCIAS</u>	151
<u>IV. ANEXOS</u>	
1. Consentimiento Informado.....	167
2. Cuadernillo de recogida de datos.....	171
3. Escala de Impresión Clínica Global.....	175
4. Escala de Impresión Clínica Global- Mejoría.....	176

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. Facetas del MCF (Costa y McCrae, 1992).....	28
Tabla 2. Principios de la personalidad (<i>adaptado de Roberts, Wood y Caspi, 2008</i>).....	34
Tabla 3. Factores de estabilidad – cambio de la personalidad (<i>adaptado de Roberts, Wood y Caspi, 2008</i>).....	35
Tabla 4. Adaptación de los índices básicos de estabilidad y cambio de la personalidad (Roberts, Wood y Caspi., 2008)	39
Tabla 5. Dominios de orden superior y facetas de personalidad según el DSM-5 (APA, 2013)	43
Tabla 6. Criterios para el diagnóstico de TP según el DSM-5 (APA, 2013).....	43
Tabla 7. Cambios en la estabilidad absoluta de las cinco dimensiones de personalidad tras la recuperación de un TM.....	54
Tabla 8. Características sociodemográficas y diagnósticos clínicos de la muestra base (<i>tiempo 1</i> ; N= 146)	63
Tabla 9. Características sociodemográficas y diagnósticos clínicos de los sujetos con ingreso parcial en HDA (<i>tiempo 1</i> ; N= 26)	66
Tabla 10. Características sociodemográficas y diagnósticos clínicos de la muestra longitudinal.....	69
Tabla 11. Características sociodemográficas y diagnósticos clínicos de la muestra que presenta una recuperación completa de su TM en un intervalo máximo de tratamiento de 6 meses.....	72
Tabla 12. Características sociodemográficas y diagnósticos clínicos de la muestra que no presenta una recuperación completa de su TM en un intervalo máximo de tratamiento de 6 meses	75
Tabla 13. Análisis de la pérdida muestral entre el <i>tiempo 1</i> y el <i>tiempo 2</i>	84
Tabla 14. Medias y (desviaciones típicas) de las dimensiones de personalidad del NEO-PI-R por grupos diagnósticos : TH, TA , TE y TP en el <i>tiempo 1</i>	88
Tabla 15. Medias y (desviaciones típicas) de las facetas de R del NEO-PI-R para los grupos diagnósticos de TH, TA , TE y TP en el <i>tiempo 1</i>	89
Tabla 16. Medias y (desviaciones típicas) de las dimensiones de personalidad del NEO-PI-R	

para los grupos de TH, TA , TE y TP en el <i>tiempo 2</i>	90
Tabla 17. Medias y (desviaciones típicas) de las dimensiones de personalidad del NEO-PI-R para los grupos de TH, TA , TE y TP en el <i>tiempo 3</i>	90
Tabla 18. Medias y (desviaciones típicas) de las dimensiones del NEO-PI-R por género en el <i>tiempo 1</i>	92
Tabla 19. Medias y (DT) de las escalas del SCL-90-R, de la edad de inicio en Salud Mental y de los años de evolución del TM por género en el <i>tiempo 1</i>	93
Tabla 20. Test-retest, Medias y Desviaciones Típicas de las dimensiones y facetas de la personalidad de la muestra con recuperación completa en el <i>tiempo 1 y tiempo 3</i> , prueba <i>t de Student</i> para muestras relacionadas y <i>d de Cohen</i>	95
Tabla 21. Test-retest, Medias de las dimensiones y facetas de la personalidad en el <i>tiempo 1 y tiempo 3 de la muestra sin recuperación completa</i> , y prueba <i>t de Student</i> para muestras relacionadas	98
Tabla 22. Distribución del ICG y de la comorbilidad en función de la presencia/ ausencia de RC	100
Tabla 23. M y DT de variables clínicas del grupo que se recupera completamente y el que no se recupera completamente de su TM	101
Tabla 24. Condición y tipo de tratamiento que reciben los sujetos en función de la presencia/ausencia de RC	101
Tabla 25. M y DT de las cinco dimensiones de personalidad y del “Cambio medio” de las mismas por grupos en función de la presencia o ausencia de RC	105
Tabla 26. Matriz de correlaciones de variables.....	107
Tabla 27. Análisis de RML para el “CambioN”	109
Tabla 28. Medias y DT de las cinco dimensiones de personalidad en el <i>tiempo 1, tiempo 2 y tiempo 3</i>	120

FIGURAS

Figura 1. Teoría Multinivel de McAdams (adaptado de Mc. Adams,1996).....	20
Figura 2. Modelo de la personalidad de McCrae y Costa (adaptado de McCrae y Costa,1999).....	23
Figura 3. Porcentaje de sujetos en tratamiento ambulatorio (Instituto Privado de Fundación Argibide) y en hospitalización parcial (Red Pública de Salud Mental de Navarra).....	61
Figura 4. ICG de la muestra base en el <i>tiempo 1</i>	64
Figura 5. ICG de la muestra en la condición de ingreso parcial en HDA <i>tiempo 1</i>	65
Figura 6. Número de sujetos con TM y número de sujetos con recuperación total, recuperación parcial, igual estado clínico y empeoramiento clínico a nivel longitudinal según criterio clínico.....	70
Figura 7. ICG de la muestra que presenta una recuperación completa de su TM.....	71
Figura 8. ICG de la muestra que no presenta una recuperación completa de su TM.....	75
Figura 9. Proceso de recogida de la muestra, participantes y pérdida de muestra.....	81
Figura 10. Puntuaciones medias de las cinco dimensiones de personalidad de la muestra....	85
Figura 11. Número de sujetos con TM y distribución de la muestra por diagnósticos clínicos en el <i>tiempo 1, tiempo 2 y tiempo 3</i>	87
Figura 12. Perfil de personalidad de los sujetos que presentan una recuperación completa, en el <i>tiempo 1, tiempo 2 y tiempo 3</i>	96
Figura 13. Perfil de personalidad de los sujetos que no presentan una recuperación completa, en el <i>tiempo 1, tiempo 2 y tiempo 3</i>	99
Figura 14. Perfil de personalidad en el tiempo 1 y longitudinalmente, de los sujetos con y sin recuperación completa.....	103
Figura 15. Curva ROC para el modelo predictor del “CambioN”.....	108
Figura 16. Diagrama de dispersión de N2 por N1	112
Figura 17. Diagrama de dispersión de E 2 por E1	112
Figura 18. Diagrama de dispersión de O2 por O1	113
Figura 19. Diagrama de dispersión de A 2 por A1.....	113
Figura 20. Diagrama de dispersión de R2 por R1	114

Figura 21. Diagrama de dispersión de N3 por N2.....	116
Figura 22. Diagrama de dispersión de E 3 por E1.....	116
Figura 23. Diagrama de dispersión de O3 por O2	117
Figura 24. Diagrama de dispersión de A 3 por A2.....	117
Figura 25. Diagrama de dispersión de R3 por R2	118
Figura 26. Perfil de personalidad de toda la muestra en el <i>tiempo 1, tiempo 2 y tiempo 3</i> ...	119

Resumen

Estudiar la relación que mantiene la personalidad y el Trastorno Mental (TM) resulta de gran interés en el momento actual. Uno de los objetivos principales de esta investigación es valorar la estabilidad-cambio de los rasgos de personalidad durante la presencia de un TM y tras la remisión completa del mismo. También nos interesa conocer si existen tipos de TM y/o condiciones clínicas que afectan de modo diferencial a la estabilidad-cambio de la evaluación de la personalidad. Para ello hemos realizado un estudio longitudinal a 6 meses en la comunidad de Navarra (España), en el cual se ha evaluado la personalidad y la psicopatología de 146 sujetos que inician y/o reinician un tratamiento especializado en salud mental. Para evaluar la personalidad de los sujetos se ha utilizado el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992) y para valorar la psicopatología general el SCL-90-R (Derogatis, 1994).

El 67.1% (N= 98) de muestra son mujeres con una media de edad de 36.01 años. El 28,1% presenta un Trastornos de Ansiedad (TA), el 24,6 % un Trastorno del Humor (TH), el 20,5% un Trastorno de Estrés (TE), el 17,8 % un Trastorno de Personalidad (TP) y el 0,6 % otro tipo de cuadro psicopatológico. El perfil de personalidad de la muestra se caracteriza por una puntuación alta en Neuroticismo (N), baja Extraversión (E), media en Apertura a la experiencia (O), media en Amabilidad (A) y baja en Responsabilidad (C). Tras analizar todos los datos con el programa estadístico SPSS-21, nuestros resultados son indicativos de que a excepción de la dimensión N, todas las dimensiones de personalidad presentan una adecuada estabilidad relativa y absoluta frente a la psicopatología y su tratamiento. Según nuestros datos, el TM produce un efecto amplificador y transitorio de la dimensión N y todas sus facetas, y una tendencia a la baja en la puntuación C, que es significativa para las facetas “Autodisciplina” y “Competencia”. Este cambio en la dimensión N parece asociarse al cambio psicopatológico que se produce durante la realización del tratamiento. Además nuestros datos son indicativos de que los rasgos de personalidad N y E se asocian de manera significativa con la psicopatología y que los sujetos con cuadros psicopatológicos de menor duración y gravedad clínica presentan mayor remisión completa de su TM, que los sujetos con cuadros psicopatológicos más graves y cronificados en el tiempo.

Todos los datos extraídos de nuestro estudio parecen converger en la hipótesis de que la duración del TM afecta de manera diferencial a la patoplastia de la personalidad.

Palabras claves: personalidad, cambio y estabilidad, trastorno mental, tratamiento.

Abstract

Studying the association between personality and mental disorders is of great interest at present times. One of the main aims of this research is to assess the stability-change of personality traits during the presence of a mental disorder and after its complete referral. We are also interested in finding out if there are types of mental disorders and/or clinical conditions that differentially affect the stability-change of personality assessment. Using a longitudinal study from *Comunidad de Navarra* followed during 6 months, we assessed personality and psychopathology in 146 participants starting or restarting specialized mental health care. NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992) has been used to assess personality and SCL-90-R (Derogatis, 1994) to evaluate general psychopathology.

67.1% (N= 98) of the sample are women with a mean age of 36.01. 28.1% with a primary diagnosis of Anxiety Disorder (AD), 24.6% of Mood Disorders (MD), 20.5% of Stress Disorder (SD), 17.8% of Personality Disorder (PD) and 0.6% of other psychopathological problems. Sample personality profile is characterized by high scores in neuroticism (N), low extraversion (E) scores, average scores in openness to experience (O), average scores in agreeableness (A) and low conscientiousness (C) scores. After analyzing all the data with SPSS-21 software, the results highlight that with the exception of N domain, all other personality domains have adequate relative and absolute stability as compare with psychopathology and its treatment. According to our data, the mental disorder produce an amplifier and transient effect in N domain and all its facets and a downward trend in the C score significant for "self-discipline" and "competence" facets. This change in N domain seems to be related to the psychopathological change produced during treatment. Also our data are indicative that N and E domains are significantly associated to psychopathology. In our sample, subjects with milder or shorter psychological problems show successful mental health referral as compare with subjects with more severe and chronic disorders.

All the data extracted from our study seem to converge on the hypothesis that the course and duration of the mental disorder affect differentially personality pathoplasty.

Key words: personality, change and stability, mental disorders, treatment.

I. MARCO TEÓRICO

1. Introducción

Son muchos los escollos que la psicología de la personalidad ha tenido que superar para llegar a los importantes avances científicos que se mantienen en el momento actual y que surgieron en la década que algunos como el Dr. Andrés Pueyo (2003), denominan: “*la nueva psicología de la personalidad*” (finales del 1990 e inicios del 2000). La mayoría de los estudiosos de la personalidad podríamos estar de acuerdo respecto a que la personalidad es entendida como: “*un conjunto de características psicológicas que imprimen coherencia al comportamiento del individuo*” (Romero, 2005).

Actualmente las nuevas clasificaciones en salud mental han hecho un verdadero esfuerzo por proponer una semiología de la personalidad basada en dimensiones jerárquicas que puedan recoger y representar de una manera válida los últimos hallazgos en psicología de la personalidad y en psicología de las diferencias humanas. Tanto es así, que el comité encargado del estudio de los Trastornos de la Personalidad (TP) en el DSM-V, propuso superar las limitaciones que generaba la división multiaxial entre el Trastorno Mental (TM) y el TP, y optar por un análisis dimensional de la personalidad que pudiera incardinar el estudio de los rasgos de personalidad, de los TP y de los TM. En el momento actual, sabemos que el diagnóstico de TP no es tan estable en el tiempo como se pensaba y que son los rasgos de personalidad asociados al TP los que mantienen una alta estabilidad temporal y los que predicen el tipo de TP que puede presentar un sujeto (Morey y col. 2007; Wright, Hopwood, y Zanarini, 2015). El estudio sobre la relación que mantienen los rasgos de personalidad y la psicopatología se encuentra en un momento álgido, siendo muchos los investigadores interesados en conocer cómo la patología se inserta en la personalidad del individuo y cómo ésta última, puede influir en el TM.

Con nuestra investigación pretendemos ampliar y/o verificar el conocimiento existente sobre la relación que mantienen estos dos conceptos teóricos, así como ahondar en los matices de esta interacción. Para ello realizaremos una breve revisión sobre lo que se entiende actualmente por personalidad, sobre el tipo de relación que mantiene la personalidad y el TM, y más en concreto, nos centraremos en cómo los cinco rasgos de personalidad más validados y replicados en el momento actual se relacionan con el TM. Intentaremos responder si existe una asociación diferencial entre distintos TM y distintos rasgos de personalidad, y si

la presencia de un TM genera cambios en las dimensiones de personalidad. De ser así, valoraremos a qué pueden asociarse esos cambios.

1.1. Conceptualización actual de la personalidad

Durante varias décadas los estudiosos de la personalidad han dedicado múltiples esfuerzos por verificar y validar *cuáles son las características psicológicas que mejor definen la personalidad del individuo*. Es decir, determinar cuáles son las unidades de análisis básicas que mejor capturan la varianza explicativa del concepto personalidad y permiten un acercamiento fidedigno a este constructo teórico. En el momento actual, podemos decir que disponemos de un amplio consenso sobre cómo se define la personalidad y cuáles son las unidades de análisis básicas que la conforman.

A lo largo de la historia de la psicología de la personalidad, han sido muchas las perspectivas teóricas que han tratado este constructo y prácticamente todas las escuelas psicológicas (psicoanálisis, humanismo, conductismo, cognitivismo o biologicismo) han diseñado su propia teoría de la personalidad. A lo largo de la década 1990-2000, todas estas teorías han ido confluyendo y evolucionando hacia dos metateorías o visiones de la personalidad: la perspectiva biodisposicional y la perspectiva sociocognitiva (Romero, 2005). Dentro de estas dos visiones son el Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae (1992) y el Modelo Situacionista de Mischel y Shoda (1995), los que vienen dominando el estudio de la psicología de la personalidad en las últimas décadas.

De manera breve exponemos la base conceptual y los representantes con mayor impacto de ambas visiones de la personalidad. *La perspectiva disposicional*, supone que existen unas disposiciones básicas universales que generan tendencias estables de comportamiento, sentimiento y pensamiento. Todos estos modelos tienen en común que describen la personalidad como un conjunto jerárquico de rasgos y que utilizan el análisis factorial para identificar las unidades de medida básicas que componen la personalidad. Allport (1937), fue uno de los primeros autores en resaltar el concepto de rasgos en un enfoque idiosincrásico de estudio de la personalidad. No obstante, su modelo fue superado rápidamente por modelos de rasgos que estudiaban de una manera nomotética el constructo personalidad. Dentro de estos modelos se encuadran: 1) los modelos léxicos que determinan las dimensiones de la personalidad a partir de analizar de una manera factorial el lenguaje que utilizan los individuos a la hora de definir la personalidad. Los representantes de estos

modelos léxico son: el modelo de los dieciséis factores de Catell (1949) y el modelo de los cinco grandes de Costa y McCrae (1992), y 2) los modelos biológicos, que consideran que las bases de las diferencias individuales en la personalidad se encuentran en sistemas biológicos responsables de la emoción, la motivación y el aprendizaje. Dentro de estos modelos, se encuentran el modelo tridimensional de Eysenk (1987), el modelo de los cinco factores de Zuckerman (2002), el modelo de sensibilidad al castigo (ansiedad) y a la recompensa (impulsividad) de Gray (1991), y el modelo de los siete factores de Cloninger (1993). *La perspectiva socio-cognitiva o motivacional*, conceptualiza al individuo como un agente social que en base a sus motivos, metas, estrategias y esquemas cognitivos dirige su conducta hacia la adaptación y la consecución de metas personales. Este enfoque resalta el dinamismo de los individuos a la hora de adaptarse al medio social. Según los representantes de este modelo, el ser humano organiza su vida en torno a la consecución de metas y objetivos. Es esta tendencia del ser humano a dirigir su conducta en la consecución de un objetivo la que genera la consistencia conductual de los individuos en las distintas situaciones (Mischel y Shoda, 1995; McAdams y Olson, 2010). Desde esta perspectiva, la personalidad empieza a desarrollarse en la primera infancia, periodo evolutivo nuclear en el desarrollo del autoconcepto y en el aprendizaje por imitación (Rogers, 1960). El niño de una manera progresiva tomará consciencia de que es un agente social (capacidad de autodeterminación y autoregulación) y que dispone de capacidad de adaptación a las distintas situaciones (McAdams y Olson, 2010). Freud, Adler, Rogers, Maslow o Bandura se basaron en la visión motivacional a la hora de desarrollar sus teorías psicológicas.

Como podemos observar ambas perspectivas teóricas difieren claramente en la concepción de la personalidad, mientras la primera metateoría estudia los rasgos universales y estables de la personalidad, la segunda y metateoría se centra en analizar los aspectos motivacionales idiosincrásicos y volubles al cambio en cada individuo. Estas dos concepciones durante años mantuvieron muy activos los clásicos debates en el estudio de la personalidad: 1) herencia-ambiente: “¿las características de la personalidad son heredadas o dependen del medio ambiente?”, 2) estabilidad-cambio: “¿las características de la personalidad se mantienen estables o cambian con el tiempo y las circunstancias?”, y 3) aproximación idiográfica-nomotética: “¿estudiamos las características de la personalidad universales a todos los individuos o las específicas de cada individuo?”. Durante décadas estas cuestiones permanecieron irresolubles y el estudio de la personalidad se mantuvo polarizado

obstaculizando la construcción de puntos de encuentro que permitieran un acercamiento más certero al complejo constructo de personalidad. Es a partir del 1996, cuando el teórico McAdams, consigue unificar de una manera holística todos los hallazgos existentes en el campo de la psicología de la personalidad y de las diferencias individuales en una Teoría Multinivel de la Personalidad (**ver figura 1**). Esta teoría es bien acogida por la mayoría de los estudiosos del área que nos ocupa y se mantiene muy vigente en el momento actual.

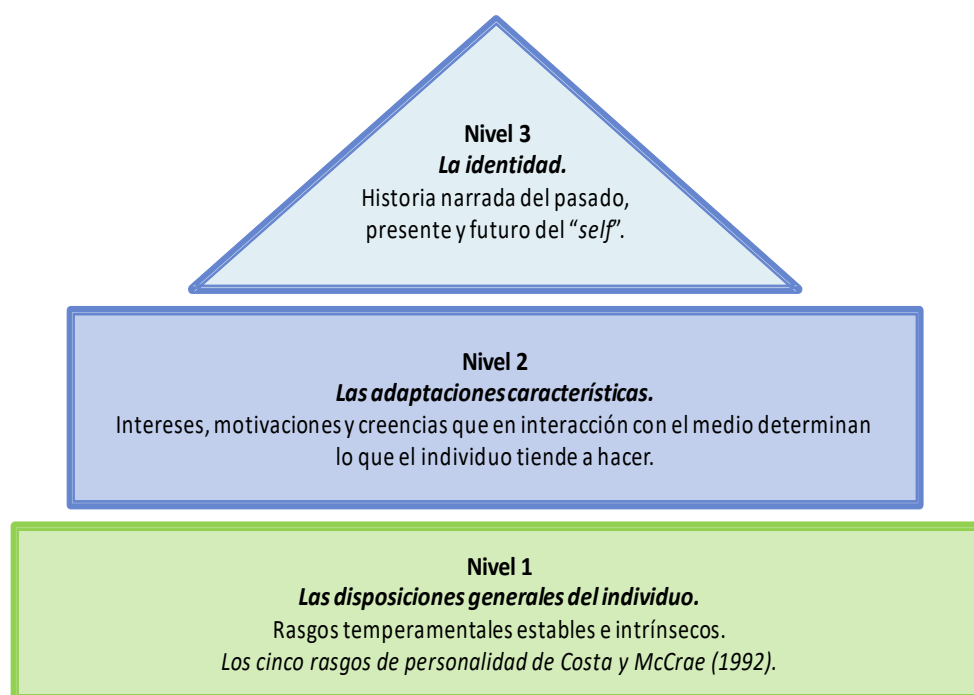


Figura 1. Teoría Multinivel de McAdams (*adaptado de Mc. Adams, 1996*).

Según esta teoría el estudio global del sistema de la personalidad conlleva contemplar tres unidades de análisis de medida independientes y con diferente susceptibilidad al cambio (McAdams, 1996; McAdams y Pals, 2006; McAdams y Olson, 2010; Karl-Heinz, 2010). Tal

y como se puede observar en la figura 1, las tres unidades de análisis que componen el constructo de personalidad son:

1) *Nivel 1. Las disposiciones generales del individuo.* Estas disposiciones generales de la personalidad hacen referencia a los cinco rasgos de personalidad descritos por Costa y McCrae (1992). Tal y como ha avalado la literatura científica, los rasgos que mejor valoran la personalidad del individuo son: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, responsabilidad y amabilidad. Además, tal y como señalan sus propios autores y la evidencia empírica ha demostrado, estos rasgos temperamentales son independientes del contexto sociocultural, tienen importantes raíces hereditarias, son transculturales y presentan una alta estabilidad temporal y situacional (Costa y McCrae, 1996; McAdams y Olson, 2010). Este nivel de análisis de la personalidad hace referencia “*a lo que la persona trae de base*” (McAdams y Pals, 2006).

2) *Nivel 2. Las adaptaciones características.* Según los autores, estas adaptaciones características hacen referencia a los intereses y motivaciones particulares de cada individuo. Estos elementos particulares del individuo en interacción con el contexto específico, acabarán regulando y/o determinando lo que el individuo “*tiende a hacer*”. Es decir, este nivel de la personalidad recoge el argumento principal de las posturas situacionistas, ya que valora que el individuo es un agente activo que en función de sus propios intereses, creencias y/o valores, y en interacción con el medio ambiente desarrolla planes de acción orientados a la consecución de sus propias metas y/o aspiraciones (McAdams y Olson, 2010). Estas adaptaciones características son entendidas como procesos psíquicos dependientes del aprendizaje y por lo tanto, modificables a nivel situacional y temporal. Según McAdams, las adaptaciones características pueden ser valoradas a través de pruebas psicométricas, pruebas subjetivas, o incluso tests proyectivos. Las adaptaciones características hacen referencia a lo que las personas “*realmente hacen*” (McAdams y Pals, 2006).

3) *Nivel 3. La identidad.* Este nivel conceptual hace referencia a lo que la persona realmente es (“*al self*”). McAdams en este nivel de análisis recoge la perspectiva narrativa de estudio de la personalidad, tan propia de la psicología evolutiva y constructivista. La identidad o “*el self*”, surge en la adolescencia y es entendida

como la capacidad del ser humano de narrar su historia de vida, englobando sus experiencias pasadas, presentes y futuras de una manera coherente y continuada en el tiempo. “*La identidad narrada es la autobiografía interiorizada del pasado, del presente y la proyección que uno mismo hace de su self en el futuro*” (McAdams y Olson, 2010). De este modo la cultura y el contexto social, en interacción con el individuo como autor de su propia existencia, aporta experiencias de vida que son incorporadas a la identidad narrada (McAdams y Pals, 2006).

A modo de resumen, la personalidad es definida por esta teoría como: “*la variación única de unos rasgos temperamentales que en interacción con un contexto evolutivo y sociocultural determinado, marcan las adaptaciones características que presenta cada individuo y que acaban definiendo su historia de vida y su identidad*” (McAdams y Olson, 2010). Tal y como señalamos al principio, los tres niveles de análisis de medida de la personalidad son independientes y muestran diferente volubilidad al cambio. El factor ambiental ejerce un efecto moderado de cambio en la expresión fenotípica de los rasgos, un mayor impacto en las adaptaciones características, y un impacto profundo en la identidad del individuo.

Tal y como venimos comentando, esta teoría fué muy bien acogida por los estudiosos de la personalidad y supuso un “*punto y final*” a muchos de los debates infructíferos que bloqueaban nuevos avances en el campo de la personalidad. Es en 1999, cuando Costa y McCrae empiezan a imperar y a dominar en el estudio de la personalidad superando y absorbiendo a todos los modelos antecesores. Costa y McCraen desarrollan su propia teoría conceptual de la personalidad a partir del modelo de los cinco grandes y de la teoría multinivel de la personalidad de McAdams. En la **figura 2**, se muestra el modelo conceptual de la personalidad de Costa y McCrae (1999).

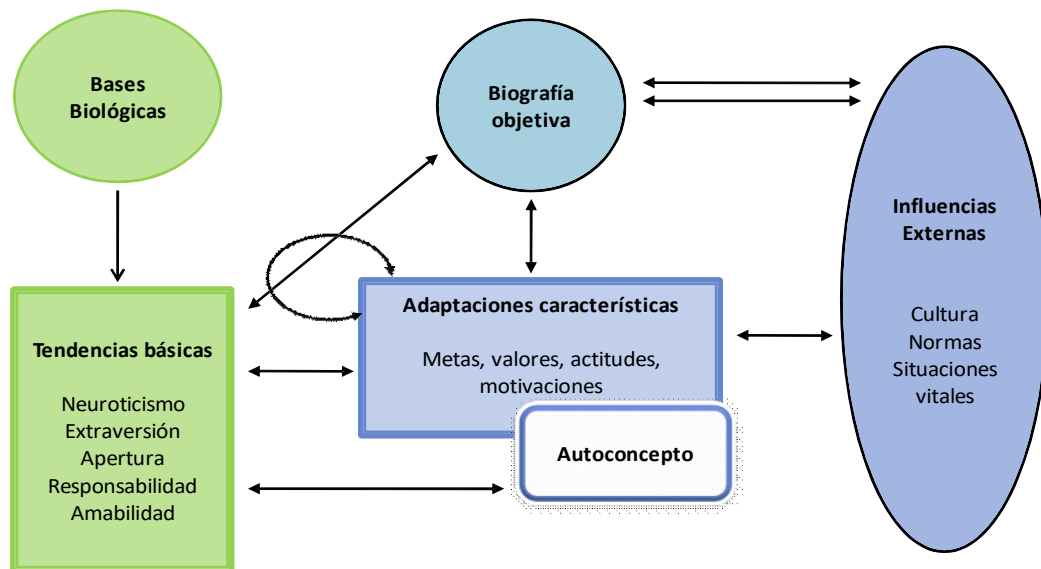


Figura 2. Modelo de la personalidad de McCrae y Costa (adaptado de McCrae y Costa, 1999).

Tal y como se observa en la figura 2, el sistema de personalidad para estos autores está compuesto por un conjunto de componentes nucleares y un conjunto de componentes superficiales. A continuación describimos brevemente los componentes de esta teoría. Los componentes nucleares están compuestos por:

- 1) *Las tendencias básicas de la personalidad.* Estas tendencias básicas de la personalidad hacen referencia a los cinco rasgos universales de la personalidad planteados por Costa y McCrae (1992). Estos rasgos de personalidad están determinados biológicamente y organizan el resto de componentes de la personalidad.
- 2) *Las adaptaciones características de la personalidad.* Estas adaptaciones características incluyen el nivel II y nivel III de la teoría multinivel de McAdams (1996). Las adaptaciones características de la personalidad hacen referencia al modo en que los rasgos se expresan en una situación espacio-temporal determinada. Las metas, expectativas, cogniciones, afectos y actitudes formarían parte de este componente y son el resultado de la interacción del individuo con el medio. Por lo tanto, son plásticas y

cambiantes. La identidad (auto-concepto) es un subconstructo que forma parte de las adaptaciones características y es el resultado final de lo que el individuo ha sido, es y será a lo largo de su desarrollo vital.

Dentro de los componentes periféricos los autores incluyen:

- 1) *La biografía objetiva del individuo*. Es decir, las conductas específicas que realiza cada individuo a lo largo de su vida.
- 2) *Las influencias externas del medio ambiente*. Es decir, la manera en que el medio ambiente interacciona recíprocamente con la biografía del individuo.

Una de las diferencias fundamentales entre esta teoría y la de McAdams, es que para McCrae y Costa (1999), las adaptaciones características están condicionadas por los cinco rasgos de personalidad y son variables mediadoras entre la potencialidad de los rasgos y la conducta manifiesta final. Es decir, los rasgos de personalidad son estables pero también meras potencialidades que han de concretarse en las adaptaciones características, las cuales son cambiantes y plásticas a las influencias externas (Romero, 2005; Viruela, 2013). De este modo, los autores proponen un modelo de la personalidad capaz de integrar variables estables y universales (los rasgos), con variables más inestables (las adaptaciones características), que en interacción con las situaciones externas acaban definiendo la identidad del individuo, y por lo tanto su personalidad.

Actualmente, todos los estudios de la personalidad se centran en los tres niveles de análisis descritos por McAdams: 1) los rasgos, 2) los aspectos motivacionales del individuo, y 3) las narraciones de vida que definen la identidad (McAdams y Olson, 2010). Uno de los niveles de análisis más desarrollados a nivel empírico en el estudio de la personalidad es el de los rasgos. El hecho de que los rasgos sea la unidad de análisis de la personalidad más estudiada puede deberse principalmente al amplio desarrollo de unidades de medida válidas y fiables a la hora de valorar el constructo teórico de “rasgo de personalidad”. En la actualidad se disponen de instrumentos de medida (test de personalidad) con buenas propiedades psicométricas capaces de valorar este tipo de constructos psicológicos. Lamentablemente este gran avance en los instrumentos de medida de los rasgos de personalidad, no se ha producido para el resto de las unidades de análisis de la personalidad. Tal y como se objetivaba en el

estudio de Romero (2002), donde se analizan las publicaciones realizadas desde 1998 hasta 2002 en el campo de la personalidad, la investigación centrada en los rasgos iba ascendiendo progresivamente con los años, a la vez que descendía la de los aspectos motivacionales implicados en la descripción y desarrollo de la personalidad. Dentro de los modelos de rasgos, es el Modelo de los Cinco Factores (MCF) el que se posiciona claramente sobre sus antecesores y en el año 2001, captura hasta el 40 % de la publicaciones centradas en el estudio de la personalidad (Romero, 2002).

Hasta este momento, nuestra revisión teórica se ha centrado en valorar el concepto personalidad desde las dos perspectivas que más han marcado históricamente su desarrollo conceptual y han mantenido activos durante muchos años los clásicos debates: *herencia-medio*, *estabilidad-cambio* y/o *nomotético-idiográfico*. Posteriormente, hemos pasado a presentar la Teoría Multinivel de McAdams (1996), capaz de integrar todos los avances que habían surgido hasta el 2000 en el campo de la personalidad y hemos finalizado con la exposición teórica de uno de los modelos más estudiados en este campo: el modelo conceptual de la personalidad propuesto por Costa y McCrae (1999). A partir de este momento, nuestra revisión teórica se focalizará en el objeto de estudio principal de esta investigación: “*analizar la personalidad durante y después de sufrir un TM*”. Para ello, tomaremos como unidad de análisis básica “*los rasgos de personalidad*” y para su estudio utilizaremos el Modelo de los Cinco Factores (MCF) de Costa y McCrae. Esta decisión la hemos tomado teniendo en cuenta que este modelo es uno de los modelos de análisis dimensional de la personalidad más replicados a nivel científico y por ser el que actualmente utiliza el DSM V en su estudio dimensional de la personalidad y de los TP (Caspi, 2000; De Fruyt, De Clercq, Van de Wiele, Van Heeringen, 2006; Shiner y Caspi, 2005; Widiger y Simonsen, 2005; APA, 2013). A continuación, nuestra revisión teórica y nuestro análisis empírico de la personalidad se centra en la perspectiva biodisposicional y en los rasgos de personalidad (nivel I de la teoría de McAdams).

1.2. Los rasgos de personalidad

Los rasgos de personalidad son las unidades de análisis más estudiadas en la investigación de la psicología de la personalidad y presentan una alta aplicabilidad a nivel científico (Romero, 2005). Los rasgos son definidos como una constelación de disposiciones personales que influyen en cómo un individuo se comporta, piensa y siente (Andrés Andrés Pueyo, 2003). Un rasgo condiciona distintos estados, que dependiendo de las circunstancias externas, son modulados y favorecen el surgimiento de distintas conductas. Las conductas individuales, a diferencia de lo que ocurre con los rasgos de personalidad, no son consistentes ni estables temporalmente sino que son altamente volubles a las circunstancias externas (Andrés Andrés Pueyo, 2003).

1.2.1. El Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae (1992)

El MCF es un modelo de tradición léxica, perspectiva biodisposicional y que utiliza la metodología del análisis factorial para identificar las disposiciones (o rasgos) que configuran la estructura de la personalidad. En el momento actual es el modelo predominante a nivel del estudio de rasgos de personalidad. Para este modelo, los cinco factores que estructuran la personalidad son:

- *Neuroticismo (N) - Estabilidad Emocional*. Las personas que puntúan alto en esta dimensión tienden a mostrarse inseguras, lábiles emocionalmente, tendentes al desánimo y al decaimiento, ansiosas en sus relaciones, inquietas, impulsivas y vulnerables al estrés. Las personas con valores bajos en N suelen ser tranquilas, confiadas y estables a nivel emocional. Cada vez existe mayor consenso de que esta dimensión se encuentra subyacente a los conceptos de autoestima, locus de control y auto-eficacia. Desde una perspectiva biológica se ha asociado el N con el sistema biológico de evitación del daño (ansiedad) propuesto por Gray.
- *Extraversión (E) – Introversión*. Las personas que puntúan alto en esta dimensión tienden a ser cariñosas, joviales, habladoras, sociables y divertidas. En cambio las personas con valores bajos en E, tienden a ser reservadas, silenciosas, solitarias, pasivas e incapaces de mostrar emociones fuertes. Desde una perspectiva biológica se sugiere que la E está asociada al sistema biológico de aproximación a la recompensa (impulsividad) propuesto por Gray y relacionado con el sistema dopaminérgico.

- *Amabilidad (A) – Oposicionismo.* Esta dimensión distingue a las personas compasivas de las crueles. Las personas con un alto nivel de A tienden a ser confiadas, generosas, complacientes, condescendientes y amigables. Las personas que se acercan al extremo opuesto suelen ser desconfiadas, tacañas, hostiles, irritables y críticas con los demás. Los dos polos de esta dimensión se han valorado de manera aislada por su alta relación con las conductas pro-sociales y antisociales.
- *Responsabilidad (C) – Negligencia.* En general las personas con altas puntuaciones en R tienden a ser trabajadoras, puntuales, aplicadas y perseverantes. En cambio, las personas con bajos niveles suelen ser desorganizadas, negligentes, perezosas y tienden a sucumbir ante las dificultades. Esta dimensión se ha relacionado con el autocontrol entendido como la capacidad de planificar, organizar y persistir en la consecución de una tarea.
- *Apertura a la experiencia (O) - Evitación de la experiencia.* Esta dimensión nos permite distinguir a las personas que buscan experiencias nuevas de las personas que se encuentran mejor en su entorno familiar. Las personas con bajos niveles en O suelen ser convencionales, prácticas, conservadoras y presentan baja curiosidad. Apertura a la experiencia es la dimensión más polémica, dada su escasa fiabilidad e inexistencia en los estudios temperamentales con niños (Caspi, Roberts y Shiner, 2005). No obstante, O u originalidad se ha asociado con la escala de psicoticismo PSY-5 (por ej. Ilusiones, percepciones erróneas, distorsiones perceptivas y pensamiento mágico) y alteraciones cognitivo-perceptivas (Widiger y Mullins-Sweatt, 2007).

Estos rasgos según los autores son entidades internas, estables, endógenas, indiosincrásicas y con poder predictivo sobre la conducta (Costa y McCrae, 1992). Los dominios y facetas de este modelo presentan alta validez convergente y discriminativa, la estabilidad temporal de las mismas es de entre 7 y 10 años, y ha sido muy estudiada su relación con la salud mental (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996). Costa y McCrae han sido los propulsores en considerar a los rasgos de personalidad como rasgos temperamentales, cuyo origen y desarrollo es independiente del contexto, aunque su expresión fenotípica pueda estar moldeada por él (McCrae y Costa, 1999). Los rasgos temperamentales son definidos como variables con alto

grado de heredabilidad, alta estabilidad y de importante valor evolutivo (Buss y Plomin, 1984). El estudio del valor evolutivo que presentan los cinco rasgos de personalidad se encuentra en un momento álgido a nivel de la investigación. A continuación, en la **tabla 1** se muestran los cinco rasgos de la personalidad y las seis facetas que los componen.

Tabla 1. Facetas del MCF (*adaptada de Costa y McCrae, 1992*).

Dimensiones	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad
Facetas.	Ansiedad.	Cordialidad.	Fantasía.	Franqueza.	Competencia.
	Hostilidad.	Gregarismo.	Estética.	Altruismo.	Orden.
	Depresión.	Asertividad.	Sentimientos	Modestia.	Necesidad de logro.
	Ansiedad Social.	Actividad.	Acciones.	Confianza.	Sentido del deber.
	Impulsividad.	Búsqueda de excitación.	Ideas.	Actitud conciliadora.	Deliberación.
	Vulnerabilidad.	Emociones positivas.	Valores.	Sensibilidad hacia los demás.	Autodisciplina

En las siguientes líneas definimos brevemente las facetas de personalidad que componen cada una de las cinco dimensiones:

Neuroticismo:

- Ansiedad (N1): es característica de personas aprensivas, inquietas, temerosas, preocupadizas y tendentes a la rumiación. Suele asociarse a la presencia de miedos, fobias y en casos extremos, al trastorno de ansiedad generalizada.
- Hostilidad (N2): tendencia a experimentar ira y enfado.
- Depresión (N3): tendencia a experimentar sentimientos de culpa, melancolía, desesperación y soledad.
- Ansiedad Social (N4): tendencia a sentirse incómodo con los demás, sensible al ridículo y experimentar sentimientos de inferioridad y de vergüenza.
- Impulsividad (N5): tendencia a manifestar dificultad para controlar los impulsos y/o las necesidades. Tendencia a percibir los deseos de manera tan intensa que no puede resistirse a ellos, aunque más adelante le generen consecuencias negativas.

- Vulnerabilidad (N6): tendencia a sentirse incapaz de luchar contra el estrés, convirtiéndose en dependiente, desesperanzado o aterrorizado cuando se enfrenta a situaciones de emergencia.

Extraversión:

- Cordialidad (E1): tendencia a ser afectuoso y amistoso con la gente. Tendencia a establecer relaciones fácilmente con los otros.
- Gregarismo (E2): tendencia a disfrutar reuniéndose y divirtiéndose con otros.
- Asertividad (E3): tendencia a defender sus derechos y a hablar sin temor movilizándolo a los demás. Característica de personas que tienden a ser líderes grupales.
- Actividad (E4): tendencia a estar siempre ocupado. Persona vigorosa y con energía.
- Búsqueda de excitación (E5): tendencia a buscar la excitación y la estimulación; gusta de los colores vivos y los ambientes ruidosos.
- Emociones positivas (E6): tendencia a mostrarse optimista, alegre, divertido y cariñoso.

Apertura:

- Fantasía (O1): persona con una imaginación y con una activa vida fantástica; sus ensoñaciones constituyen una forma de evasión y le permiten acceder a un interesante mundo interior.
- Estética (O2): persona que aprecia profundamente el arte y la belleza; se siente atraída por la poesía, le encanta la música y el arte en general.
- Sentimientos (O3): persona que experimenta de manera profunda y diferenciada los estados emocionales y siente que son importantes para su vida.
- Acciones (O4): persona que prefiere la novedad y la variedad antes que la familiaridad y la rutina.
- Ideas (O5): persona con una búsqueda activa de intereses individuales y alta curiosidad mental. Tendencia a disfrutar con las discusiones filosóficas y con los problemas ingeniosos.
- Valores (O6): persona con disposición para cuestionar los valores sociales, políticos y religiosos.

Amabilidad:

- Franqueza (A1): persona sincera e ingenua. Espontanea y natural.
- Confianza (A2): persona dispuesta a creer que los demás son honestos y bien intencionados.
- Altruismo (A3): persona preocupada activamente por el bienestar de los otros y que se muestra dispuesta a prestar ayuda a los que la necesitan.
- Actitud conciliadora (A4): persona condescendiente con los demás, tiende a inhibir la agresión y a olvidar y perdonar. Persona apacible y benigna.
- Modestia (A5): persona humilde que trata de pasar desapercibida aunque no necesariamente carezca de autoconfianza o autoestima.
- Sensibilidad hacia los demás (A6): persona que se siente afectada por las necesidades ajenas y da importancia a la vertiente humana de las normas sociales.

Responsabilidad:

- Competencia (C1): persona que se considera preparada para enfrentarse a la vida.
- Orden (C2): persona organizada y limpia; guarda las cosas en los lugares adecuados.
- Necesidad de logro (C3): persona con altos niveles de aspiración y que trabaja intensamente para lograr sus objetivos.
- Sentido del deber (C4): persona que se adhiere a sus principios éticos y que cumple las obligaciones morales.
- Deliberación (C5): persona reflexiva y prudente.
- Autodisciplina (C6): persona con capacidad para motivarse a sí mismo hasta conseguir sus objetivos.

1.2.2. Hallazgos empíricos sobre los rasgos de personalidad

1) Una estructura universal de los rasgos de personalidad. Existe un alto consenso sobre que las dimensiones más validadas a la hora de describir la estructura de la personalidad son: neuroticismo, extraversión, amabilidad y responsabilidad (Andrés Andrés Pueyo, 1997; Caspi, 2000; Caspi, Roberts y Shiner, 2005). La dimensión O es una de las dimensiones de personalidad más cuestionadas por la literatura científica (Caspi, Roberts y Shiner, 2005).

2) Estabilidad evolutiva de los rasgos de personalidad. Los rasgos de personalidad se mantienen estables desde la infancia hasta la edad adulta, tal y como se demostró en el estudio Dunedin (Caspi, 2000). Tal y como muestra el estudio de Ferguson (2010), en la infancia los rasgos de personalidad presentan una moderada estabilidad ($r=0,44$), que aumenta en la adolescencia y que alcanza su estabilidad máxima alrededor de los 30 años ($r=0,84$), y sobre todo a las 50 años (Ferguson, 2010). Este aumento de estabilidad relativa poblacional con los años confirma el principio de “*continuidad acumulativa*”. Es decir, aunque la estabilidad no es perfecta y puede haber cambios individuales (estabilidad ipsativa), a nivel poblacional la estabilidad relativa de las dimensiones de la personalidad va aumentando. Además, esta estabilidad se mantiene en sujetos con patrones de personalidad patológicos que realizan intervenciones especializadas para modificar su personalidad (Ferguson, 2010). Los coeficientes de estabilidad relativa en poblaciones normales y en estudios que valoran los rasgos con un intervalo temporal entre dos y diez años, oscilan entre 0,81 y 0,88 (Costa, Herbst, McCrae y Siegler, 2000; Terracciano, Costa y McCrae, 2006). Varios estudios que presentaremos más adelante demostrarán que la estabilidad de los rasgos de personalidad en poblaciones clínicas es algo inferior a la estabilidad de los rasgos en la población normal (Morey y Hopwood, 2013).

3) Teorías explicativas de la estabilidad-cambio de los rasgos de personalidad. Dentro de las teorías que intentan explicar la estabilidad poblacional de los rasgos de personalidad, se encuentran las teorías situacionistas, genetistas y transaccionalistas.

a) *Las teorías situacionistas* hacen hincapié en la importancia del contexto social como mantenedor de la estabilidad de los rasgos de personalidad. Lewis (2001) y su “*principio de continuidad de rol*”, defiende que es el mantenimiento de roles congruentes lo que favorece la estabilidad de los rasgos de personalidad y por lo tanto, es el contexto social y no el físico el responsable de la estabilidad (Roberts, Wood y Caspi, 2008). Caspi y col. (2005) refieren que con la edad el individuo adulto permanece en contextos sociales más estables y que una vez adquirido el rol adulto la personalidad tiende a estabilizarse. No obstante, el principio de maduración psicológica hace que los sujetos tiendan a ser más sociables, amables, responsables y emocionalmente estables.

b) *Desde la perspectiva de genética cuantitativa* existen dos teorías que tratan de explicar la estabilidad de los rasgos de personalidad a partir de factores genéticos o

biológicos. Estas teorías son: *la hipótesis del punto fijo* (Krueger, Markon y Bouchard, 2003) y *la hipótesis de la maduración genética* (McCrae y Costa, 1999; 2000). Según la primera teoría, los diferentes sucesos vitales pueden hacer que las personas se desvíen transitoriamente de su punto de fijación determinado a nivel genético, pero a largo plazo regresarán al mismo (Krueger, Markon y Bouchard, 2003). La hipótesis de la maduración genética es la que defienden McCrae y Costa (1999; 2000) y Kandel y col., (2010), según la cual los rasgos de personalidad muestran su máxima estabilidad con la edad adulta, manteniéndose estables e inmodificables posteriormente. Según McCrae (2000) los rasgos son impermeables a los sucesos vitales y son los responsables de la estabilidad de la personalidad. Posteriormente en el 2008, estos mismos autores cambiarán este supuesto y se adherirán a la hipótesis de la maduración biológica que comentaremos más adelante.

c) *Los estudios de genética de la conducta* tan vigentes en el momento actual, echarán por tierra los presupuestos de las teorías situacionistas y las teorías genetistas, al demostrar que entre un 40 - 60 % de la varianza explicativa de los rasgos de personalidad puede deberse a influencia genética y el resto a la influencia del ambiente específico, y no tanto al ambiente compartido (Loehlin, 1992; Bouchard y McGue, 2003; Kandler, Bleidorn, Riemann, Spinath y Angleitner, 2010). La heredabilidad de N se estima aproximadamente sobre el 50%, la de E sobre el 60% y la de A, R y O se estima habitualmente sobre el 40 % (Plomin y Caspi, 1999). Estos y otros hallazgos, harán que Costa y McCrae (2000) flexibilicen su premisa respecto a la inmodificabilidad de los rasgos por el medio ambiente y propongan la “*hipótesis de la maduración biológica*”. Según la cual, los rasgos tienen una importante fundamentación genética y algunos aspectos ambientales todavía no definidos pueden cambiar estas tendencias temperamentales al influir en los sistemas biológicos que los regulan. Esta hipótesis y todos los hallazgos previos *apoyan la perspectiva transaccional*, según la cual es la interacción entre el ambiente específico y las diferencias individuales genéticas la que mantiene la estabilidad de los rasgos de personalidad (Caspi, Roberts y Shinner, 2005). Dentro de esta perspectiva Roberts, Wood y Caspi (2008), explican la estabilidad de la personalidad a partir de tres hipótesis: hipótesis de la transacción proactiva, transacción reactiva y transacción evocativa. La *transacción proactiva* hace referencia a la tendencia del individuo a elegir de manera activa contextos sociales (pareja y amigos) y laborales (trabajos) acordes con sus rasgos de personalidad, favoreciendo así, el mantenimiento de los mismos. Las transacciones proactivas son de dos tipos: 1) de atracción, cuando el individuo elige

contextos afines a sus rasgos de personalidad, y 2) de selección, cuando el individuo es seleccionado en función de sus rasgos de personalidad. De este modo, la estabilidad de los rasgos se mantendría en el tiempo. La hipótesis de la *transacción reactiva*, hace referencia a la tendencia del individuo a interpretar el contexto concreto en función de sus propios rasgos de personalidad y por lo tanto, según unos filtros cognitivo-emocionales determinados por los rasgos que acaban definiendo el contexto subjetivo de cada individuo. Es decir, el sujeto interpreta el contexto en función de filtros cognitivos y emocionales consistentes con sus rasgos de personalidad creando de esta manera una realidad totalmente subjetiva e individualizada. Las *transacciones evocativas* hacen referencia a la tendencia del individuo a evocar en los demás conductas congruentes con su propia personalidad (Roberts, Wood y Caspi, 2008). Siguiendo estas teorías, el grado de cambio de los rasgos de personalidad dependerá de las transacciones particulares persona-ambiente y aunque a nivel poblacional, se mantiene la estabilidad de los rasgos de personalidad, el 35 % de los individuos cambian en alguna de sus dimensiones de personalidad (cambio individual) siendo el efecto de este cambio sobre la estructura de la personalidad muy modesto (Roberts, Wood y Caspi, 2008). Roberts y Caspi (2003), también señalan como la construcción evolutiva de la identidad personal tiende a propiciar la consistencia y estabilidad de la personalidad con la edad. Según estos autores, con la edad el individuo tiene más clara su propia identidad y su rol social, eligiendo contextos que son consistentes con la misma. Roberts, Wood y Caspi (2008), basándose en el “*principio madurativo de los rasgos de personalidad*”, encuentran que N disminuye gradualmente a lo largo de la vida para volver a aumentar en la vejez, E disminuye gradualmente a lo largo de la vida, A aumenta gradualmente a lo largo de la vida, O es mayor en la adolescencia y posteriormente decrece, y C aumenta gradualmente a lo largo de la vida para volver a decrecer en la vejez.

En el momento actual, la *hipótesis de transacción individuo – ambiente* es la más avalada por los estudios de epigenética de la conducta. Estos estudios mantienen líneas de investigación muy activas centradas en conocer cómo el medio ambiente puede modificar la expresión de los genes en el cerebro. Mientras los estudios de genética molecular siguen buscando la asociación entre un rasgo y un polimorfismo genético específico, los estudios de epigenética de la conducta siguen señalando: “*que el entorno, desde la vida intrauterina y a lo largo de toda la vida, puede activar o desactivar la expresión de un gen*” (Moshe, 2012).

4) *El poder predictivo de los rasgos de personalidad.* El estudio longitudinal de Dunedin demostró que los rasgos tenían poder predictivo sobre conductas como la delincuencia y las conductas prosociales (Caspi, 2000). Caspi y col. (2005), propusieron que el factor de temperamento del niño surgencia predecía la dimensión E en el adulto, que las dimensiones de temperamento miedo y ansiedad predecían N, y que la capacidad del niño de atención focalizada y control, podían ser la base de C. Las investigaciones que avalan el papel predictor de los rasgos de personalidad sobre variables de salud física y variables laborales como el absentismo, se encuentran en el momento actual muy activas (Turiano y col., 2012).

En las **tablas 2 y 3**, se presentan los principios fundamentales del desarrollo de la personalidad y los factores que favorecen el cambio-estabilidad de los rasgos de personalidad según Roberts y col. (2008).

Tabla 2. Principios de la personalidad (*adaptado de Roberts, Wood y Caspi, 2008*)

Principios del desarrollo de la personalidad
<p>Continuidad acumulativa</p> <p>Los rasgos aumentan en estabilidad relativa con la edad.</p>
<p>Maduración</p> <p>Con la edad las personas se hacen más estables, amables, responsables y sociales.</p>
<p>Plasticidad</p> <p>Los rasgos son sistemas abiertos al cambio a cualquier edad.</p>
<p>Continuidad de rol</p> <p>Son los roles congruentes los que aportan mayor estabilidad a los rasgos de personalidad.</p>
<p>Desarrollo de la identidad</p> <p>Con la edad, el mantenimiento de la identidad aportar consistencia y estabilidad a los rasgos de personalidad.</p>

Tabla 3. Factores de estabilidad – cambio de la personalidad (*adaptado de Roberts, Wood y Caspi, 2008*)

Factores de estabilidad – cambio de la personalidad
<p>Influencia genética:</p> <p>Del 40-60% de la varianza explicativa de los rasgos de personalidad se debe a factores genéticos. Estos factores fisiológicos aportan estabilidad a los rasgos de personalidad.</p>
<p>Influencia ambiental:</p> <p>La percepción idiosincrásica del ambiente específico aporta estabilidad a la personalidad.</p>
<p>Transacción persona-ambiente:</p> <p><i>Atracción:</i> las personas se ven atraídas por ambientes consistentes con su personalidad.</p> <p><i>Selección:</i> las personas son seleccionadas en ambientes congruentes con sus rasgos de personalidad.</p> <p><i>Reactancia:</i> las personas responden de forma selectiva a la información consistente con sus rasgos de personalidad.</p> <p><i>Evocación:</i> las personas evocan en los demás respuestas consistentes con sus rasgos de personalidad.</p> <p><i>Manipulación:</i> las personas cambian su ambiente para que se ajuste mejor a sus rasgos de personalidad.</p> <p><i>Identidad:</i> un claro sentido de identidad facilita la reacción, evocación y reactancia.</p>

1.2.3. Cuestiones sobre los hallazgos encontrados en los rasgos de personalidad

A partir de todos estos hallazgos y siguiendo el estudio de la personalidad basado en los tres niveles de análisis de McAdams (1996), nos planteamos las siguientes cuestiones:

1) *Si los rasgos de personalidad a nivel poblacional mantienen estabilidad temporal y consistencia transituacional entonces: ¿el individuo no cambia?* A este respecto, la investigación revisada sugiere que la conducta del individuo es muy modificable y que el cambio se produce principalmente en los niveles de análisis de la personalidad II y III. El cambio en los rasgos de personalidad (nivel I), se producirá mínimamente y sólo a nivel individual en función de la transacción ambiente-gen (DeFruyt y col., 2006). Es decir, el pequeño cambio que se puede producir por el efecto directo de un suceso vital en el desarrollo de la personalidad es idiosincrásico y no nomotético. Los sucesos vitales producen cambios en la personalidad y la personalidad favorece que se experimenten determinados sucesos.

2) *¿Qué situaciones generan más cambio en los individuos: las situaciones cotidianas o las situaciones de crisis?* Según Caspi y Bem (1990): “*es precisamente en la forma de responder a las crisis y a los cambios donde más se aprecian los patrones de personalidad*”. Es decir, es en las situaciones poco estructuradas, ambiguas, nuevas y estresantes, como los momentos vitales de transición social, en donde más emergen los rasgos de personalidad (Caspi y Moffit, 95). Según Avia (1995), “*nos enfrentamos a las crisis con nuestra personalidad (nuestros recursos) y es en la crisis donde nuestros patrones de personalidad se acentúan*”. Según Roberts, Wood y Caspi (2008), el cambio no es azaroso y siguiendo la perspectiva transaccional de la estabilidad-cambio de la personalidad, podría darse a consecuencia de: a) las contingencias del entorno: la adquisición de un nuevo rol social puede favorecer el desarrollo de conductas nuevas no consistentes con nuestros rasgos de personalidad y/o eliminar conductas anteriores, b) la observación de conductas y actitudes diferentes en los demás, o incluso en uno mismo. La observación y la toma de conciencia sobre cómo el individuo piensa o se comporta, propia del tratamiento psicológico puede generar algunos cambios en los rasgos de personalidad para aumentar la capacidad adaptativa del individuo., y c) el feedback que nos aportan personas importantes de nuestro entorno que tienen poder a la hora de influir en la construcción de nuestra identidad. Si la persona recibe información discordante con su autoconcepto, modificará su conducta y también su personalidad, para que la valoración social cambie y se haga consonante con su autoconcepto. En este sentido, el cambio individual ocurriría principalmente en los niveles II y III, y en menor grado en el nivel I, afectando algunos rasgos de personalidad y modificando mínimamente la estructura general de la personalidad. Los estudios señalan que el cambio individual puede ser del 35 % (DeFruyt y col., 2006).

3) *¿Qué es lo que cambia el tratamiento psicológico?* Según los estudios, la intervención psicológica modifica principalmente el nivel II y III de la personalidad y en menor medida el nivel I, tal y como hemos señalado previamente. Las distintas corrientes psicológicas realizan intervenciones orientadas a generar diferentes niveles de cambio. Mientras algunos modelos se centran en cambios más externos, otros pretenden conseguir cambios más profundos en la personalidad. Roberts, Luo Briley, Chow, Su y Hill (2017), realizaron una revisión sistemática sobre el cambio que se produce en las variables de personalidad con la intervención clínica. En la misma encontraron con la intervención clínica

los sujetos conseguían mayor estabilidad clínica (menor N) y un ligero aumento en E. No encontraron que los cambios en las dimensiones de personalidad estuvieran relacionados con el tipo de terapia. Estudios recientes sostienen que el cambio en los rasgos de personalidad sólo se produce cuando es intencionado y cuando los individuos se ven capaces de llevarlo a cabo en su día a día (Chapman, Hampson y Clarkin, 2014; Hennecke, Bleidorn, Denissen y Wood, 2014; Hudson y Fraley, 2015, 2017). Los estudios han demostrado que el cambio conductual (o a nivel de estado psicopatológico) que acaba convirtiéndose en un hábito diario a largo plazo puede acabar impactando en los rasgos de personalidad. Esta concepción entiende el cambio como un proceso de abajo a arriba y de arriba a bajo, el cambio puede iniciarse en los estados para a través de los hábitos acabar impactando en los rasgos y al revés (Chapman, Hampson y Clarkin, 2014). Por este motivo, con indiferencia del marco teórico en el que se encuadren las intervenciones psicológicas, todas ellas mantienen como punto clave de la efectividad del tratamiento la prevención de recaídas. Esto es así porque la mayoría de los autores se muestran de acuerdo con la idea de que los individuos tendemos a afrontar las situaciones de la vida de la misma manera y siguiendo las directrices de nuestro perfil de personalidad (García, Garrido, y Rodríguez, 1998). Por lo cual sólo podemos decir que una intervención psicológica es efectiva si ante una nueva situación de crisis el sujeto responde de un modo diferente a nivel conductual, y por lo tanto a nivel de su personalidad. Tal y como sabemos por los estudios de Lambert (2013) el cambio en psicoterapia se asocia más a los factores comunes de todas las intervenciones que a los factores específicos de tipo técnico.

4) *¿Qué es lo que cambia el tratamiento farmacológico?* Teniendo en cuenta que el tratamiento farmacológico modifica de un modo transitorio los canales de neurotransmisión bioquímica, sería esperable que pudiera modificar transitoriamente aspectos neuroquímicos asociados a los rasgos y generar en el individuo una alteración transitoria de las tendencias básicas de su temperamento (rasgos de personalidad). No hemos realizado una revisión exhaustiva sobre este punto por no ser un objetivo en nuestra investigación. No obstante, siguiendo el modelo de cambio de Chapman, Hampson y Clarkin, (2014), la farmacoterapia generaría un proceso de cambio de arriba-abajo.

5) *¿Producen las enfermedades físicas cambios en los rasgos de personalidad?* La mayoría de estudios avalan que las enfermedades neurológicas y/o los traumatismos

craneoencefálicos producen cambios a nivel de los rasgos de personalidad. Este cambio es esperable ya que este tipo de patologías afectan de manera evidente a la estructura neurobioquímica del cerebro. El tipo de cambio producido a nivel de la personalidad sería considerado por sí mismo patológico y categorizado según la CIE 10, como “trastorno orgánico de la personalidad” (OMS, 1992). Los problemas de salud crónicos generan una importante fuente de estrés y requieren una mayor capacidad de adaptación, si estos problemas de salud cursan con dolor crónico y/o conllevan riesgo para la vida del individuo, el malestar psicológico aumentará. La mayoría de estudios sobre esta temática demuestran que la pérdida de salud se asocia con una importante pérdida bienestar subjetivo, y que la personalidad premórbida de los sujetos influye en el curso y grado de malestar que experimenta el individuo (Pérez, Martín, Galán, 2005; Sánchez, García, Valverde y Pérez, 2014; Suso y Gallardo, 2016). Tal y como señalan estos estudios, a mayor duración y mayor grado de discapacidad, mayores niveles de irritabilidad, decaimiento, fatiga y malestar general (mayor N). Según el estudio de Suso y Gallardo (2016), estudios metodológicos robustos encuentran que N se asocia de manera negativa con la vitalidad, el funcionamiento social y la percepción de dolor. E y C parecen asociarse de manera positiva con el funcionamiento social y físico, y de manera negativa con la percepción de dolor.

6) *¿Producen los trastornos mentales cambios en los rasgos de personalidad?* Las evidencias a este respecto parecen ser afirmativas en cuanto a que algunos rasgos de personalidad se ven modificados transitoriamente por la presencia del TM. La CIE 10 recoge que parecen existir condiciones extremas y/o traumáticas, como puede ser una catástrofe o sufrir una enfermedad mental grave, que pueden llegar a generar una “transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o causa orgánica” (OMS, 1992). Teniendo en cuenta que esta cuestión es uno de los objetivos principales de nuestra investigación, para valorarlo presentamos un estudio nomotético centrado en estudiar longitudinalmente los cinco rasgos de personalidad de Costa y McCrae (1992), en personas que realizan una intervención especializada en salud mental para tratar su TM. Esto nos permitirá valorar los rasgos de personalidad durante la fase aguda del TM, durante la remisión y estabilización de la psicopatología, y en algunos casos tras la remisión completa del TM. A la hora de valorar la estabilidad - cambio de los rasgos de personalidad durante y

después de sufrir un TM, nos basaremos en el estudio de Roberts, Wood y Caspi (2008) sobre los distintos tipos de estabilidad o cambio de los rasgos de personalidad. Ver **tabla 4**.

Tabla 4. Adaptación de los índices básicos de estabilidad y cambio de la personalidad (Roberts, Wood y Caspi., 2008)

	Relativo	Absoluto
Poblacional	Estabilidad en el orden de rango	Cambio de las puntuaciones medias
Individual	Estabilidad ipsativa	Cambio individual
	Estabilidad Estructural	

Dado que el interés de nuestro estudio es poblacional y queremos valorar hasta qué punto las dimensiones de personalidad son volubles al TM, nos centraremos principalmente en medir la “*estabilidad en el orden de rango*” y el “*cambio de las puntuaciones medias*”. El primer tipo de estabilidad hace referencia al grado en que las diferencias entre los individuos que forman la muestra permanecen invariables en momentos temporales diferentes. Es decir, si con el paso del tiempo (o con el cambio en el grado de afectación de un TM), los individuos mantienen su posición respecto al grupo de referencia o no. Este tipo de estabilidad ha sido el más utilizado en la mayoría de los estudios y se centra en un análisis correlacional. Y la segunda medida, hace referencia a los cambios que se producen en las puntuaciones medias de las dimensiones de la personalidad con el paso del tiempo (cambios normativos o madurativos) y/o ante situaciones concretas que ocurren en una etapa de la vida como puede ser la adolescencia o la ancianidad. En nuestro caso, valoraremos si la presencia y/o recuperación de un TM modifica las puntuaciones medias de las dimensiones de personalidad a nivel grupal. El tipo de análisis estadísticos que se utilizan para valorar este tipo de estabilidad es el análisis de medias de muestras relacionadas. Tal y como explicaremos más adelante, existen varios estudios que corroboran la adecuada estabilidad de los cinco rasgos de personalidad tras la presencia de un TM y señalan principalmente, la baja estabilidad absoluta de N tras el TM (Wilberg, Karterud, Pedersen, Urnes y Costa, 2009). Estos hallazgos los analizaremos de una manera más exhaustiva en el apartado 1.4 del marco teórico.

1.3. Modelos explicativos de la relación existente entre rasgos y TM

En las últimas décadas han sido muchos los teóricos dedicados a solventar la brecha existente entre el análisis de la personalidad y la psicopatología. No obstante, tal y como señalan Gutiérrez y Feixas (2011): “*todavía hoy no disponemos de un modelo conceptual único que aporte una respuesta definitiva a la relación existente entre los trastornos mentales, la personalidad y los trastornos de personalidad*”. Según Krueger y Tackett (2003), los cuatro modelos predominantes a la hora de explicar la relación existente entre personalidad y psicopatología son:

- *Modelo de vulnerabilidad o predisposición.* Este modelo relacional sostiene que la alteración de la estructura de la personalidad predispone al desarrollo de cuadros psicopatológicos específicos. Existen varios estudios longitudinales que confirman la asociación existente entre la presencia de una determinada estructura de la personalidad y la propensión a desarrollar trastornos mentales específicos (Krueger, Caspi, Moffitt y Silva, 1996; Vollenbergh et al., 2001). Para los defensores de este modelo, la alteración de la personalidad y los trastornos mentales son patologías independientes.
- *Modelo de causa común.* Según este modelo, existe una causa común de tipo neurobiológico que explica la asociación existente entre la personalidad (y/o TP) y las distintas patologías mentales. Kendler, Gatz, Gardner y Pedersen (2006), defienden la existencia de un trasfondo genético que explica la asociación existente entre N y depresión.
- *Modelo de complicación o de la cicatriz:* este modelo sugiere que un trastorno se desarrolla como resultado de otro trastorno precedente y continúa después de que el trastorno remita. Los defensores de este modelo se centran en estudiar las condiciones clínicas a las cuales pueden asociarse un efecto de cicatrización en la personalidad. Por ejemplo, Rosenström y col (2015), confirmaron que la presencia de episodios depresivos recurrentes o la clínica depresiva cronificada en el tiempo produce un aumento irreversible en la tendencia a evitar el daño asociada a la dimensión N y ésta a su vez, aumenta la probabilidad de sufrir nuevos episodios depresivos.

- *Modelo de patoplastia o exacerbación:* este modelo asume que los TM y los TP son causalmente distintos pero que la presencia de uno influye sobre el cuadro (patoplastia) o la gravedad (exacerbación) del otro a través de efectos interactivos.
- *El modelo de los espectros clínicos* sostiene que existen variables psicobiológicas latentes que conectan la personalidad y la psicopatología en un mismo proceso psicopatológico. De este modo, proponen que los TP y los TM pudieran ser manifestaciones distintas de un mismo proceso. Sieger y Davis (1992), proponen cuatro dimensiones básicas del temperamento que pueden mediar entre los TP y los TM. Estas dimensiones contribuirían a explicar el continuum entre los rasgos de personalidad, los TP y los TM. A este respecto, existen investigaciones que han valorado el continuum del espectro psicótico (TP Esquizotípico y Esquizofrenia), la relación entre la fobia social y el TP Evitativo, el trastorno bipolar y el TP Límite o incluso si el N es una variable subclínica o prodrómica de la depresión. Krueger y Tackett (2003), ratificaron que la alta emocionalidad negativa (N) con un alto hipercontrol (alta C) promueve las bases personológicas para la psicopatología internalizante, y la combinación de un alto N y una alta desinhibición (baja C) promueve las bases personológicas para la clínica externalizante (abuso de sustancias y conductas antisociales). Además los sujetos con bajo N y alta E (alta emocionalidad positiva) mostrarían una mayor capacidad adaptativa dado que reaccionarían ante los acontecimientos externos de una manera más activa y se recuperarían de los posibles efectos negativos de los mismos de una manera más rápida. Este espectro clínico internalizador – externalizador se asienta sobre un modelo de variables latentes de origen biológico que conectan la personalidad con el trastorno mental (Krueger y Tackett, 2003). Krueger es uno de los autores que ha desarrollado el cuestionario PID-5 (The Personality Inventory for DSM-5) que valora las cinco dimensiones de personalidad y las 25 facetas propuestas para el DSM-5 en la valoración dimensional de la personalidad (Esbec y Echeburúa, 2014). El espectro internalizante ha sido subdividido en dos clusters: 1) cluster de distress (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de estrés posttraumático), y 2) el clúster del miedo (trastorno de pánico, agorafobia, fobia social y fobia específica). En esta línea de trabajos se ha objetivado que el alto N se asocia de manera significativa a los trastornos por distress (Watson y Clark, 2006).

En el momento actual todos estos modelos de tipo relacional mantienen sus líneas de investigación activas y encuentran hallazgos que pueden ser complementarios entre sí. Es el modelo de los procesos psicopatológicos comunes (espectros clínicos) el que más respuestas parece estar dando a la asociación existente entre los rasgos, los TP y los TM. Tal y como hemos comentado en la introducción, tan complejo y esencial resulta conocer cómo se relacionan la personalidad y la psicopatología, que el comité encargado de elaborar el DSM-5, dedicó un verdadero esfuerzo para intentar ofrecer un modelo integrador que pudiera superar la disgregación nosológica que había ocasionado la división del eje I y el eje II, y ofrecer un continuum que estrechara la relación existente entre rasgos, TP y TM (Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley y Verheul, 2005). Con este objetivo, el DSM-5 ha incorporado todos los trastornos dentro de un mismo eje y ha complementado el diagnóstico categorial de los TP, con una propuesta alternativa híbrida que se presenta en la sección III del manual (American Psychiatric Association, 2013). Este modelo híbrido combina el diagnóstico categorial, donde se recogen seis diagnósticos categoriales de TP (trastorno esquizotípico, límite, narcisista, antisocial, evitativo y obsesivo), con un modelo dimensional que intenta dar continuidad a la valoración de la personalidad normal y con la patológica (TP). Los criterios generales del modelo dimensional a la hora de valorar la personalidad del individuo son:

1. Valoración del nivel de funcionamiento de la personalidad del sujeto. Los elementos del funcionamiento de la personalidad son: 1) El *self* (identidad y autodirección), y 2) el nivel interpersonal (empatía e intimidad). Un nivel de dificultad moderado en el funcionamiento de la personalidad predice la presencia de TP.
2. Cinco dimensiones de personalidad que abarcan un espectro con dos polos opuestos. Como hemos señalado previamente estas dimensiones son las variantes desadaptativas del MCF. Las dimensiones son: Afectividad Negativa (versus Estabilidad Emocional), Desapego (versus Extroversión), Antagonismo (versus Amabilidad), Desinhibición (versus Escrupulosidad) y Psicoticismo (versus Lucidez). Cada dimensión presenta unas facetas más específicas, tal y como se muestra en la **Tabla 5**.

Tabla 5. Dominios de orden superior y facetas de personalidad según el DSM 5 (APA, 2013).

Dominios	Facetas
Afectividad negative	Labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, sumisión, hostilidad, perseverancia, depresión, suspicacia y afectividad restringida.
Desapego	Retraimiento social, evitación de la intimidad, anhedonia, depresividad, afectividad restringida y suspicacia.
Antagonismo	Manipulación, falta de honradez, grandiosidad, búsqueda de atención, insensibilidad y hostilidad.
Desinhibición	Irresponsabilidad, impulsividad, distraibilidad, temeridad, carencia de perfeccionismo.
Psicoticismo	Creencias y experiencias extrañas, excentricidad, desregulación perceptiva y cognitiva.

Teniendo en cuenta este modelo alternativo todos los sujetos pueden ser valorados dimensionalmente y sólo algunos, cumplirán criterios para realizar un diagnóstico de TP. En la **Tabla 6** incorporamos los criterios diagnósticos de TP según el modelo alternativo que propone el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Tabla 6. Criterios para el diagnóstico de TP según el DSM-5 (APA, 2013).

Criterios diagnósticos
A) Disfunción moderada o grave del funcionamiento de la personalidad (auto/interpersonal).
B) Uno o más rasgos patológicos de la personalidad.
C) Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad o en la expresión del rasgo de la personalidad del individuo son inflexibles y se extienden a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
D) Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad son estables en el tiempo, y se inicia por lo menos en la adolescencia o edad temprana adulta.
E) Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o condición médica.
F) Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad no se explican mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
G) Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad no son normales para la etapa de desarrollo de la persona o para su contexto sociocultural.

Tal y como recoge el manual DSM-5, la personalidad se define como un patrón persistente de percibir, pensar y relacionarse con uno mismo y con el entorno. Todas las personalidades, a excepción de las patológicas, muestran algún grado de adaptación. En el

caso de los TP, el patrón es desadaptativo e inflexible, generando disfunción en las actividades sociales y ocupacionales (American Psychiatric Association, 2013).

Según Sandín (2015) este modelo alternativo híbrido basado por un lado en categorías diagnóstica y por otro, en el funcionamiento de la personalidad y en los rasgos, representa de manera más fiable la investigación en psicología de la personalidad y dota a los trastornos descritos de una mayor fundamentación empírica. No obstante, en la versión del DSM-5 no se ha conseguido implantar un modelo dimensional firme, capaz de conectar a través de umbrales claros el continuo entre la personalidad normal y la patológica (Sandín, 2015).

Con nuestra investigación pretendemos aportar mayor evidencia a la relación que mantienen los cinco rasgos de personalidad y los TM. Más concretamente, describiremos el perfil de personalidad que presenta nuestra muestra con TM y valoraremos si los sujetos que presentan diferentes TM difieren en personalidad.

1.4. Rasgos de personalidad durante y después de sufrir un TM

Teniendo en cuenta la alta estabilidad poblacional de los rasgos de personalidad, Malouff, Thorsteinsson y Schutte (2005), realizan un metaanálisis donde valoran la asociación existente entre el MCF y los TM. En el mismo, concretan que las altas puntuaciones en N, bajas en E, bajas en C y bajas en A, se asocian de una manera significativa a la psicopatología. El dominio O no aporta datos distintivos a este nivel. Además, hallan que N, E y A se asocian de manera diferencial a distintos cuadros psicopatológicos. En comparación con otras patologías, los individuos diagnosticados de ansiedad puntúan significativamente más en A, los diagnosticados de cuadros anímicos significativamente más en N y menos en E, y los que presentan psicopatología externalizante del tipo de trastornos de la conducta, puntúan significativamente menos en N y A, y más en E, que el resto de personas que presentan otras patologías. No hallaron diferencias significativas al comparar los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos somatomorfos y los trastornos de la identidad, con el resto de TM. Este metaanálisis amplía los hallazgos previos donde sólo se encontraba una asociación significativa entre psicopatología y el perfil de personalidad caracterizado por alto N y bajo E. Los autores concluyen que la falta de hallazgos relevantes respecto a C y A puede deberse a la tendencia de los sujetos con baja C y baja A a no colaborar con las investigaciones o tratamientos clínicos. La mayoría de las investigaciones centradas en el MCF coinciden en señalar la

existencia de una relación positiva entre psicopatología y N, y la relación negativa entre psicopatología y E (Widiger y Trull, 1992; Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005; Rosellini y Brown, 2011). A continuación también presentamos los hallazgos más relevantes del metaanálisis de Kotov, Gamez, Schmidt, y Watson (2010), donde se incluyen varios estudios que analizan la asociación entre los cinco grandes y los trastornos depresivos, los trastornos ansiosos y Trastornos por Uso de Sustancias (TUS). Los hallazgos más relevantes de este metaanálisis son:

- Todos los grupos diagnósticos examinados, a excepción de la fobia específica y el TUS, presentan una asociación fuerte y en positivo con N.
- La relación que mantiene la fobia específica con todas las dimensiones del NEO es muy débil y casi inexistente.
- Todos los grupos diagnósticos examinados, a excepción de la fobia específica, presentan una asociación moderada y en negativo con C.
- La E muestra una relación fuerte y en negativo con el trastorno distímico y la fobia social. Los sujetos diagnosticados de fobia social y distimia presentan puntuaciones significativamente más bajas en E que el resto de grupos diagnósticos.
- La relación entre A y el TUS resulta negativa y de efecto moderado.
- No se encuentra ninguna asociación significativa entre las categorías diagnósticas examinadas y la dimensión O.

Centrándonos en los estudios que valoran la personalidad en sujetos que han padecido un trastorno mental y se han recuperado del mismo, nos encontramos un número de estudios considerablemente más reducido y segmentado por cuadros psicopatológicos. Además, evidenciamos que muchos de los estudios revisados no acaban de diferenciar metodológica o conceptualmente entre estabilidad relativa y estabilidad absoluta. Si nos centramos en cuadros diagnósticos, los más estudiados han sido: los depresivos, los ansiosos y los TUS. A continuación presentamos una breve revisión de la asociación existente entre los rasgos de personalidad y cuadros psicopatológicos específicos, y de la estabilidad-cambio de las dimensiones de la personalidad en función de estos mismos trastornos.

1.4.1. Trastornos afectivos de tipo unipolar

Los hallazgos científicos han confirmado la asociación significativa entre el alto N y el trastorno depresivo mayor, los síntomas depresivos y/o la distimia. Además, la baja E se asocia de manera clara con la distimia, y la faceta baja asertividad de E y alta apertura a los sentimientos de O, con el trastorno depresivo mayor (Bienvenu y col., 2004).

Klein, Kotov y Bufferd (2010), realizan un metaanálisis de los diferentes modelos de relación existente entre depresión y personalidad. En sus conclusiones señalan la existencia de varios estudios donde la valoración de la personalidad de los sujetos durante y después de sufrir un episodio depresivo cambia y por lo tanto, defienden que la psicopatología genera un efecto transitorio en los rasgos de la personalidad (modelo de complicación). Estos autores también encuentran evidencias empíricas que sostienen el resto de modelos relacionales. Tal y como señalan, Hakulinen et al. (2015) en su meta-análisis, existen evidencias suficientes que apoyan la superposición de la mayoría de los modelos relacionales que intentan explicar la relación existente entre la depresión y la personalidad. Estos autores encuentran evidencias firmes que sostienen la existencia de una relación bidireccional entre personalidad y depresión. Por un lado, encuentran que el alto N, la baja E y baja C se asocian de manera significativa con la clínica depresiva y/o el surgimiento a largo plazo de episodios depresivos. Y por otro lado, que los cuadros depresivos producen un aumento en N y una bajada en E, C y A. El tamaño del efecto fue alto para N y de moderado a bajo para el resto de las dimensiones del NEO. En esta misma línea, la mayoría de los estudios revisados sugieren que las puntuaciones medias de N (estabilidad absoluta) bajan tras la recuperación del episodio depresivo (Costa, Bagby, Herbst y McCrae, 2005; Klein, Kotov y Bufferd, 2010; Rosellini y Brown, 2011; Karsten y col., 2012; Renner, Penninx, Peeters, Cuijpers y Huibers, 2013). El número de estudios que avalan que los sujetos puntúan más en E tras la recuperación de un episodio depresivo es menor (Costa, Bagby, Herbst y McCrae, 2005; Klein, Kotov y Bufferd, 2010; Rosellini y Brown, 2011; Karsten et al., 2012). El número de estudios que encuentran un aumento en C tras el episodio depresivo son escasos (Costa, Bagby, Herbst y McCrae, 2005; Rosellini y Brown, 2011; Karsten et al., 2012). De los estudios revisados, sólo el estudio de Costa, Bagby, Herbst y McCrae (2005), encuentra que además del aumento en N, E y C, se produce un aumento en O. Uno de los estudios revisados que diferencia entre la estabilidad absoluta y relativa es el de Santor, Bagby y Joffe (1997), estos autores encuentran que aunque se produce un cambio absoluto en N y E, en la línea comentada previamente, la

estabilidad relativa de ambas dimensiones se buena. Un estudio reciente realizado por Hengartner, von Wyl, Heiniger-Haldimann y Yamanaka-Altstein (2020), encuentra que tras seis meses de tratamiento los sujetos que presentan cuadros depresivos y ansiosos puntúan significativamente menos en la dimensión N y más en la dimensión E y O.

Existen varios ensayos clínicos que sugieren que los cambios en N dependieron de la respuesta de los sujetos al tratamiento y que este cambio conllevó una mejora en el estado anímico de los sujetos respondedores al tratamiento (Quilty, Meusel y Bagby, 2008b; Tang, DeRubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton, Schalet, 2009). Estos estudios desconfirman la hipótesis de que el estado de ánimo depresivo complica o modifica (modelo de complicación) la personalidad, ya que sus resultados apuntan en dirección contraria: “es la personalidad la que condiciona la mejora anímica y no al revés” (modelo de patoplastia).

Algunos estudios encuentran que los sujetos con cuadros depresivos crónicos en comparación con los sujetos con cuadros depresivos más agudos, presentan mayores niveles de N, y menores niveles en E y R (Wiersman y col. 2011; Takahashy y col. 2013). Esta línea de investigación aporta evidencias que dan soporte a la hipótesis de que algunas condiciones psicopatológicas, por ejemplo, la cronificación de los trastornos mentales, pueden generar un efecto irreversible en los rasgos de personalidad (modelo cicatriz).

Si en sujetos que padecen un cuadro depresivo nos centramos a valorar la condición respondedores versus no respondedores al tratamiento, encontramos varios hallazgos relevantes en cuanto a la personalidad: 1) Los sujetos respondedores presentan significativamente menor puntuación en N y mayor en E (Bagby, Joffe, Parker, Kalemba, y Harkness, 1995; Takahashy y col. 2013). Estos hallazgos resultan congruentes con la idea de que los rasgos de personalidad pueden modificar el curso del trastorno mental (modelo de patoplastia). 2) Quilty y col. (2008a) encuentran que el bajo N y la alta C son predictores positivos a la respuesta al tratamiento en sujetos con cuadros depresivos. 3) Algunos autores han encontrado que la dimensión O es mayor en sujetos respondedores al tratamiento (Takahashy y col. 2013). 4) Bagby y col. (2008), encuentran que los sujetos con alto N y baja A responden mejor al tratamiento farmacológico que al psicológico.

1.4.2. Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad presentan una alta comorbilidad con los TP cluster C, principalmente con el TP por evitación (Bienvenu, Murray y Stein, 2003). Gray (1982)

asociaba el alto N y la alta introversión (baja E) con perfiles de personalidad ansiosa, al considerar que estas dos dimensiones explicaban el componente principal de las personalidades ansiosas: la evitación del riesgo. El TP por Evitación ha sido asociado de manera significativa a puntuaciones altas en N, bajas en E y bajas en A (Morey, 2002). Los estudiosos de la personalidad, consideraron durante un tiempo que la baja A no acababa de ser un rasgo representativo de sujetos que presentan ansiedad social o rasgos evitativos. Este hallazgo acabó por ser concluyente cuando a nivel empírico se encontró que la puntuación baja en A estaba muy mediada por la covariable “baja confianza social” (faceta de A). Este matiz fue muy relevante a la hora de explicar la baja amabilidad social que presentaban los sujetos ansiosos (Bienvenu, Nestadt, Samuels, Costa, Howard, y Eaton, 2001). Si nos centramos en valorar la asociación existente entre los rasgos de personalidad y trastornos de ansiedad específicos, encontramos los siguientes hallazgos:

- La fobia social se asocia de manera significativa al alto N y la baja E (Bienvenu y col., 2004; Rosellini y Brown, 2011). También parece asociarse a facetas específicas de A (baja confianza social) y de C (alta competencia, alto esfuerzo por los logros y alta autodisciplina (Bienvenu y col., 2004).
- Los hallazgos que confirman la asociación entre N y fobia simple resultan contradictorios (Bienvenu y col., 2004).
- El trastorno de pánico con o sin agorafobia se asocia de manera significativa a una alta puntuación en N (Bienvenu y col., 2004; Rosellini y Brown, 2011). También existen algunos hallazgos que asocian el trastorno de pánico con puntuaciones altas en varias facetas de C, como son: la competencia, el esfuerzo por los logros y la autodisciplina (Bienvenu y col., 2004).
- La agorafobia se asocia a puntuaciones altas en N, bajas en E, bajas en confianza social (faceta de A) y altas en competencia, esfuerzo por los logros y autodisciplina (facetas de C), (Bienvenu y col., 2004).
- El trastorno obsesivo compulsivo se asocia de manera significativa a puntuaciones altas en N (Bienvenu y col., 2004; Rosellini y Brown, 2011) y altas en O (Bienvenu y col., 2004).
- El trastorno de ansiedad generalizada se asocia de manera significativa a puntuaciones altas en N y en C (Rosellini y Brown, 2011).

El número de estudios que valoran la personalidad desde el MCF después de sufrir un trastorno ansioso es muy pobre (Bienvenu and Brandes, 2005). Karsten, Penninx, Riese, Ormel, Nolen y Hartman (2012), estudian la estabilidad-cambio de las dimensiones de personalidad en sujetos que presentan trastornos ansiosos tras controlar la comorbilidad depresiva (variable confusional) y en sus resultados encuentran que las puntuaciones medias de N decrecen tras la recuperación del trastorno ansioso. El resto de dimensiones no muestran cambios significativos. Este hallazgo confirma los modelos teóricos que sostienen que el N (o afecto negativo) se asocia de manera significativa con los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, y la E (o afecto positivo) se asocia en mayor medida con los trastornos depresivos y en menor medida, con los trastornos ansiosos (Rosellini y Brown, 2011). El estudio de Perna y col. (1996), no encontró cambios significativos al valorar la dimensión N en una muestra de sujetos que habían padecido un trastorno de pánico y posteriormente se habían recuperado del mismo. Glinski y Page (2010), se focalizan en valorar los cambios de los rasgos de personalidad en sujetos que realizan un tratamiento psicológico grupal de orientación cognitivo-conductual para sujetos que presentan fobia social. Sus evidencias avalan que el tratamiento psicológico grupal produce un descenso de la puntuación media de N y un aumento en la puntuación media de E y de la faceta de “Confianza social” de la dimensión A. Según estos autores, es el cambio en la expresión de las dimensiones de personalidad el que modifica el curso de la fobia social (modelo de patoplastia).

1.4.3. Trastornos por Uso de Sustancias (TUS)

Ruiz, Pincus y Schinka (2008), realizan un meta-análisis donde se analizan varios estudios que valoran la asociación de los cinco grandes y los trastornos por uso de sustancias, en el mismo concluyen que este tipo de trastornos está moderadamente asociado con alto N, baja C y baja A. En su metaanálisis, no encuentran correlaciones significativas entre los sujetos que presentan trastornos por el uso de sustancias y las dimensiones E y O. Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu y Costa (2008), encontraron que los sujetos consumidores de tóxicos en contraposición con los no consumidores, obtenía puntuaciones medias superiores en N, especialmente en la faceta de “Impulsividad”, y bajas en C.

La literatura revisada que valora la estabilidad-cambio de los cinco rasgos de personalidad después de presentar un TUS, es indicativa de la buena estabilidad relativa de

los cinco grandes (Piedmont y CiarrocChi, 1999; Carter, 2001). No obstante, en todos los estudios revisados encuentran que los sujetos que abandonan el consumo de tóxicos presentan una disminución de la puntuación media de N, y un aumento en E y C (Piedmont y CiarrocChi, 1999; Carter, 2001). Piedmont y CiarrocChi, (1999), también encuentran un aumento en A y O en los sujetos que han abandonado el consumo de tóxicos tras realizar un programa de rehabilitación.

1.4.4. Trastornos del espectro psicótico

La esquizofrenia generalmente se considera una interrupción del funcionamiento mental normal debido a una enfermedad subyacente. En el meta-análisis realizado por Ohi y col. (2016), encuentra que existe un relativo consenso sobre que los sujetos con esquizofrenia, en comparación con los sujetos normales, presentan puntuaciones medias más altas en N, y más bajas en E, A, C y O. Además la mayoría de los estudios que analizan la relación existente entre personalidad y los cuadros de esquizofrenia, sugieren que la personalidad es un importante factor predisponente (modelo de predisposición) o moderador del curso del trastorno psicótico (modelo de patoplastia). No obstante, Kentros y col. (1997) al comparar la personalidad de sujetos con esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos, con la personalidad de sujetos normales, únicamente encontraron un aumento significativo de la dimensión N en sujetos con patología psicótica.

Los estudios revisados que valoran la estabilidad- cambio de las dimensiones de personalidad ante la presencia de sintomatología positiva propia de la esquizofrenia, encuentran que estos síntomas no afectan a la estabilidad de los cinco grandes (Kentros y col., 1997; Beauchamp, Lecomte, Leclerc y Corbiere, 2006; Boyette, Nederlof, Meijer, Boer y Haan, 2015). Respecto a los síntomas negativos, dada su alta correlación con la clínica depresiva y con la baja funcionalidad de los sujetos en la vida diaria, se objetiva que producen un aumento en N y una disminución en E. Los autores atribuyen este cambio en la dimensión N y E al efecto que la clínica depresiva produce en la dimensión N y en la faceta de emociones positivas de la dimensión E (Kentros y col., 1997; Beauchamp y col., 2006; Boyette y col., 2015).

1.4.5. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Tal y como recogen Gutiérrez y Feixas (2001), en un estudio que revisa la personalidad valorada desde el MCF en sujetos con TCA, existen evidencias claras de que estos sujetos presentan mayor puntuación media en N que los sujetos normales. No existen conclusiones concluyentes respecto al resto de dimensiones de personalidad.

Los estudios que valoran la estabilidad y/o cambio de los cinco grandes en sujetos que se han recuperado de un TCA son prácticamente inexistentes. Lilenfeld, Rao, Stein, Bulik, Strober, Plotnicov y otros., (2000), encontraron que el alto perfeccionismo, la ineficacia interpersonal y la desconfianza interpersonal favorecían el surgimiento de TCA (modelo de predisposición). También encontraron que tras la recuperación del TCA se producía un efecto cicatriz en el perfil de personalidad de los sujetos, caracterizado por un aumento del perfeccionismo, un descenso de la reactividad emocional o N y una disminución de la conciencia interoceptiva. También objetivaron que durante la presencia del TCA se producía un aumento transitorio del N y del sentido de alienación social.

1.4.6. Trastornos de Personalidad (TP)

Widiger y Costa (1994), estudiaron la asociación existente entre los distintos diagnósticos de TP y los cinco grandes de personalidad. A continuación mostramos los resultados que obtuvieron siguiendo una división por clusters de personalidad:

- Cluster A: el TP Paranoide se asocia de una manera significativa a muy baja A, baja E y baja O; el TP Esquizotípico a muy baja E y presenta mayor N y O que el Esquizoide; y el TP Esquizoide a muy baja E y baja N.
- Cluster B: El TP Histriónico se asocia con muy alta E, alta N y O, y baja A; el TP Límite con muy alto N y baja A; el TP Narcisista con bajo N auto-informado, alta R y baja A; y el TP Antisocial con baja A y baja C.
- Cluster C: el TP Obsesivo con muy alta R, baja O y A; el TP Evitativo se asocia con baja E y O, y alta N; y el TP Dependiente con muy alta A, alto N y baja C autoinformada.

Con objeto de valorar si la estabilidad de los cinco rasgos de personalidad en sujetos que presentan un TM varía en función de la condición presencia o ausencia de TP, Wilberg, Karterud, Pedersen, Urnes y Costa (2009), realizaron un estudio donde analizaron la

estabilidad relativa, la estabilidad de nivel medio y la estabilidad de nivel individual de las puntuaciones NEO-PI-R en sujetos con diferentes trastornos mentales con TP ($n= 393$), y sin TP ($n= 131$). A toda la muestra le administraron el NEO-PI-R al inicio del tratamiento y después de un promedio temporal de 19 meses de tratamiento. Los resultados mostraron una adecuada estabilidad relativa para todas las dimensiones del NEO y hacen evidente que la dimensión que presenta menor estabilidad relativa es N ($r= 0,65$). La estabilidad relativa para el resto de dimensiones es: E ($r= 0,75$), O ($r= 0,85$), A ($r= 0,75$) y C ($r= 0,75$). Respecto al cambio en las puntuaciones medias de las cinco dimensiones de personalidad (estabilidad absoluta), los autores encontraron que tras 19 meses de tratamiento se producía una disminución en la puntuación media de N y un aumento en la de E, O y C. No encontraron diferencias significativas para la dimensión A. El tamaño del efecto para el cambio encontrado en N era moderado ($d= 0,36$) y para el resto de las dimensiones era pequeño. Las facetas que mayor cambio experimentaban a los 19 meses de tratamiento eran tres facetas de N (depresión, ansiedad y vulnerabilidad). Estos autores confirmaron en el análisis de regresión múltiple que la disminución en la puntuación media del Índice de Sintomatología General (ISG) valorado con el SCL-90-R, explicaba gran parte del cambio en la varianza de varias facetas de N (ansiedad, depresión, vulnerabilidad y conciencia de uno mismo) y E (emociones positivas). Tras estos hallazgos los autores concluyeron que la volatilidad encontrada principalmente en la dimensión N, puede asociarse a que gran parte de su varianza explicativa captura la presencia de clínica ansioso-depresiva. En este estudio los autores no encuentran cambios en la estabilidad de las cinco dimensiones de personalidad en función de la condición presencia o ausencia de TP. Este hallazgo difiere del encontrado por Morey y col. (2007), donde los autores encuentran una mayor estabilidad en las dimensiones de personalidad para los sujetos que presentan rasgos normativos de personalidad, en comparación con los que presentan rasgos patológicos (TP). Morey y Hopwood (2013), centrados en estudiar los cambios específicos que se producen en los rasgos de personalidad en sujetos que presentan un TP, sostienen que resulta esencial diferenciar entre los rasgos de personalidad asociados al temperamento y otros fenómenos psicopatológicos de tipo compensatorio asociados a estos rasgos a la hora de conceptualizar los TP. Por ejemplo, la presencia o ausencia de autolesiones ante el malestar típico del TLP, puede hacer que a nivel categorial algunos sujetos pasen de tener un TP a no tenerlo en un mínimo espacio de tiempo. Por lo tanto, hay fenómenos psicopatológicos que no representan a las dimensiones de

personalidad y pueden generar un importante factor confusional a la hora de diagnosticar la presencia o ausencia de TP.

Tras valorar la relación existente entre las cinco dimensiones de personalidad y los TM, presentamos todos estos hallazgos en una tabla resumen (**tabla 7**) y realizamos las siguientes conclusiones:

- Los cinco grandes se asocian de manera diferencial con los TM.
- La estabilidad relativa de los cinco grandes ante la presencia y posterior remisión de un TM es buena. La dimensión más voluble a la psicopatología es N.
- La estabilidad absoluta de los cinco grandes cambia en función de los TM. Los TM que mayor poder modificador tienen sobre la estabilidad de los rasgos de personalidad son los cuadros depresivos y los cuadros de ansiedad. Nuevamente N es la dimensión que menor estabilidad absoluta presenta. Las facetas de N más volubles al cambio son: “Depresión”, “Ansiedad” y “Vulnerabilidad”.
- La alta volatilidad de N se asocia a que gran parte de su varianza explicativa captura sintomatología ansioso-depresiva y por lo tanto, esta sintomatología genera un aumento transitorio de esta dimensión.
- Krueger y Markon (2006), mostraron que la estabilidad de los rasgos de personalidad no es un elemento diferencial entre los TP y los TM. Algunos hallazgos son indicativos de una mayor estabilidad de los rasgos normativos de la personalidad sobre los rasgos patológicos (Morey y col. 2007).

Con nuestro estudio de investigación pretendemos valorar la estabilidad relativa y absoluta de los rasgos de personalidad en sujetos que presentan y se recuperan de un TM. Por lo tanto, esperamos alcanzar mayor estabilidad relativa que absoluta, los rasgos de personalidad serán más estables que los estados psicopatológicos, y al analizar una muestra con TM en tratamiento también es esperable que obtengamos menor estabilidad que la alcanzada en muestras normativas. En la **tabla 7**, presentamos a modo de resumen los cambios en la estabilidad absoluta de las cinco dimensiones de personalidad tras la remisión del TM.

Tabla 7. Cambios en la estabilidad absoluta de las cinco dimensiones de personalidad tras la recuperación de un TM.

	Trastornos del Humor Unipolar				
	N	E	O	A	C
<i>Costa y col., (2005)</i>	-	+	-		+
<i>Klein y col., (2010)</i>	-				+
<i>Rosellini y Brown, (2011)</i>	-	+			+
<i>Renner y col., (2013)</i>	-	+			+
<i>Karsten y col., (2012)</i>	-				
<i>Hakulinen y col., (2015)</i>	-	+			+
<i>Hengartner y col., (2020)</i>	-	+	+		
	Trastornos por Ansiedad				
	N	E	O	A	C
<i>Perna y col. (1999)</i>					
<i>Rosellini y Brown., (2011)</i>	-				
<i>Karsten y col., (2012),</i>	-				
<i>Glinski y Page (2010)</i>	-	+			+ (Confianza Social)
<i>Hengartner y col., (2020)</i>	-	+	+		
	Trastornos por Sustancias				
	N	E	O	A	C
<i>Piedmont y col., (1999)</i>	-		+	+	+
<i>Carter y col. (2001)</i>	-				+
	Trastornos Psicóticos: Síntomas negativos mediados por la depresión				
	N	E	O	A	C
<i>Terkelsen y col., (1997)</i>	-				
<i>Kentros y col., (1997)</i>	-		+ (Emociones positivas)		
<i>Beauchamp y col., (2006)</i>	-				
<i>Boyette y col., (2015)</i>	-		+ (Emociones positivas)		
	Trastornos Conducta Alimentaria				
	N	E	O	A	C
<i>Lilenfeld y col., (2000)</i>	-				
	Trastornos de Personalidad y otro TM				
	N	E	O	A	C
<i>Wilberg y col., (2009)</i>	-	+	+		+

(+) Aumento significativo de la media dimensión. (-) Decremento significativo de la media de la dimensión. N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

1.5. Planteamiento del estudio

Nuestro interés por el ámbito de la personalidad y la psicopatología radica en poder entender de una manera más certera la relación que mantienen ambos conceptos teóricos. Nos interesa profundizar en la personalidad de los individuos que sufren un trastorno mental y saber si el trastorno mental modifica las dimensiones de personalidad de los sujetos. Nos planteamos los siguientes interrogantes:

1. ¿Producen los trastornos mentales cambios en las dimensiones de personalidad?
2. En el caso afirmativo: ¿cuáles son los trastornos que producen esos cambios? y ¿qué características comparten?
3. ¿Existe una asociación específica entre determinados cambios en las dimensiones de personalidad y determinados trastornos mentales?
4. En el caso de que exista una asociación específica: ¿a qué factores puede atribuirse esta asociación?

Todos estos interrogantes resultan de alta relevancia ya que pueden presentar grandes implicaciones a nivel clínico y forense, entre otros ámbitos de actuación psicológica. A nivel clínico, es común que los especialistas valoren la personalidad de los sujetos en momentos agudos de la patología con objeto de conceptualizar mejor el caso y planificar de una manera más óptima la intervención psicoterapéutica a realizar. También que estos datos sean comunicados al paciente, a otros profesionales o incluso que se realicen informes clínicos al respecto. Por lo tanto, el uso de una información sobre la personalidad que pudiera estar sesgada por la presencia del trastorno mental, entre otros sesgos propios de los autoinformes, es un importante error de medida que ha de ser considerado a nivel clínico y cuantificado a nivel empírico. La evaluación de la personalidad en contextos forenses es bastante habitual y requiere teniendo en cuenta las implicaciones legales que se desprenden del dictamen judicial, del uso de pruebas diagnósticas con alto rigor científico que permitan concluir datos altamente fiables. Por lo tanto, en este contexto también resulta crucial conocer el posible sesgo que la presencia del trastorno mental puede generar en la evaluación de la personalidad.

1.6. Objetivos e hipótesis

El presente estudio de investigación posee tres objetivos principales y varios objetivos secundarios.

1.6.1. Objetivos principales

1. Describir la personalidad de una muestra de sujetos con TM en su conjunto.
2. Explorar si existen diferencias de personalidad entre los sujetos que sufren diferentes trastornos mentales.
3. Analizar la estabilidad versus cambio de personalidad valorada con el NEO-PI-R, durante la presencia de un trastorno mental y tras la remisión completa del mismo.

Objetivos secundarios:

- Examinar las características de personalidad de la muestra perdida del *tiempo 1* al *tiempo 2*.
- Valorar si existen diferencias de personalidad según el género.
- Explorar qué dimensiones de personalidad, siguiendo el Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae (1992), permanecen estables y/o cambian durante la presencia del TM y tras la remisión completa del mismo.
- Analizar si existen ciertos trastornos mentales que presentan mayor poder modificador, en comparación con otros, de las puntuaciones medias de las dimensiones de la personalidad y determinar cuáles son.
- Estudiar si la gravedad del trastorno mental se asocia al cambio en las puntuaciones medias de las dimensiones de la personalidad.
- Valorar si existen diferencias sociodemográficas, clínicas y/o de personalidad entre la muestra que presenta una remisión completa de su TM y la que no la presenta.
- Estudiar si la personalidad en el *tiempo 2* y en el *tiempo 3* se puede predecir a partir de autovalores previos.

1.6.2 Hipótesis del estudio

En relación a los objetivos principales y secundarios del estudio nos planteamos las siguientes hipótesis:

1. Esperamos encontrar una asociación significativa entre la patología y las dimensiones de personalidad N y E. Esta asociación será de valencia positiva para N y negativa para E.
2. Esperamos encontrar que las mujeres puntúen más en N que los hombres.
3. Esperamos encontrar que los sujetos con cuadros depresivos presenten menores puntuaciones en E, que otros cuadros psicopatológicos.
4. Esperamos encontrar que los sujetos con cuadros de abuso de tóxicos presenten menores puntuaciones en C, que otros cuadros psicopatológicos.
5. Esperamos hallar una adecuada estabilidad relativa para todas las dimensiones de personalidad durante la presencia y la remisión completa del TM.
6. Respecto a la estabilidad absoluta, esperamos cambios significativos en las puntuaciones medias de N y E con la remisión completa del TM.
7. La gravedad clínica del TM se asociará significativamente a un mayor grado de cambio en las puntuaciones medias de las dimensiones de personalidad durante y después del mismo.
8. La evaluación de la personalidad de los sujetos que presenten psicopatología de menor entidad clínica, como pueden ser los trastornos adaptativos o los problemas que son categorizados como códigos Z en la CIE 10, se mantendrá estable durante y tras la remisión completa del TM.
9. En los sujetos que alcancen una remisión completa de su TM durante el tratamiento, esperamos encontrar cuadros psicopatológicos de menos años de evolución y de

menor gravedad clínica (ICG), en comparación con los sujetos que no alcancen la remisión completa.

10. En los sujetos que alcancen una remisión completa de su TM durante el tratamiento, esperamos encontrar encontrar puntuaciones medias en N inferiores y en E superiores a las obtenidas por los sujetos que no alcancen la remisión completa de su TM.
11. Esperamos hallar modelos predictivos longitudinales (*tiempo 2* y *tiempo 3*) para los rasgos de personalidad a partir de autovalores previos con un tamaño del efecto de al menos el 50%.

II. MARCO EMPÍRICO

1. Materiales y métodos

1.1. Características de la muestra

1.1.1. Muestra inicial (datos base)

La muestra inicial está constituida por un grupo de 146 sujetos que inician o realizan un tratamiento especializado en dos centros de salud mental de Pamplona (Navarra). De la muestra total, 120 sujetos proceden del Instituto Privado de Fundación Argibide (Pamplona, Navarra) y 26 sujetos del Hospital de Día I del Servicio Navarro de Salud (Pamplona, Navarra). Tal y como se observa en el gráfico 1, el 82,2 % de los sujetos realiza un tratamiento ambulatorio en el Instituto privado de Fundación Argibide y el 17,8 % de los casos se encuentra en la condición de ingreso parcial en el Hospital de Día I de la red pública de la comunidad de navarra (**figura 3**).

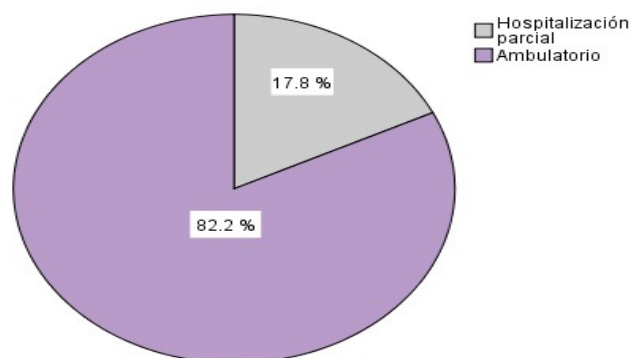


Figura 3. Porcentaje de sujetos en tratamiento ambulatorio (Instituto Privado de Fundación Argibide) y en hospitalización parcial (Red Pública de Salud Mental de Navarra)

El 67,1% (N= 98) de la muestra son mujeres y el 32,9% (N= 48) hombres. La media de edad para toda la muestra es de 36,01 (DT= 13,21) con un rango de edad que oscila entre los 18 y los 68 años. El 48,6 % de la muestra se encuentra en una situación laboral activa y más de la mitad de los participantes presenta un estado civil soltero (53,1%). En la misma tabla se presentan los grupos diagnósticos más representativos de nuestra muestra: 1)

Trastornos del Humor (TH), 2) Trastornos de Ansiedad (TA), donde se incluyen los trastornos de ansiedad fóbica, otros trastornos de ansiedad, y el trastorno obsesivo compulsivo, 3) Trastornos de Estrés (TE) donde se incluye el trastorno de estrés post-traumático y los trastornos adaptativos, 4) los Trastornos de Personalidad (TP) y 5) otros TM. Las categorías diagnósticas más prevalentes en nuestra muestra con TM son: el 28,1% de los sujetos presenta un Trastornos de Ansiedad (TA), el 24,6 % de los sujetos presenta un Trastornos del Humor (TH), el 20,5% un Trastorno de Estrés (TE), el 17,8 % un Trastorno de Personalidad (TP) y el 9,6 % presenta otro tipo de cuadros psicopatológicos. A nivel de diagnósticos específicos, los trastornos adaptativos (16,9%), seguidos por el episodio depresivo mayor (15,1%) y el trastorno mixto ansioso-depresivo (11%), son los más prevalentes. La media de años de evolución del cuadro psicopatológico a tratar es de 8,7 (DT= 11,1), con un intervalo que oscila desde los 0 años (21,3% de la muestra) y 50 años de evolución (1,3% de la muestra). La media de ingresos psiquiátricos en esta muestra es de 0,5 (DT= 1,5). El 26,7 % de estos sujetos presentan comorbilidad psiquiátrica, el 33,6 % una enfermedad física concomitante y el 12,3 % presenta un problema con los tóxicos, sin considerar el tabaco y la cafeína. Las características sociodemográficas y los diagnósticos clínicos de la muestra base se presentan en la **tabla 8**.

Tabla 8. Características sociodemográficas y diagnósticos clínicos de la muestra base (*tiempo 1*; N= 146)

% Mujeres	67,1
<i>Estado civil (%)</i>	
• Soltero	53,1
• Casado	37,5
• Separado	8,1
• Viudo	1,3
<i>Nivel educativo (%)</i>	
• Estudios primarios	2,5
• ESO	13,1
• Formación profesional media	18,1
• BaChiller	13,1
• Formación profesional superior	3,8
• Universitarios	49,4
<i>Situación laboral (%)</i>	
• Activo	48,6
• Desempleado	13,7
• Pensionista	4,1
• Jubilado	1,4
• Estudiante	22,6
• Otras	9,6
<i>Comorbilidad (%)</i>	
• Física	33,6
• Psíquica	26,9
• Tóxicos	12,3
<i>Diagnósticos CIE 10 (%)</i>	
• <i>TH</i>	24,6
T. Bipolar	2,1
T. Depresivo Recurrente	1,4
Episodio Depresivo	15,1
T. del Humor persistentes	5,5
• <i>TA</i>	28,1
T. de Ansiedad Fóbica	3,4
T.Mixto Ansioso-Depresivo	11
T.Pánico	1,3
T.Obsesivo Compulsivo-Compulsivo	3,1
Otros	9,3
• <i>TE</i>	20,5
TEPT	1,9
T. Adaptativos	16,9
Otros T. Neuróticos	1,7
• <i>TP y otros TP</i>	17,8
• <i>Otros TM</i>	9,6
TCA	1,9
T. Psicóticos	0,6
T. del desarrollo y orientación sexual	0,6
Código Z	5,0

Respecto al tipo de tratamiento que inician los sujetos que presentan por primera vez un TM y/o los sujetos que acuden a consulta por una descompensación en su cuadro psicopatológico de base, encontramos que el 68,5% de la muestra inicia o realiza un tratamiento combinado, el 24 % un tratamiento psicológico y el 7,5 % un tratamiento farmacológico. En la **figura 4** se presenta el grado de gravedad del cuadro psicopatológico en el *tiempo 1*, según la Impresión Clínica Global (ICG) del especialista que valora el caso.

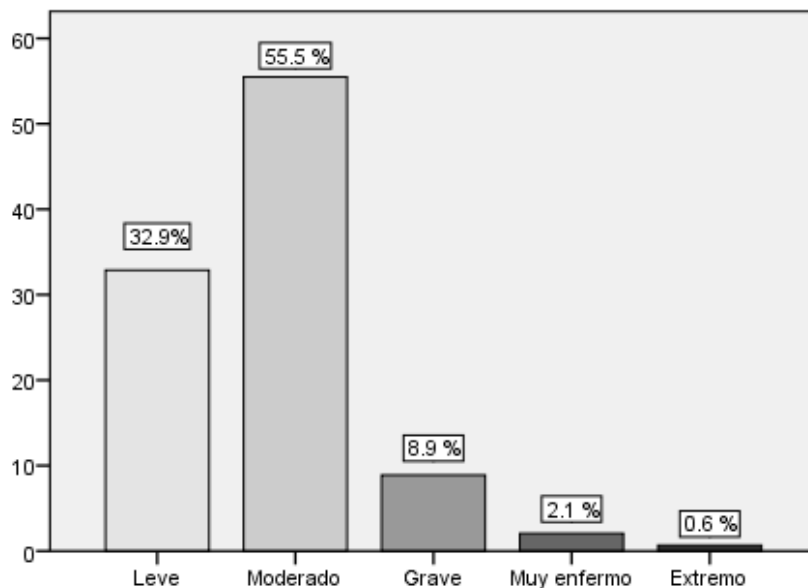


Figura 4. ICG de la muestra base en el *tiempo 1*.

A continuación, nos vamos a detener en describir las características sociodemográficas y clínicas de los sujetos que se encuentran en la condición de tratamiento de hospitalización parcial en el Hospital de Día Adultos (HDA) de la red navarra de salud mental, dado que presuponemos en estos sujetos unas características diferenciales a las del resto de la muestra. Tal y como se puede observar en la **tabla 9**, la media de edad de los sujetos de esta submuestra es de 40,7 años de edad (DT= 10,6) con un rango que oscila entre los 18 y los 57 años. El 73,1 % de la muestra son mujeres y el 26.9 % son hombres. El 42,3 % de la muestra presenta el estado civil casado y el 23,1 % se encuentra en una situación laboral activa. Respecto al tipo de TM más frecuente en esta submuestra encontramos que la categoría

general de TH (46,2%) y TP (30,8 %) son las más prevalentes. La media de años de evolución del cuadro psicopatológico a tratar es de 14,7 (DT= 9,8), con un intervalo que oscila desde los 1 a 30 años de evolución. La media de ingresos psiquiátricos en esta submuestra es de 2,4 (DT= 2,9). El 73,1 % de estos sujetos presentan comorbilidad psiquiátrica, el 53,8 % una enfermedad física concomitante y el 23,1 % presenta un problema de tóxicos. Como se puede observar en la **figura 5**, el 84,6 % de la muestra que se encuentra en la condición de HDA presenta un cuadro psicopatológico de gravedad moderada según la ICG.

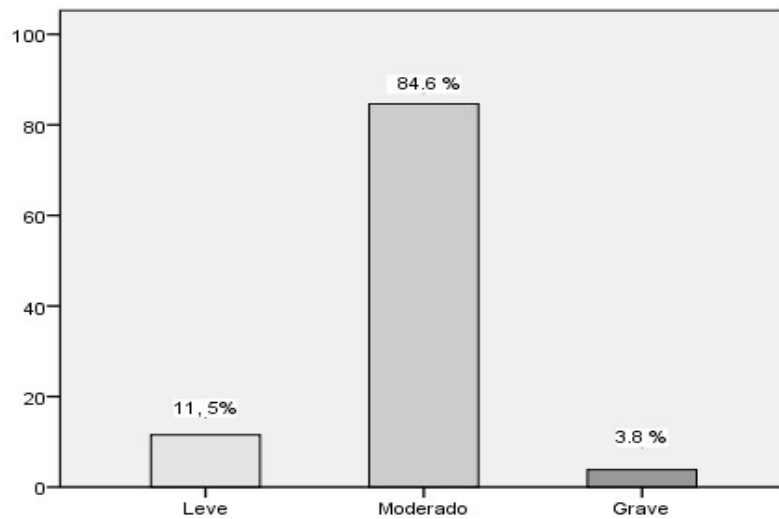


Figura 5. ICG de la muestra en la condición de ingreso parcial en HDA *tiempo 1*.

Tabla 9. Características sociodemográficas y diagnósticos clínicos de los sujetos con ingreso parcial en HDA (tiempo 1; N= 26)

<i>% Mujeres</i>	73,1
<i>Estado civil (%)</i>	
• Soltero	30,8
• Casado	42,3
• Separado	26,9
• Viudo	0
<i>Nivel educativo (%)</i>	
• Estudios primarios	3,8
• ESO	50
• Formación profesional media	23,1
• BaChiller	7,7
• Formación profesional superior	0
• Universitarios	15,4
<i>Situación laboral (%)</i>	
• Activo	23,1
• Desempleado	23,1
• Pensionista	19,2
• Jubilado	0
• Estudiante	7,7
• Otras	26,9
<i>Comorbilidad (%)</i>	
• Física	53,8
• Psíquica	76,9
• Tóxicos	23,1
<i>Diagnósticos CIE 10 (%)</i>	
• <i>TH</i>	46,2
T. Bipolar	11,5
T. Depresivo Recurrente	7,7
Episodio Depresivo	3,8
T. del Humor persistentes	23,1
• <i>TA</i>	15,4
T. de Ansiedad Fóbica	3,8
T. Obsesivo Compulsivo-Compulsivo	3,8
Otros	7,7
• <i>TE</i>	3,8
• <i>TP y otros TP</i>	30,8
• <i>Otros TM</i>	3,8

1.1.2. Muestra (longitudinal)

La segunda recogida de muestra consta de 95 sujetos. La media de edad es igual a 36 años (DT =13,4) y el intervalo de edad se distribuye entre los 18 y los 68 años. El 68,9 % de la muestra son mujeres y el 49,5 % se encuentra activo a nivel laboral. A nivel de categorías diagnósticas generales la distribución es similar a la del *tiempo 1*. A nivel de diagnósticos específicos, el episodio depresivo mayor (16,5%) pasa a ser el más prevalente en el *tiempo 2*, seguido por el trastorno adaptativo (14,6 %) y el trastorno mixto ansioso-depresivo (12,9 %).

La tercera recogida de muestra consta de 89 sujetos. La media de edad es de 35,7 (DT= 13,5). En el *tiempo 3*, los TH (25,8%) pasan a ser los más prevalentes de la muestra y el episodio depresivo mayor sigue siendo el diagnóstico específico más común (18%). Las características sociodemográficas y los diagnósticos clínicos de la muestra longitudinal se presentan en la **tabla 10**.

Tabla 10. Características sociodemográficas y diagnósticos clínicos de la muestra longitudinal.

	Time 2 (n = 95)	Time 3 (n= 83)
Media de edad (DT)	36 (13,37)	35,7 (13,5)
% Mujeres	68,9	70,8
<i>Estado civil (%)</i>		
• Soltero	55,3	53,9
• Casado	34	37,1
• Separado	8,7	6,7
• Viudo	1,9	2,2
<i>Nivel educativo (%)</i>		
• Estudios primarios	2,9	3,4
• ESO	11,7	11,2
• Formación profesional media	11,5	15,7
• Bachiller	13,9	12,4
• Formación profesional superior	1,9	3,4
• Universitarios	52,4	53,9
<i>Situación laboral (%)</i>		
• Activo	49,5	51,7
• Desempleado	12,6	11,2
• Pensionista	1,9	3,4
• Jubilado	1,9	1,1
• Estudiante	24,3	24,7
• Otras	9,7	7,9
<i>Diagnósticos CIE 10 (%)</i>		
• <i>TH</i>	24,3	25,8
T. Bipolar	1	1,1
T. Depresivo Recurrente	1,9	2,2
Episodio Depresivo	16,5	18
T. del Humor persistentes	4,9	4,5
• <i>TA</i>	29,2	23,5
T. de Ansiedad Fóbica	4,9	5,6
T.Mixto Ansioso-Depresivo	12,6	11,2
T.Pánico	1,9	2,2
T.Obsesivo Compulsivo-Compulsivo	4,9	2,2
Otros	4,9	2,3
• <i>TE</i>	20,4	22,5
TEPT	2,9	2,2
T. Adaptativos	14,6	16,8
Otros T. Neuróticos	2,9	3,5
• <i>TP y otros TP</i>	14,6	19,5
• <i>Otros TM</i>		
TCA	2,9	2,2
T. Psicóticos	1	1,1
T. desarrollo y orientación sexual	1	1,1
Código Z	5,8	4,6

1.1.3. Muestra con y sin remisión completa del TM

A los 3 meses de la valoración realizada en el *tiempo 1*, de un total de 95 sujetos: 24 sujetos presentaban una remisión completa de su TM (25,26%) y 71 sujetos no presentaban remisión completa. De estos 71 sujetos, 46 sujetos mostraban una remisión parcial, 25 sujetos mostraban igual estado clínico que en el *tiempo 1* y ningún sujeto había sufrido un empeoramiento clínico.

A los 6 meses de la valoración realizada en el *tiempo 1*, de un total de 89 sujetos: 38 sujetos presentaban una remisión completa de su TM (42,7%) y 51 sujetos no presentaban una remisión completa (57,3%). De los 38 sujetos que alcanzan una remisión completa en el *tiempo 3*, 20 sujetos mantienen la remisión completa desde el *tiempo 2* y 18 sujetos la alcanzan del tránsito del *tiempo 2* al *tiempo 3*. De los 51 sujetos que no presentan una remisión completa, 31 sujetos muestran una remisión parcial (60,8%), 20 sujetos muestran igual estado clínico que en el *tiempo 1* (39,2%) y ningún sujeto presenta peor estado clínico que el manifestado en el *tiempo 1* (0%).

Queremos señalar que el hecho de que no se identifique ningún sujeto con empeoramiento clínico entre el *tiempo 1* y el *tiempo 2*, y el *tiempo 1* y el *tiempo 3*, no quiere decir que esta situación clínica no se haya producido, sino que nuestro estudio no la ha capturado, ya sea porque no se ha dado o porque los sujetos que han presentado un empeoramiento clínico han abandonado el estudio. Nos consta, que algunos de los motivos de abandono del tratamiento y del estudio han sido la falta de mejoría y/o el empeoramiento clínico.

En la **figura 6**, mostramos el número de sujetos que presentan una remisión completa, remisión parcial, igual estado clínico y empeoramiento clínico a nivel longitudinal.

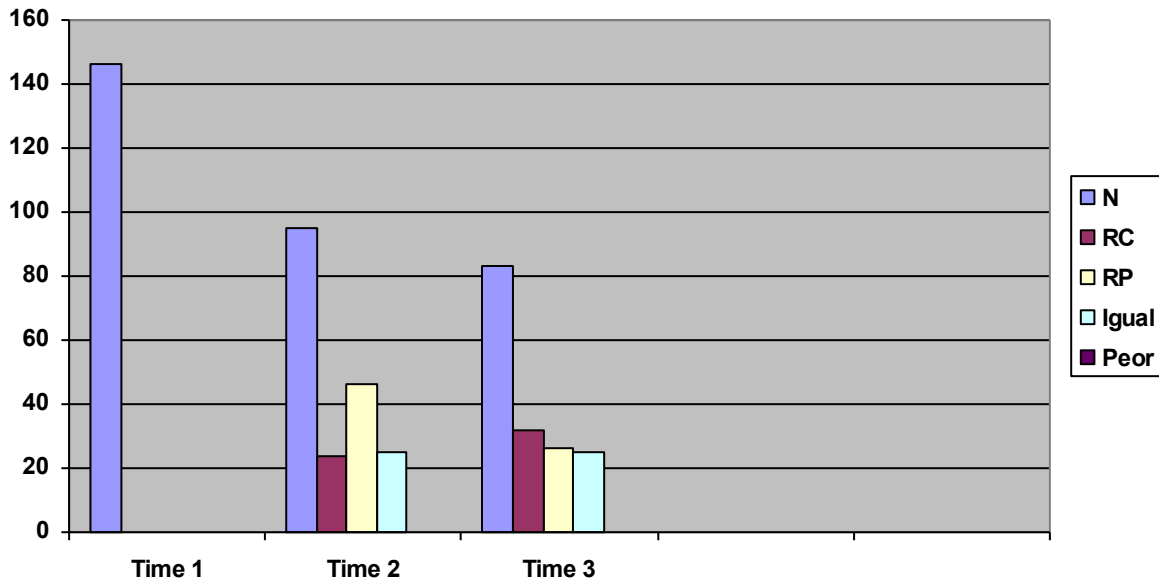


Figura 6. Número de sujetos con TM y número de sujetos con Remisión Completa (RC), Remisión Parcial (RP), igual estado clínico y empeoramiento clínico a nivel longitudinal según criterio clínico.

a) Muestra de sujetos con remisión completa del TM tras 6 meses de tratamiento (N=38)

De los 89 sujetos con TM de los que se disponen datos en el *tiempo 3*, el 42,7 % (N= 38) presenta una remisión completa en el *tiempo 3*. De estos sujetos, 6 fueron datos de alta por mejoría completa en el *tiempo 2* y aunque se les invitó por teléfono a realizar el *tiempo 3* ninguno de ellos lo hizo. Todos ellos en la llamada telefónica confirmaron que mantenían la remisión completa del TM. El 65,8% (N= 25) de la muestra son mujeres y el 34,2% (N= 13) hombres. La media de edad para toda la muestra es de 33 años (DT= 13.31) con un rango de edad que oscila entre los 18 y los 68 años. El 56,4 % de la muestra se encuentra en una situación laboral activa y más de la mitad de los participantes presenta un estado civil soltero (53,8%). A nivel de categorías diagnósticas generales, las más prevalentes son los TA (31,6 %) y los TE (28,9 %). La media de ingresos psiquiátricos en esta muestra es de 0,03 (DT= 0,1), con un intervalo que oscila entre 0 y 1. El 10,3 % de estos sujetos presentan comorbilidad psiquiátrica, el 18,4 % una enfermedad física concomitante y el 2,6 % presenta un problema con los tóxicos, sin considerar el tabaco y la cafeína.

El 100% de los sujetos que componen esta muestra realizan tratamiento ambulatorio (no se encuentran en la condición de HDA). El 50% de la muestra recibe tratamiento combinado (psicológico y farmacológico), el 34,2 % tratamiento psicológico y el 15,8 % tratamiento farmacológico. En la **tabla 11** se presentan las características sociodemográficas y los diagnósticos clínicos de la muestra. La gravedad clínica del TM que presenta esta muestra en el *tiempo 1* es valorada por el clínico de referencia con la ICG y puede observarse en la **figura 7**.

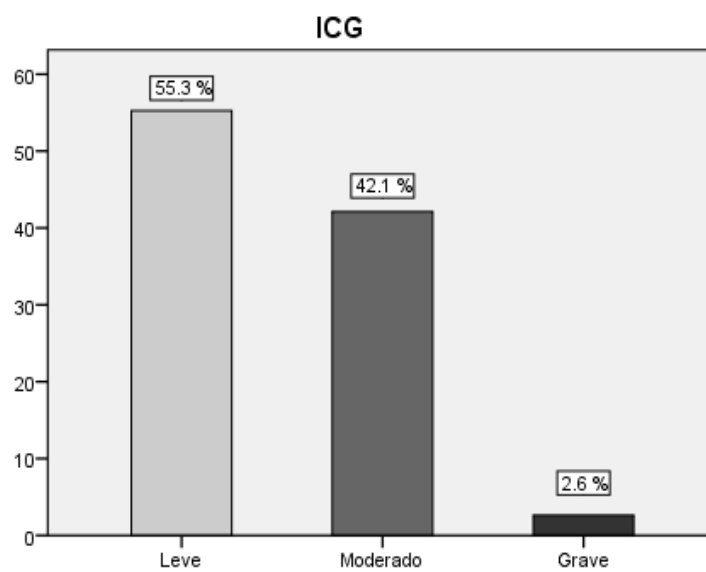


Figura 7. ICG de la muestra que presenta una recuperación completa de su TM.

Tabla 11. Características sociodemográficas y diagnósticos clínicos de la muestra que presenta una remisión completa de su TM en un intervalo máximo de tratamiento de 6 meses

(N= 38)	
Media de edad (DT)	33 (13,31)
% Mujeres	66,7
<i>Estado civil (%)</i>	
• Soltero	53,8
• Casado	38,5
• Separado	5,1
• Viudo	2,6
<i>Nivel educativo (%)</i>	
• Estudios primarios	2,6
• ESO	5,1
• Formación profesional media	15,4
• Bachiller	7,7
• Formación profesional superior	2,6
• Universitarios	66,7
<i>Situación laboral (%)</i>	
• Activo	56,4
• Desempleado	15,4
• Pensionista	2,6
• Jubilado	1,9
• Estudiante	25,6
• Otras	9,7
<i>Comorbilidad (%)</i>	
• Física	18,4
• Psíquica	10,3
• Tóxicos	2,6
<i>Diagnósticos CIE 10 (%)</i>	
• <i>TH</i>	21,1
T. Bipolar	0
T. Depresivo Recurrente	2,6
Episodio Depresivo	18,5
T. del Humor persistentes	0
• <i>TA</i>	31,6
T. de Ansiedad Fóbica	2,6
T. Mixto Ansioso-Depresivo	17,9
T. Pánico	2,6
T. Obsesivo Compulsivo-Compulsivo	8,5
Otros TA	
• <i>TE</i>	28,9
TEPT	2,6
T. Adaptativos	25,6
Otros T. Neuróticos	0,6
• <i>TP y otros TP</i>	10,5
• <i>Otros TM</i>	7,8

b) Muestra sin remisión completa del TM tras seis meses de tratamiento especializado (N=51)

De los 89 sujetos con TM de los que se disponen datos en el *tiempo 3*, el 57,3 % (N=51) no alcanza la remisión completa. El 72,5% (n=37) de la muestra son mujeres y el 27,5% (n=14) hombres. La media de edad para toda la muestra es de 37,4 años (DT= 14,4) con un rango de edad que oscila entre los 18 y los 68 años. El 49 % de la muestra se encuentra en una situación laboral activa y más de la mitad de los participantes presenta un estado civil soltero (56,9%). A nivel de categorías diagnósticas generales, las más prevalentes son los TH (39,4%) y los TP (25,5 %). La media de ingresos psiquiátricos en esta muestra es de 0,7 (DT= 2,6), con un intervalo que oscila entre 0 y 12. El 33,8 % de estos sujetos presentan comorbilidad psiquiátrica, el 43,1 % una enfermedad física concomitante y el 9,8 % presenta un problema con los tóxicos, sin considerar el tabaco y la cafeína. En la **tabla 12** se presentan las características sociodemográficas y los diagnósticos clínicos de la muestra que no presenta una remisión completa de su TM en un intervalo máximo de tratamiento de 6 meses.

Tabla 12. Características sociodemográficas y diagnósticos clínicos de la muestra que no presenta una recuperación completa de su TM en un intervalo máximo de tratamiento de 6 meses

(N= 51)	
Media de edad (DT)	37,4 (14,4)
% Mujeres	72,5
<i>Estado civil (%)</i>	
• Soltero	56,9
• Casado	31,4
• Separado	9,8
• Viudo	2,0
<i>Nivel educativo (%)</i>	
• Estudios primarios	3,9
• ESO	13,7
• Formación profesional media	21,6
• Bachiller	15,7
• Formación profesional superior	3,9
• Universitarios	41,2
<i>Situación laboral (%)</i>	
• Activo	49,0
• Desempleado	11,8
• Pensionista	5,9
• Jubilado	0
• Estudiante	21,6
• Otras	11,8
<i>Comorbilidad (%)</i>	
• Física	41,1
• Psíquica	33,8
• Tóxicos	9,8
<i>Diagnósticos CIE 10 (%)</i>	
• <i>TH</i>	33,4
T. Bipolar	2,0
T. Depresivo Recurrente	2,0
Episodio Depresivo	19,6
T. del Humor persistentes	9,8
• <i>TA</i>	19,6
T. de Ansiedad Fóbica	7,8
T. Obsesivo Compulsivo-Compulsivo	3,9
T. Mixto Ansioso-Depresivo	5,8
T. Pánico	2
Otros TA	0
• <i>TE</i>	15,7
TEPT	2
T. Adaptativos	9,8
Otros T. Neuróticos	3,9
• <i>TP y otros TP</i>	25,5
• <i>Otros TM</i>	5,9

La ICG que presenta esta muestra en el *tiempo 1* es valorada por el clínico de referencia puede observarse en la **figura 8**.

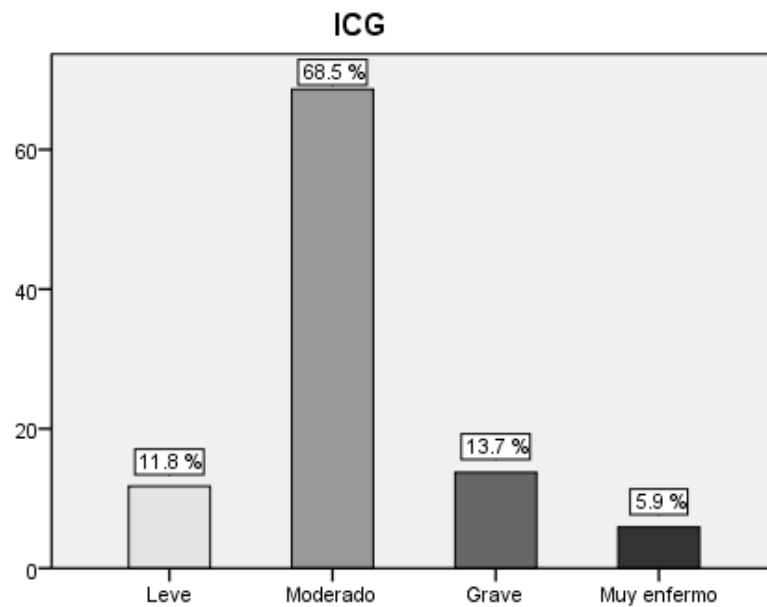


Figura 8. ICG de la muestra que no presenta una recuperación completa de su TM.

En el *tiempo 2*, el 74,5% de los sujetos que componen esta muestra realizan tratamiento ambulatorio y el 25,5 % de los sujetos se encontraban en la condición de ingreso parcial en el HDA. Todos los sujetos en el *tiempo 3* se encontraban en la condición de tratamiento ambulatorio. Los sujetos que habían sido dados de alta del HDA seguían su tratamiento ambulatorio en red pública de Salud Mental de Navarra. El 80,4% de la muestra estaba recibiendo tratamiento combinado (psicológico y farmacológico), el 13,7% tratamiento psicológico y el 5,9% tratamiento farmacológico.

1.2. Instrumentos

Para la evaluación general de la muestra se ha utilizado un cuestionario de recogida de datos sociodemográficos, asistenciales y clínicos. Esta evaluación inicial ha consistido en la recogida de datos básicos como: edad, género, estado civil, profesión, ocupación actual, nivel de estudios alcanzado y diagnóstico de enfermedades y/o trastornos psicológicos que hubieran requerido intervención especializada a lo largo de su vida incluyendo, en su caso, el tipo de tratamiento recibido (actual o pasado).

La estructura de personalidad ha sido evaluada con el cuestionario NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992; adaptación española de Cordero, Pamos y Seisdedos, 2008). El NEO-PI-R es un cuestionario autoaplicado que contiene 240 ítems con una escala de respuesta Likert con 5 puntos, que van desde A (totalmente en desacuerdo) a E (totalmente de acuerdo). El cuestionario ofrece la valoración de los cinco factores del MCF, anteriormente comentados: “Neuroticismo”, “Extraversión”, “Apertura a la Experiencia”, “Amabilidad” y “Responsabilidad”, y 6 facetas para cada factor (30 facetas de personalidad). Las escalas del NEO-PI-R se expresan en puntuaciones T, cuya media es 50 y desviación típica 10. Se considera que las puntuaciones son medias de 46-55, bajas de 45- 35 y altas de 56- 65. Muy altas superiores de 65 y muy bajas inferiores de 35. *La fiabilidad por alfa de Cronbach* en los Cinco Factores es de 0,87 en Neuroticismo (N), 0,83 en Extraversión (E), 0,74 en Apertura a la experiencia (O), 0,76 para Amabilidad (A) y de 0,86 en Responsabilidad (C). Los índices de *fiabilidad test-retest* son de 0,87, 0,91 y 0,86 para los factores N, E y O. Además incluye *tres ítems de validez* con escalas de respuesta: 1) Blanco (respuestas en blanco), 2) Aquiescencia y Negativismo (tendencia de respuesta positiva y/o negativa) y 3) Azar (tendencia a responder igual a varias respuestas seguidas).

La sintomatología psicopatológica ha sido evaluada a través del “Symptom Checklist 90 Revised” (SCL-90-R: Derogatis, 1994; adaptación española de González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002). Es un cuestionario multidimensional autoaplicado comprendido por 90 ítems cada uno de los cuales es valorado en una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde 0 (nada en absoluto) hasta 4 (de forma extrema). El cuestionario comprende nueve escalas sintomatológicas: Somatización, Obsesión-Compulsión,

Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. Además, y tres índices generales de malestar: Índice General de Sintomatología (ISG), el Índice de Distres de Síntomas Positivos (PSDI) y el Índice Total de Síntomas Positivos (PST). La *fiabilidad* de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores a $r = 0,70$ en la mayoría de los estudios de Habilidad test-retest y en torno a 0.80 en los análisis de consistencia interna (Derogatis, 1994; Derogatis y Savitz, 2000). Además existen multitud de estudios que han concretado perfiles característicos de varios cuadros psiquiátricos: ansiosos, depresivos y/o médicos (Derogatis, 1994). El cuestionario también acumula múltiples evidencias sobre su adecuada *validez convergente*, *validez concurrente* y *predictiva* del inventario y de sus escalas, utilizando como criterios otros instrumentos de evaluación clínica, escalas de *screening*, diagnósticos psiquiátricos y protocolos de evaluación (Derogatis y Savitz, 2000). El inventario ha sido cuestionado por su falta de validez factorial.

La funcionalidad de los sujetos ha sido valorada con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (APA, 2005) y con la Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) es una escala descriptiva y heteroaplicada que valora de una manera continua el nivel de actividad psicológica, social y laboral que presenta el sujeto a lo largo del continuum de salud-enfermedad. Consta de una dimensión continua que puntúa entre 1 (Peligro persistente para uno mismo o para los otros) y 100 (Actividad satisfactoria en una gama amplia de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de su vida, es valorado/a por lo demás a causa de sus abundantes cualidades positivas), (APA, 2005). La Escala de Inadaptación (EI) es una escala autoaplicada que refleja en qué medida los problemas psicológicos o psiquiátricos pueden afectar a la vida cotidiana de las personas y es muy sensible al cambio terapéutico. Este instrumento consta de cinco ítems específicos referidos a ámbitos de la vida cotidiana como son: el trabajo o estudios, la vida social, el tiempo libre, la relación de pareja y la vida familiar, y un sexto ítem que refleja el grado de inadaptación global. Cada uno de ellos oscila de 0 a 5 en una escala tipo Likert. El rango de la escala total oscila de 0 a 30, siendo 30 el máximo de inadaptación social que puede presentar un sujeto (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).

La gravedad del cuadro psicopatológico ha sido valorada con la escala de Impresión Clínica Global (ICG) en su versión de gravedad de la enfermedad (ICG-GE) y en su versión de mejoría global (ICG-MG). Esta escala heteroaplicada valora de manera continua la gravedad que presenta el cuadro psicopatológico del sujeto en el momento que es valorado por el clínico. Las puntuaciones oscilan desde 1 (Normal, no enfermo) hasta 7 (Extremadamente enfermo). En su versión de mejoría global, la escala valora de una manera continua el cambio experimentado en la enfermedad por el sujeto desde la puntuación 1 (mucho mejor) hasta 7 (mucho peor).

El criterio establecido para determinar que los sujetos incorporados al tiempo 1 presentaban un TM ha sido el siguiente: 1) una puntuación mayor o igual a 3 (Levemente enfermo- Extremadamente enfermo) en la ICG, y 2) una puntuación igual o inferior de 80 (Síntomas transitorios a estrés psicosocial- Peligro persistente para uno mismo o los otros) en la EEAG. Para la selección de sujetos que presentan un TM decidimos incluir únicamente el criterio del especialista en salud mental y no considerar el criterio de gravedad del propio sujeto, al valorar que la falta de conciencia de enfermedad asociada a algunos estados psicopatológicos podía sesgar la selección de la muestra. No obstante, nuestros datos confirman que la escala heteroaplicada EEAG correlaciona de manera significativa con la impresión clínica del propio sujeto valorada con la escala global autoaplicada de la EI ($r = -0,32$, $p < 0,01$). También resulta significativa la correlación existente entre la EEAG y el Índice Global de Gravedad (IGG) del SCL-90R en el *tiempo 1* ($r = -0,34$, $p < 0,01$). Según estos datos, a mayor puntuación EEAG (mayor salud mental) menor puntuación en la EI (menor afectación del TM) y menor puntuación en el ICG (menor afectación del TM).

El criterio establecido para determinar la remisión completa del TM ha sido: 1) asegurar que el sujeto presenta un TM y 2) que en las valoraciones longitudinales la puntuación obtenida en la EEAG fuera igual o superior a 81. Es decir, de 81-90 (Síntomas ausentes o mínimos) y de 91-100 (Sin síntomas).

El criterio establecido para determinar la remisión parcial del trastorno mental ha sido: 1) que el sujeto cumpla la condición de presentar un TM y 2) que en las valoraciones longitudinales la puntuación del EEAG sea superior a la obtenida en el EEAG *tiempo 1* e inferior a 81-90 (Síntomas ausentes o mínimos).

El criterio establecido para determinar la falta de remisión o mejoría del TM ha sido: que en las valoraciones longitudinales la puntuación del EEAG sea igual al obtenido en el *tiempo 1*.

El criterio establecido para determinar el empeoramiento clínico del TM: que en las valoraciones longitudinales la puntuación del EEAG sea inferior al obtenido en el *tiempo 1*.

1.3. Procedimiento

La muestra potencial en este estudio de investigación han sido todos aquellos sujetos que entre marzo de 2017 y mayo de 2018, han acudido a realizar un tratamiento especializado en salud mental al Instituto Privado de Fundación Argibide (Pamplona, España) y/o al Hospital de Día I del Servicio Navarro de Salud Mental (Pamplona, España). El equipo de especialistas en salud mental de ambos centros, formado por psiquiatras y psicólogos clínicos, ha sido el encargado de reclutar la muestra, explicar las condiciones del estudio y el protocolo de investigación. La decisión de formar parte del estudio o no formar parte de mismo, no ha tenido ningún impacto sobre el tratamiento que ha recibido cada sujeto para su TM. Todos los participantes podían demandar salir del estudio en cualquier momento temporal del mismo.

Este estudio longitudinal se inició en marzo de 2017 (inicio de recogida de la muestra) y ha finalizado en noviembre de 2018 (fin del seguimiento de la muestra). Todos los participantes han sido valorados en tres momentos temporales: 1) La primera valoración se ha realizado en el momento que el sujeto ha contactado con uno de los centros que forman parte del estudio con objeto de tratar el inicio o la recidiva de un cuadro psicopatológico (*tiempo 1*), 2) a los tres meses de realizar el *tiempo 1* (*tiempo 2*), y 3) a los 6 meses de la aplicación del *tiempo 1* (*tiempo 3*). El intervalo válido en la recogida de la información entre los diferentes *tiempos* ha sido de una amplitud máxima aproximada de 3 semanas. Durante todas

las administraciones los sujetos han cumplimentado el mismo protocolo de investigación de una duración aproximada entre 90 y 120 minutos.

Durante un periodo de un año y dos meses (marzo de 2017 a mayo de 2018) se contactó con un total de 241 sujetos. De los sujetos informados, 146 sujetos (60,6%) aceptaron participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado, completaron adecuadamente el *tiempo 1*, no pidieron salir del estudio en ningún momento temporal y su protocolo resultó totalmente válido para el análisis de datos posterior. Se descartaron siete sujetos por protocolos inválidos. El número de sujetos que decide tras la firma del consentimiento informado salir del estudio y que sus datos no sean utilizados para el mismo asciende a 2 sujetos. Las razones principales argumentadas por los sujetos para no participar en el estudio fueron el exceso de preguntas del protocolo de investigación y/o el no establecimiento de una intervención especializada en el centro receptor de los casos.

La segunda administración está formada por 95 sujetos (65,1% del *tiempo 1*) y la tercera por 89 sujetos (60,9 % del *tiempo 1*). El desgaste de la muestra puede asociarse principalmente a falta de motivación de los participantes para realizar nuevamente el protocolo de investigación, la falta de control de los especialistas para recordar el momento temporal en el que se tenían que cumplimentar los datos del protocolo, y/o la interrupción de los tratamientos especializados, ya sea por la gestión de un alta por mejoría del cuadro psicopatológico y/o un alta voluntaria (el paciente interrumpe su tratamiento de forma unilateral). El número de protocolos descartados por invalidez en el *tiempo 2* fue de 4 protocolos y en el *tiempo 3*, se descartó un protocolo. Para minimizar la pérdida de la muestra se realizó un contacto telefónico asiduo recordando a los participantes del estudio la fecha en la que tenían que realizar el protocolo de investigación. En su gran mayoría los participantes recibieron feedback presencial de los resultados obtenidos en las pruebas del protocolo de investigación y en menor medida, el feedback se realizó de manera telefónica para aquellos sujetos que ya no precisaban acudir al centro donde se realizaba la investigación.

El diagnóstico clínico que presentaban los participantes del estudio fue realizado por psiquiatras y psicólogos clínicos con más de cinco años de experiencia en el proceso de diagnóstico y en el tratamiento de personas que sufren un TM. Todos los profesionales utilizaron la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (CIE 10)

para realizar la filiación diagnóstica. El tratamiento especializado para el TM que recibió cada sujeto fue de tipo farmacológico, psicológico o combinado (psicológico y farmacológico). Los criterios de inclusión del estudio fueron tener un diagnóstico de TM según la clasificación CIE 10, tener una edad comprendida entre los 18 y los 75 años, y firmar el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: presentar una patología cerebral que pueda conllevar cambios en la personalidad (por ej., enfermedades neurodegenerativas) y/o presentar retraso mental ($CI < 70$).

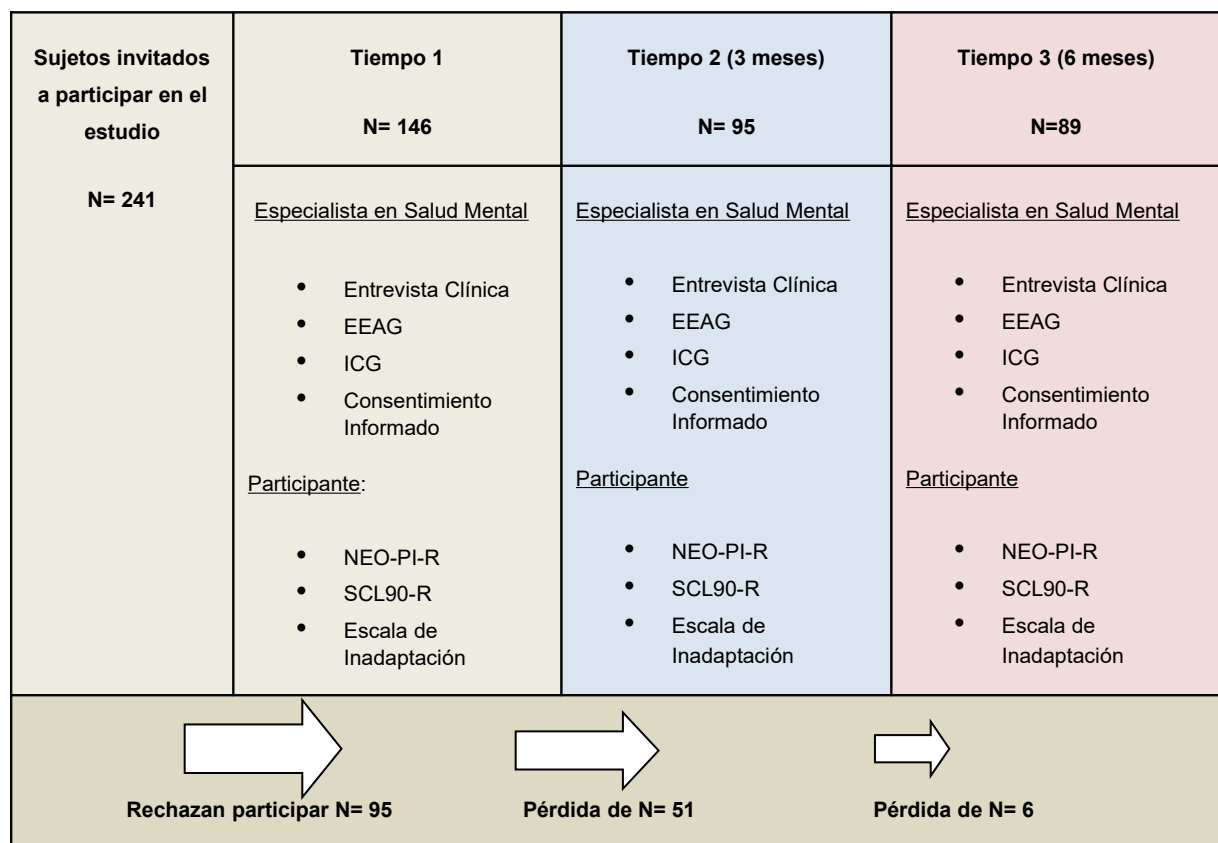


Figura 9. Proceso de recogida de la muestra, participantes y pérdida de muestra.

1.4. Análisis Estadístico

Para analizar los datos obtenidos y poner a prueba las hipótesis planteadas, se ha utilizado estadística paramétrica y no paramétrica mediante el paquete de análisis estadístico de las ciencias sociales (SPSS) en su versión 21.0.

Hemos realizado un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio tanto a nivel inicial como a nivel longitudinal.

Para valorar si los sujetos con diferentes TM difieren en personalidad hemos realizado varias pruebas de ANOVA, aplicando la corrección de Bonferroni para controlar el error Tipo I.

Para valorar si existen diferencias en los rasgos de personalidad según el género hemos utilizado la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney ya que no existía equidad entre los grupos y no se cumplían supuestos de parametricidad.

Para valorar la estabilidad relativa (en el orden de rango) de las dimensiones de personalidad de esta submuestra, hemos realizado un análisis de correlacional entre las puntuaciones longitudinales de las dimensiones de personalidad, teniendo en cuenta los valores de la correlación y su significación. Para explorar el cambio en las medias de las dimensiones de personalidad (estabilidad absoluta) de los sujetos que presentan una remisión completa de su TM, hemos realizado la prueba *t de Student* para muestras relacionadas, comparando las medias de las dimensiones de personalidad del *tiempo 1* con las del *tiempo 3*.

Para valorar la estabilidad - cambio de la personalidad de los sujetos durante la presencia del TM, hemos seleccionado al subconjunto de casos que en el *tiempo 3* no presentan una remisión completa del TM. Es decir, obtienen una EEAG menor o igual a 8 (Síntomas transitorios – Peligro persistente para la vida propia o de otros). Para valorar la estabilidad relativa (en el orden de rango) de las dimensiones de personalidad de esta submuestra, hemos realizado un análisis de correlacional entre las puntuaciones longitudinales de las dimensiones de personalidad, teniendo en cuenta los valores de la correlación y su significación. Para explorar el cambio en las medias de las dimensiones de personalidad

(estabilidad absoluta) de los sujetos cuyo TM ha remitido completamente, hemos realizado la prueba *t de Student* para muestras relacionadas, comparando las medias de las dimensiones de personalidad del *tiempo 1* con las del *tiempo 3*.

Para calcular el número de sujetos que presentan una mejoría parcial respecto al *tiempo 1*, hemos calculado dos nuevas variables denominadas: “Mejoría en la EEAG en el *tiempo 2*” y “Mejoría en la EEAG en el *tiempo 3*”. Estas variables resultarán de restarle a cada EEAG longitudinal el EEAG del *tiempo 1*. Aquellos sujetos que obtengan en esta nueva variable una puntuación igual o superior a 1, presentarán mejoría respecto al *tiempo 1*.

Para explorar si el grupo que presenta una remisión completa de su TM difiere del grupo que no presenta una remisión completa de su TM en las variables sociodemográficas, clínicas y de personalidad hemos realizado las pruebas no paramétricas y paramétricas oportunas.

Para valorar qué variables clínicas y/o de personalidad pueden predecir el cambio obtenido en las dimensiones de personalidad hemos realizado un *análisis de regresión múltiple con pasos sucesivos*. Este análisis sólo se ha realizado para la variable CambioN.

Para valorar si las dimensiones de personalidad a nivel longitudinal se pueden estimar a partir de autovalores previos hemos realizado un *análisis de regresión simple*. A partir de este análisis de regresión simple hemos identificado varios perfiles de sujetos que no se ajustan adecuadamente a las estimaciones realizadas por el análisis de regresión (outliers).

1.5. Aspectos éticos y legales

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Servicio Navarro de Salud. Se ha realizado sin financiación alguna y no existen conflictos de interés por parte del equipo investigador y sus colaboradores.

2. Resultados

2.1. Análisis de pérdida muestral

En el apartado anterior hemos analizado al detalle las características descriptivas de la muestra a nivel longitudinal. A continuación, analizaremos la pérdida de la muestra resultante entre el *tiempo 1* y el *tiempo 2*, con objeto de evaluar si los sujetos que respondieron en el *tiempo 1* y en el *tiempo 2* (N=95), y los que sólo respondieron en el *tiempo 1* (N=51) presentan diferencias en la personalidad. Teniendo en cuenta que no existe equilibrio entre los grupos y que no cumplimos los supuestos de parametricidad, aplicamos la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes. Tal y como se puede observar en la **tabla 13**, no existen diferencias de personalidad entre los sujetos que realizaron el protocolo de investigación en el *tiempo 1* y los que lo hicieron en el *tiempo 1* y en el *tiempo 2*. Tampoco en los años de evolución del TM, en el número de ingresos previos y/o en el ISG en el *tiempo 1*. La tasa de abandono del *tiempo 1* al *tiempo 2* es del 35 % y del *tiempo 2* al *tiempo 3* es del 6%.

Tabla 13. U de Mann-Whitney para las cinco dimensiones de personalidad, los años de evolución, el número de ingresos y el ISG para sujetos con *tiempo 1* y con *tiempo 1* y *2*.

	Tiempo 1 y 2 N= 95		Sólo Tiempo 1 N= 51		U de Mann-Whitney
	M	(DT)	M	(DT)	
N	66,42	(6,7)	66,37	(5,6)	0,59
E	39,38	(10,2)	38,96	(10,0)	0,87
O	45,07	(10,7)	45,10	(12,5)	0,79
A	46,31	(9,7)	47,96	(8,3)	0,32
C	38,24	(7,7)	37,55	(8,0)	0,6
AñosEvol	9,7	(11,8)	6,7	(9,4)	0,1
Nº Ingresos	0,5	(1,3)	0,5	(1,7)	0,55
ISG	1,5	(0,68)	1,4	(0,64)	0,4

N, número; M, media; DT, desviación típica. *p< 0,05; **p< 0,01, ***p<0,001. N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad. ISG, índice de Sintomatología General.

2.2. Personalidad y TM

El perfil de las dimensiones de personalidad de nuestra muestra tal y como puede observarse en la **figura 10**, se caracteriza por la presencia de puntuaciones altas en N (M=66,75, DT=6,4), bajas en E (M=39,23, DT=10,2), medias en O (M=45,08, DT=11,4), medias en A (M=46,88, DT=9.3) y bajas en C (M=38, DT=7,8).

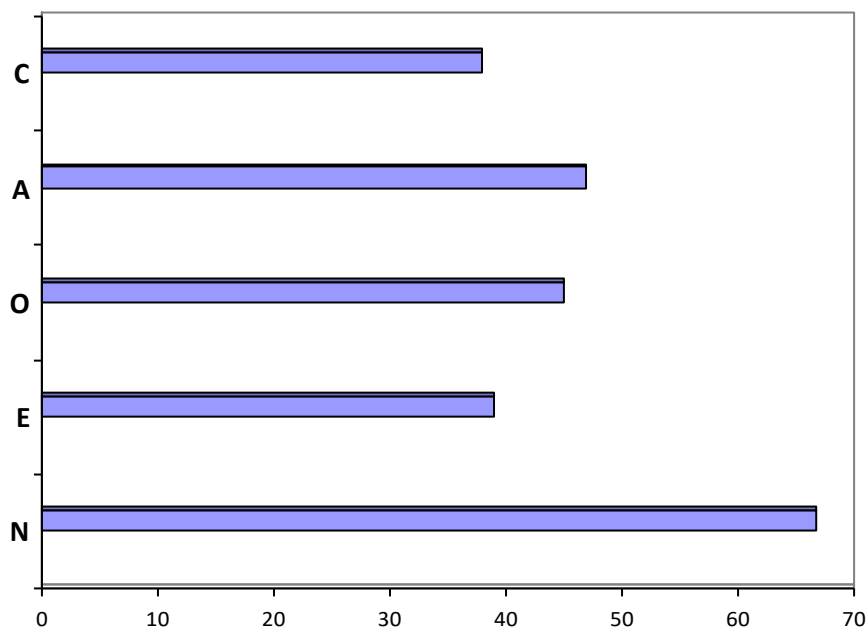


Figura 10. Puntuaciones medias de las cinco dimensiones de personalidad de la muestra. N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

Para valorar si estas dimensiones de personalidad se asocian de manera significativa con la psicopatología, hemos calculado el índice de correlación de *Pearson* entre las cinco dimensiones de personalidad y el ISG del SCL-90-R. Los resultados obtenidos avalan que N y E se asocian de manera significativa con el ISG del SCL-90-R. En el caso de N la asociación resulta ser moderada y en positivo ($r=0,56$, $p=0,005$), y en el caso de E la asociación resulta ser más leve y en negativo ($r=-0,21$, $p=0,04$). El ISG presenta una correlación positiva con todas las facetas de N, siendo sus valores: Ansiedad ($r=0,44$, $p=0,0023$), Hostilidad ($r=0,37$, $p=0,005$), Depresión ($r=0,51$, $p=0,003$), Ansiedad Social ($r=0,43$, $p=0,003$), Impulsividad ($r=0,27$, $p=0,01$) y Vulnerabilidad ($r=0,40$, $p=0,002$), y negativa con

las facetas Asertividad ($r=-0,20$, $p=0,01$), Emociones Positivas ($r=-0,23$, $p=0,003$) y Gregarismo ($r= -0,28$, $p=0,005$) de E. El resto de variables de personalidad no presentan asociaciones significativas con el ISG. Los coeficientes de correlación obtenidos son los siguientes: O ($r= 0,13$), A ($r=-0,9$) y R ($r= -0,3$).

2.3. Personalidad y grupos diagnósticos de TM

Tal y como hemos descrito previamente los grupos diagnósticos más representativos de nuestra muestra son: 1) Trastornos del Humor (TH), 2) Trastornos de Ansiedad (TA), donde se incluyen los trastornos de ansiedad fóbica, otros trastornos de ansiedad, y el trastorno obsesivo compulsivo, 3) Trastornos de Estrés (TE) donde se incluye el trastorno de estrés post-traumático y los trastornos adaptativos, y 4) los Trastornos de Personalidad (TP).

A continuación, presentamos los resultados del análisis comparativo de la personalidad para los cuatro grupos diagnósticos más representativos en nuestra muestra. Este análisis comparativo de la personalidad por grupos diagnósticos, lo hemos realizado en dos momentos psicopatológicos diferentes: 1) en un momento de descompensación psicopatológica (*tiempo 1*), y 2) a los 3 meses y 6 meses del inicio o reajuste del tratamiento especializado (*tiempo 2 y tiempo 3*).

En la **figura 11** se presenta el número de sujetos con TM que componen la muestra objeto de estudio y su distribución por diagnósticos clínicos (TH, TA, TE y TP) en el *tiempo 1*, *tiempo 2* y *tiempo 3*. Tal y como se puede observar en la figura, mientras en el *tiempo 1* y *tiempo 2*, los TA son los más prevalentes, en el *tiempo 3* los TH pasan a ser los más prevalentes.

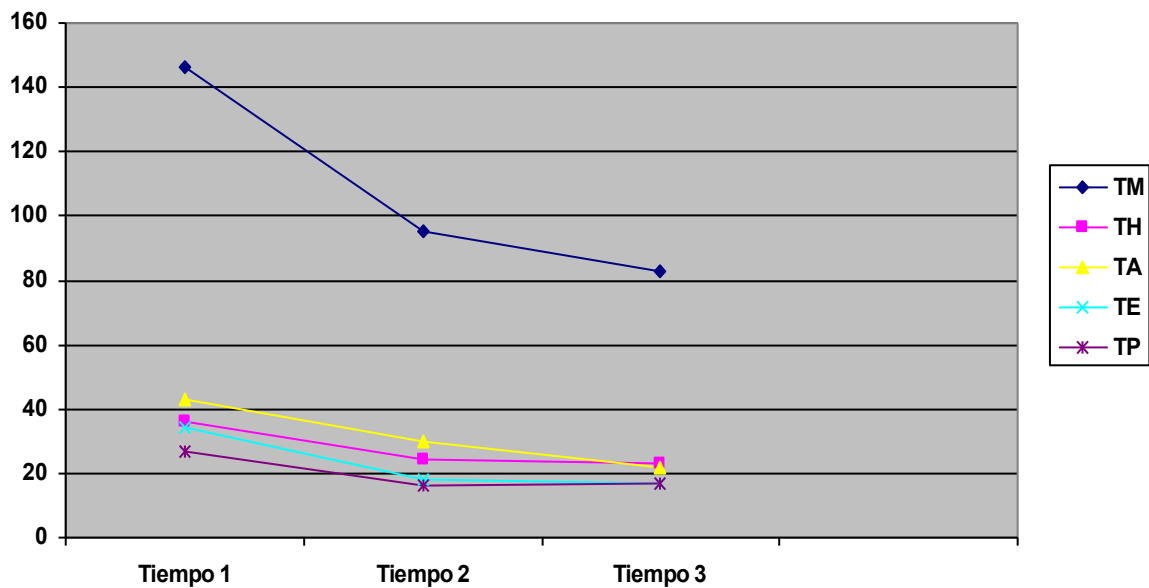


Figura 11. Número de sujetos con TM y distribución de la muestra por diagnósticos clínicos en el *tiempo 1*, *tiempo 2* y *tiempo 3*. TH, trastorno del humor; TA, trastorno de ansiedad; TE, trastorno de estrés; TP, trastorno de personalidad.

2.3.1. Personalidad por grupos diagnósticos en el tiempo 1 (descompensación psicopatológica)

Para valorar las condiciones de parametricidad hemos realizado la prueba de normalidad de Kolgomorov-Smirnov siendo indicativa de que las dimensiones de personalidad no se distribuyen según la normalidad ($p < 0,05$) y hemos ejecutado la prueba Levene que valorar la homogeneidad de las varianzas de las variables a analizar entre los grupos, la cual es indicativa de la existencia de homocedasticidad ($F \text{ Fisher} > 0,05$). Teniendo en cuenta que contamos con una muestra suficientemente grande podemos asumir el supuesto de normalidad y realizar los análisis estadísticos con estadística paramétrica.

Para valorar si existen diferencias de personalidad entre los grupos diagnósticos más habituales de nuestra muestra hemos realizado la prueba paramétrica ANOVA con ajuste Bonferroni.

En la **tabla 14**, se presentan las medias, desviaciones típicas y los resultados del ANOVA con ajuste Bonferroni para las dimensiones de personalidad de los grupos diagnósticos más representativos en nuestra muestra ($N = 140$). Tal y como se puede observar

en la tabla 11, los sujetos diagnosticados de un TH puntúan significativamente menos en la dimensión C que los sujetos diagnosticados de TA. No se encuentran diferencias significativas en las dimensiones de personalidad para el resto de grupos diagnósticos.

Tabla 14. Medias y (desviaciones típicas) de las dimensiones de personalidad del NEO-PI-R por grupos diagnósticos : TH, TA , TE y TP en el *tiempo 1*.

	TH N=36		TA N=43		TE N=34		TP N= 27		F(3,139)	Bonferroni
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		
N	67,39	(6,9)	67,51	(5,2)	66,00	(6,7)	68,52	(5,3)	0,92	
E	36,58	(9,2)	39,58	(9,0)	39,94	(9,6)	38,28	(12,2)	0,89	
O	45,81	(11,9)	45,91	(12,3)	47,03	(10,9)	41,94	(12,1)	0,14	
A	48,50	(7,9)	46,26	(11,3)	47,53	(8,6)	44,39	(9,2)	0,74	
C	36,14	(8,2)	40,84	(8,4)	38,24	(6,8)	36,44	(7,0)	3,3*	TH<TA

N, número; M, media; DT, desviación típica. *p< 0.05; **p< 0.01, ***p<0.001. TH, trastorno del humor; TA, trastorno de ansiedad; TE, trastorno de estrés; TP, trastorno de personalidad. N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

En la **tabla 15**, se presentan las medias, desviaciones típicas y los resultados del ANOVA con prueba de ajuste Bonferroni para las facetas que componen la dimensión C. Como se puede observar, los sujetos que presentan un diagnóstico de TP puntúan significativamente menos en la faceta C3 (Necesidad de Logro) y C6 (Autodisciplina) que los sujetos diagnosticados de un TA.

Tabla 15. Medias y (desviaciones típicas) de las facetas de C del NEO-PI-R para los grupos diagnósticos de TH, TA, TE y TP en el *tiempo 1*.

	TH N=36		TA N=43		TE N=34		TP N= 27		F(3,139)	Bonferroni
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		
C	36,14	(8,2)	40,84	(8,4)	38,24	(6,8)	36,44	(7,0)	3,3*	TH<TA
C1	35,06	(7,6)	39,44	(8,8)	38,74	(6,7)	36,96	(8,0)	2,29	
C2	42,67	(11,3)	48,26	(12,7)	41,94	(10,2)	43,26	(10,4)	2,55	
C3	41,6	(19,3)	46,42	(9,7)	42,62	(8,8)	38,81	(8,8)	4,05**	TP<TA
C4	36,47	(9,9)	41,16	(10,1)	39,86	(10,2)	37,7	(7,2)	1,83	
C5	35,64	(8,6)	38,16	(9,5)	38,06	(9,4)	35,11	(7,0)	1,09	
C6	40,19	(9,4)	43,79	(9,3)	42,26	(8,6)	37,85	(8,5)	2,7*	TP<TA

N, número; M, media; DT, desviación típica. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. TH, trastorno del humor; TA, trastorno de ansiedad; TE, trastorno de estrés; TP, trastorno de personalidad. C, responsabilidad. C1, competencia; C2, orden; C3, necesidad de logro C4, deber; C5, deliberación; C6, disciplina.

2.3.2. Personalidad por grupos diagnósticos en el tiempo 2 y tiempo 3

Las condiciones de parametricidad de las dimensiones de personalidad en función de los grupos diagnósticos en el *tiempo 2* y en el *tiempo 3* son las mismas que las comentadas en el *tiempo 1*. Nuestros datos incumplen el supuesto de normalidad, cumplen el de igualdad de varianzas y el de equivalencia entre los grupos. Al contar con una muestra grande (N=146) consideramos que podemos asumir los supuestos y realizar estadística paramétrica.

En la **tabla 16**, se presentan las medias, desviaciones típicas y los resultados del ANOVA con prueba de ajuste Bonferroni para las dimensiones de personalidad por grupos diagnósticos en el *tiempo 2*. Tal y como se puede observar en la tabla 13, no existen diferencias significativas en las dimensiones de personalidad por grupos diagnósticos en la valoración realizada en el *tiempo 2*.

Tabla 16. Medias y (desviaciones típicas) de las dimensiones de personalidad del NEO-PI-R para los grupos de TH, TA , TE y TP en el *tiempo 2*.

	TH N=24		TA N=30		TE N=18		TP N= 16		F(3,87)	Bonferroni
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		
N	64,88	(8,6)	62,20	(8,1)	61,78	(8,7)	63,85	(8,2)	2,18	
E	35,79	(11,8)	40,67	(9,2)	39,61	(13,6)	36,50	(12,2)	1,08	
O	35,79	(11,8)	40,67	(9,2)	39,61	(13,6)	36,50	(10,0)	0,88	
A	46,96	(7,1)	46,90	(9,4)	44,83	(9,8)	46,00	(11,3)	0,24	
C	36,54	(8,5)	40,10	(8,1)	40,06	(5,9)	36,13	(6,4)	1,76	

N, número; M, media; DT, desviación típica. *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001. TH, trastorno del humor; TA, trastorno de ansiedad; TE, trastorno de estrés; TP, trastorno de personalidad N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

En la **tabla 17**, se presentan las medias, desviaciones típicas y los resultados del ANOVA con prueba de ajuste Bonferroni para las dimensiones de personalidad por grupos diagnósticos en el *tiempo 3*. Tal y como se puede observar en la tabla 14, no encontramos diferencias en las dimensiones de personalidad por grupos diagnósticos en el *tiempo 3*.

Tabla 17. Medias y (desviaciones típicas) de las dimensiones de personalidad del NEO-PI-R para los grupos de TH, TA , TE y TP en el *tiempo 3*.

	TH N=23		TA N=22		TE N=17		TP N= 17		F(3,87)	Bonferroni
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		
N	63,65	(9,79)	59,82	(7,4)	63,12	(8,3)	66,71	(7,3)	2,23	
E	37,26	(9,2)	41,23	(10,8)	41,24	(10,5)	38,88	(8,4)	0,82	
O	46,26	(13,5)	46,00	(11,3)	48,29	(11,5)	44,94	(10,6)	0,24	
A	48,22	(7,7)	45,68	(9,7)	47,29	(11,4)	46,82	(11,9)	0,24	
C	35,83	(8,4)	41,09	(8,6)	40,29	(10,3)	36,41	(6,5)	2	

N, número; M, media; DT, desviación típica. *p< 0,05; **p< 0,01, ***p<0,001. TH, trastorno del humor; TA, trastorno de ansiedad; TE, trastorno de estrés; TP, trastorno de personalidad N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

2.4. Personalidad y género

Para valorar si existen diferencias de personalidad en el *tiempo 1* en función del género que presentan los sujetos usamos la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes ya que incumplimos el supuesto de equidad entre grupos. Tal y como se puede observar en la **Tabla 18** no existen diferencias en las cinco dimensiones de personalidad de los sujetos en función de su género. Si analizamos de una manera más específica todas las facetas del NEO-PIR, encontramos que los hombres y las mujeres difieren en Asertividad (U de Mann-Whitney=0,014), en Tendencia al Logro (U de Mann-Whitney=0,036) y en Fantasía (U de Mann-Whitney=0,014). Los datos son indicativos de que las mujeres presentan mayor Asertividad (E3) que los hombres (M=41,5 *versus* M=37,5) y mayor Tendencia al Logro (C3) (M=39,8 *versus* M=35,7). Por contra, los hombres presentan una puntuación media en Fantasía (O1) superior a las de las mujeres (M=55,1 *versus* M=51,1). No se encuentran diferencias significativas en el resto de facetas valoradas.

Tabla 18. Medias y (desviaciones típicas) de las dimensiones del NEO-PI-R por género en el tiempo1

	Hombres N=48		Mujeres N=96		U Mann-Whitney
	M	(DT)	M	(DT)	
N	66,46	10,1	66,9	8,8	0,28
Ansiedad	64,08	7,8	64,06	8,4	0,92
Hostilidad	65,88	7,3	66,66	8,3	0,91
Depresión	62,15	9,5	60,45	8,1	0,52
Ans.Social	60,03	8,1	54,24	7,0	0,14
Impulsividad	58,27	8,5	60,19	9,6	0,27
Vulnerabilidad	67,48	6,8	67,04	6,7	0,25
E	37,79	9,7	39,94	10,3	0,69
Calidez	38,75	9,9	42,40	10,9	0,06
Gregarismo	39,38	10,6	41,35	10,2	0,16
Asertividad	37,56	9,5	41,67	9,3	0,01*
Actividad	44,52	11,8	45,39	12,2	0,12
Busq. Novedad	50,27	11,1	47,96	11,1	0,6
Emoc. Positivas	39,88	10,1	40,01	10,5	0,78
O	45,25	10,9	45	11,6	0,19
Fantasia	55,13	8,7	51,51	9,4	0,03*
Estética	47,77	10,9	44,81	12	0,12
Sentimientos	46,90	12,3	49,58	10,6	0,19
Acciones	41,83	8,6	43,2	9,6	0,41
Ideas	44,04	11,4	43,99	10,6	0,93
Valores	46,92	8,8	49,6	11,4	0,62
A	45,63	10,2	47,50	8,7	0,34
Franqueza	41,21	9,9	43,40	10,7	0,35
Altruismo	50,35	9,2	51,62	9,2	0,85
Modestia	43,46	10,1	45,77	10,5	0,2
Confianza	42,40	10,3	43,65	9,5	0,39
Act.Conciliadora	54,44	11,5	55,36	9,5	0,78
Sensibilidad	48,60	10,5	49,69	10,4	0,52
C	36,92	7,6	38,52	7,8	0,2
Competencia	37,00	8,5	37,70	7,4	0,42
Orden	43,88	10,2	44,37	12,2	0,99
N. de Logro	41,35	9,0	43,53	9,5	0,01*
Deber	35,77	7,8	39,85	9,4	0,12
Deliberación	35,65	7,6	38,37	9,4	0,98
Autodisciplina	41,42	8,1	40,78	8,5	0,25

N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

En la **tabla 19**, se presentan los resultados de la prueba no paramétrica U de Mann – Whitney para las escalas del SCL90-R, la edad de contacto con un servicio de salud mental y los años de evolución del cuadro principal. Tal y como se puede observar en la tabla, ambos grupos sólo difieren en la escala de somatización del SCL-90-R, siendo la media en esta escala superior en las mujeres (M= 1,4) que en los hombres (M= 0,9). No encontramos diferencias significativas intergrupales para la media de edad de contacto con un servicio de salud mental o para la media de los años de evolución del cuadro principal. Para valorar si existen diferencias intergrupales en el tipo de TM que presentan y en la gravedad del mismo (ICG) realizamos la prueba no paramétrica de *Ji Cuadrado* para variables cualitativas. Los resultados del análisis son indicativos de que no existen diferencias significativas a nivel de categoría diagnóstica ($\chi^2_3= 2.3$, $p=0,5$) y tampoco en la ICG ($\chi^2_4= 3,4$, $p=0,4$).

Tabla 19. Medias y (DT) de las escalas del SCL-90-R, de la edad de inicio en Salud Mental y de los años de evolución del TM por género en el *tiempo 1*.

SCL-90R	Hombres N= 48		Mujeres N= 98		U de Mann- Whitney
	M	DT	M	(DT)	
ISG	1,3	(0,6)	1,5	(0,6)	0,28
Somatización	0,96	(0,6)	1,4	(0,9)	0,03*
Obsesivo- compulsivo	1,7	(0,8)	1,8	(0,9)	0,9
Sensibilidad	1,2	(0,8)	1,4	(0,8)	0,19
Depresión	2,0	(0,8)	5,7	(34,0)	0,62
Ansiedad	1,5	(0,8)	1,6	(0,9)	0,99
Miedo-Hostil	1,0	(0,7)	1,1	(0,8)	0,99
Paranoidismo	1,0	(0,9)	1,0	(0,8)	0,29
Psicoticismo	1,0	(0,6)	1,1	(0,9)	0,99
Edad contacto	30,8	(13,9)	25,5	(0,6)	0,75
AñosEvol	6,1	(10,1)	10	(11)	0,18

N, número; M, media; DT, desviación típica. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

2.5. Análisis de la estabilidad en el orden de rango y de la estabilidad absoluta

2.5.1. Muestra con remisión completa de su TM (N=38)

Para valorar la estabilidad - cambio de los rasgos de personalidad después de la presencia de un TM resulta relevante identificar a los sujetos que presentan una remisión completa de su TM tras un intervalo máximo de tratamiento de 6 meses. Tal y como hemos comentado previamente el número de sujetos que finaliza el estudio y presenta una remisión completa de su TM asciende a N=38.

Para valorar la estabilidad en el orden de rango y la estabilidad absoluta de las dimensiones de personalidad y de todas sus facetas después de la presencia del TM hemos realizado la correlación de Pearson entre las puntuaciones medias que obtiene la muestra en el *tiempo 1* y en el *tiempo 3*, y hemos ejecutado la prueba *t de Student* para muestras relacionadas con objeto de valorar si existen cambios significativos entre las medidas del *tiempo 1* y el *tiempo 3*. Previamente a la ejecución de la prueba paramétrica *t de Student* para muestras relacionadas, hemos confirmado que las cinco dimensiones de personalidad se distribuyen según la normalidad (Kolmogorov-Smirnov > 0,05) en el *tiempo 1* y en el *tiempo 3*.

En la **tabla 20**, se presenta la correlación de Pearson entre las medias de las cinco dimensiones y las 30 facetas de personalidad, en el *tiempo 1* y el *tiempo 3* para los sujetos que presentan una remisión completa de su TM (N= 32). También se presentan las medias de las dimensiones y facetas de la personalidad en el *tiempo 1* y *tiempo 3*, y el resultado de la prueba *t de Student* para muestras relacionadas.

Los resultados avalan una adecuada estabilidad relativa de las cinco dimensiones de personalidad en los sujetos que presentan un TM y se han recuperado completamente del mismo. Tal y como puede observarse en la tabla 17, las dimensiones que menor estabilidad relativa presentan son: N (r= 0,63) y E (r= 0,66). La estabilidad relativa para el resto de dimensiones es: A (r= 0,71), C (r= 0,72) y O (r= 0,91). A excepción de la faceta Ansiedad Social (N4), el resto de facetas valoradas también presentan una adecuada estabilidad relativa. El índice de correlación entre las medias de las facetas en el *tiempo 1* y *tiempo 3* asciende de menor a mayor de 0,46 para Acciones (O4) a 0,9 para Ideas (O5).

Tabla 20. Test-retest, Medias y Desviaciones Típicas de las dimensiones y facetas de la personalidad en el tiempo 1 y tiempo 3, prueba *t* de Student para muestras relacionadas y *d* de Cohen.

N=32	Test-retest	Media				t31	D
		T1	(DT)	T3	(DT)		
N	0,63***	64,47	7,3	57,78	7,1	6,47***	0,86
Ansiedad	0,50**	61,42	9,2	54,58	8,2	4,51***	0,82
Hostilidad	0,64***	62,87	9,1	58,21	8,4	3,98***	0,47
Depresión	0,58***	64,39	6,5	58,61	7,5	5,23***	0,92
Ans.Social	0,27	60,03	8,1	54,24	7,0	3,65**	0,79
Impulsividad	0,68***	56,70	8,5	53,21	9,6	2,74*	0,35
Vulnerabilidad	0,63***	60,55	6,8	58,06	8,0	6,73***	0,28
E	0,66***	42,25	9,8	43,25	8,9	-0,37	-0,01
Calidez	0,6***	42,09	9,6	43,94	8,9	-1,29	-0,12
Gregarismo	0,64***	43,45	11	42,82	9,5	0,41	0,09
Asertividad	0,68***	45,61	9,7	46,15	10,4	-0,38	-0,1
Actividad	0,54**	44,55	9,3	43,61	10,0	0,57	0,1
Busq. Novedad	0,81***	46,76	10,9	46,42	9,1	0,31	0,1
Emoc. Positivas	0,62***	44,18	10,0	45,7	9,8	-1,03	-0,1
O	0,91**	46,03	10,1	46,66	10,2	-0,78	0,3
Fantasia	0,48***	53,25	8,5	50,53	10,1	1,58	0,33
Estética	0,83**	46,44	11,9	45,69	11,6	0,15	0,09
Sentimientos	0,69***	49,97	10,7	49,75	9,5	-0,43	0,2
Acciones	0,46**	42,41	9,1	43,19	9,9	-2,7	-0,11
Ideas	0,9***	45,16	9,5	47,44	10,8	-0,029*	-0,21
Valores	0,85***	48,25	10,8	48,28	10,3	0,58	0,1
A	0,71***	47,03	8,7	48,16	9,4	-0,95	-0,11
Franqueza	0,76***	46,28	11,0	49,28	11,2	-2,25*	-0,27
Altruismo	0,7***	50,13	8,9	50,53	9,6	-0,32	0,3
Modestia	0,49***	44,81	8,6	46,47	7,3	-1,13	-0,26
Confianza	0,68**	43,72	8,4	45,06	8,3	-1	-0,25
Act.Conciliadora	0,72***	54,34	10,7	52,16	9,2	1,73	0,21
Sensibilidad	0,61***	47,19	9,9	48,25	10,4	-0,68	-0,1
C	0,72***	39,28	7,5	41,72	9,8	-2,01	0,24
Competencia	0,53**	40,03	7,2	43,16	8,6	-2,31*	-0,39
Orden	0,75***	44,5	11,5	42,91	13,4	0,99	0,16
N. de Logro	0,65***	44,13	7,6	45,06	9,1	-0,74	-0,12
Deber	0,5**	38,84	7,6	40,53	9,7	-1,07	-0,24
Deliberación	0,77***	37,5	8,2	40,03	10,6	-2,11	-0,33
Autodisciplina	0,562**	43,75	9,2	45,63	9,5	-1,21*	-0,22

N, número; M, media; DT, desviación típica; *d*, *d* de Cohen. **p*< 0,05; ***p*< 0,01; ****p*<0,001. N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

Los resultados del análisis comparativo de medias para las muestras relacionadas en el *tiempo 1* y en el *tiempo 3*, se pueden observar en la **tabla 20**. Tal y como se puede valorar, N y todas sus facetas obtienen diferencias significativas entre sus medias. El efecto del tamaño de este cambio, valorado con la *d de Cohen*, oscila desde tamaños grandes para las facetas Ansiedad, Depresión y Ansiedad Social, hasta un tamaño del efecto más pequeño en la faceta de Vulnerabilidad ($d=0,28$). No se obtienen diferencias significativas entre las medias comparadas para el resto de las dimensiones de personalidad. Señalar que en la dimensión C se objetiva cierto apuntamiento hacia la significatividad ($p=0,053$). Las únicas facetas de las dimensiones E, O, A y C, en las que se objetiva diferencias significativas entre las medias valoradas son: Ideas (O5), Franqueza (A1), Competencia (C1) y Autodisciplina (C6).

En la **figura 12** presentamos el perfil de personalidad de los sujetos que se recuperan completamente de su TM en el *tiempo 1*, *tiempo 2* y *tiempo 3*. Tal y como se puede observar en el mismo, la puntuación media de N disminuye del *tiempo 1* al *tiempo 2*, permaneciendo casi estable del *tiempo 2* al *tiempo 3*, y el resto de dimensiones tienden a incrementar mínimamente.

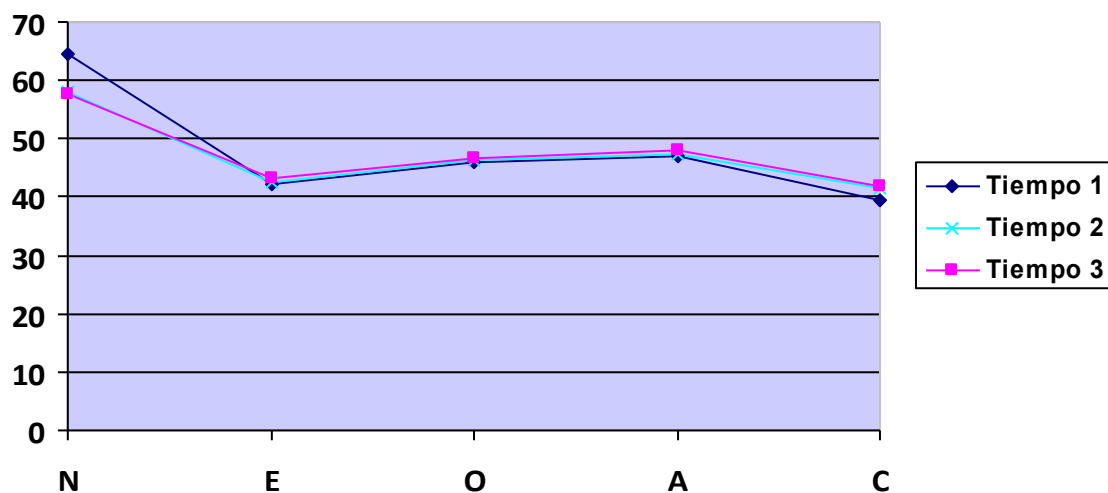


Figura 12. Perfil de personalidad de los sujetos que presentan una recuperación completa en el *tiempo 1*, *tiempo 2* y *tiempo 3*. N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

2.5.2 Muestra sin remisión completa de su TM (N=51)

Para valorar la estabilidad en el orden de rango y la estabilidad absoluta de las dimensiones de personalidad y de todas sus facetas, en la muestra que no presenta una remisión completa de su TM ejecutamos los mismos análisis estadísticos que los realizados en la muestra que presenta una remisión completa de su TM. Previamente a la ejecución de la prueba paramétrica *t de Student* para muestras relacionadas, hemos confirmado que las cinco dimensiones de personalidad se distribuyen según la normalidad (Kolmogorov-Smirnov > 0,05) en el *tiempo 1* y en el *tiempo 3*.

En la **tabla 21**, se presenta la correlación de Pearson entre las medias de las cinco dimensiones y las 30 facetas de personalidad, en el *tiempo 1* y el *tiempo 3* para los sujetos que no presentan una remisión completa de su TM (N= 51). También se presentan las medias de las dimensiones y facetas de la personalidad en el *tiempo 1* y *tiempo 3*, y el resultado de la prueba *t de Student* para muestras relacionadas.

Los resultados avalan una adecuada estabilidad relativa de las cinco dimensiones de personalidad. Tal y como se puede observar en la tabla 19, las dimensiones que menor estabilidad relativa presentan son: A (r= 0,64) y N (r= 0,71). La estabilidad relativa para el resto de dimensiones es: E (r= 0,84), R (r= 0,80) y O (r=0,90). Todas las facetas presentan una adecuada estabilidad relativa. El índice de correlación entre las medias de las facetas en el *tiempo 1* y *tiempo 3* asciende de menor a mayor de: 0,50 para Ansiedad (N1) a 0,83 para Estética (O2).

Del análisis comparativo de medias para muestras relacionadas podemos extraer, tal y como se muestra en la **tabla 21**, que la dimensión N y sus facetas “Ansiedad”, “Depresión” y “Vulnerabilidad” presentan una baja estabilidad absoluta. Como puede observarse en esta misma tabla, la *d de Cohen* para estas tres facetas presenta un tamaño del efecto pequeño ya que no alcanza el tamaño medio ($d=0,5$). La dimensión O y su faceta Valores (O6) también presenta baja estabilidad absoluta. El resto de dimensiones de personalidad y todas sus facetas presentan una adecuada estabilidad absoluta.

Tabla 21. Test-retest, Medias de las dimensiones y facetas de la personalidad en el tiempo 1 y tiempo 3, y prueba *t* de Student para muestras relacionadas

N=50	Test-retest	Media				t49	d
		T1	(DT)	T3	(DT)		
N	0,71***	68,88	5,2	66,20	7,5	3,56**	0,33
Ansiedad	0,50***	65,62	7,4	61,96	10,5	2,77**	0,46
Hostilidad	0,80***	65,40	8,4	64,58	7,9	1,11	0,13
Depresión	0,71***	68,74	5,9	66,08	7,8	3,42**	0,38
Ans.Social	0,7***	63,90	7,8	62,26	9,7	1,66	0,12
Impulsividad	0,66***	60,48	9,1	59,68	8,7	0,77	0,12
Vulnerabilidad	0,58***	68,46	6,0	65,90	8,6	2,54*	0,42
E	0,84***	37,10	9,7	37,52	9,7	-0,54	0
Calidez	0,78***	40,18	10,0	44,42	10,3	-1,3	-0,4
Gregarismo	0,77***	39,06	10,1	38,62	10,5	0,45	0,1
Asertividad	0,77***	38,22	8,6	39,52	10,1	-1,43	-0,11
Actividad	0,72***	43,22	11,4	42,04	10,3	1,01	0,09
Busq. Novedad	0,77***	47,78	11,7	49,80	9,9	-1,93	-0,19
Emoc. Positivas	0,54***	38,00	9,2	37,82	10,2	0,14	0,1
O	0,90***	44,12	11,3	45,68	12,5	-2,02*	-0,08
Fantasia	0,69***	53,66	9,8	52,86	11,1	0,69	0,09
Estética	0,83***	46,54	12,3	46,82	13,6	0,15	0
Sentimientos	0,65***	47,78	11,5	49,92	10,8	-1,6	-0,19
Acciones	0,59***	41,24	9,3	41,68	9,3	-0,37	0
Ideas	0,67***	42,84	11,0	42,74	10,7	0,08	0
Valores	0,69***	47,12	10,3	50,84	10,0	-3,32**	-0,3
A	0,64***	46,56	8,7	45,90	10,1	0,58	0,11
Franqueza	0,68***	41,20	9,8	41,90	10,9	-0,59	0
Altruismo	0,50***	51,92	9,0	50,74	8,8	0,93	0,11
Modestia	0,57***	45,28	10,7	44,84	10,2	0,32	0,1
Confianza	0,72***	41,84	9,7	42,80	9,9	-0,92	-0,11
Conciliadora	0,69***	56,00	10,2	54,86	10,5	0,99	0,2
Sensibilidad	0,54***	49,36	10,4	48,78	8,5	0,44	0,11
C	0,80***	37,22	7,9	36,28	6,7	1,41	0,15
Competencia	0,70***	36,54	8,0	35,04	7,1	1,8	0,13
Orden	0,80***	43,48	11,1	42,92	11,6	0,55	0,09
N. de Logro	0,68***	41,36	10,2	40,74	9,3	0,56	0,1
Deber	0,71***	37,46	9,2	36,68	8,5	0,81	0,11
Deliberación	0,72***	37,74	10,7	37,06	8,3	0,64	0
Autodisciplina	0,73***	40,18	8,9	40,00	8,8	0,19	0

N, número; M, media; DT, desviación típica; d, d de Cohen. *p< 0,05; **p< 0,01; ***p<0,001. N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

En la **figura 13** presentamos el perfil de personalidad de los sujetos que no presentan una remisión completa de su TM en el *tiempo 1*, *tiempo 2* y *tiempo 3*. Tal y como se observa del *tiempo 1* al *tiempo 3* se aprecia una tendencia a la baja en N y al alza en O. El resto de dimensiones permanecen con cambios mínimos en su estabilidad absoluta aunque las medias señalan un cambio mínimo al alza en E y a la baja en A y C.

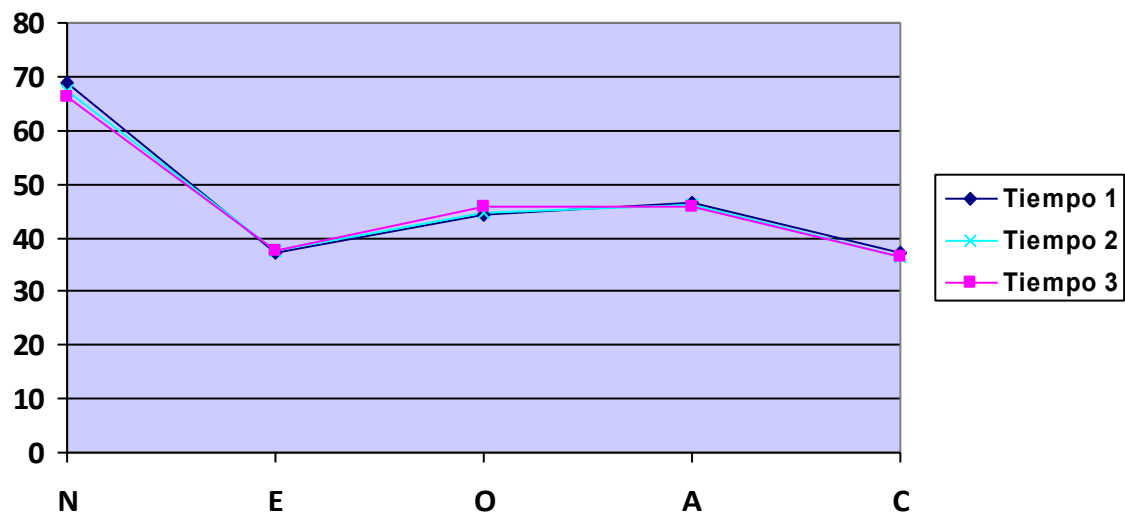


Figura 13. Perfil de personalidad de los sujetos que no presentan una remisión completa en el *tiempo 1*, *tiempo 2* y *tiempo 3*. N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

2.6. Diferencias intergrupales de las muestras con y sin remisión completa de su TM

Con objeto de valorar si existen diferencias entre la muestra que presenta una remisión completa de su TM y la que no, vamos a realizar una serie de análisis estadísticos centrados en valorar si existen diferencias en las variables sociodemográficas, en diferentes variables clínicas, en los rasgos de personalidad y/o en el tipo de tratamiento recibido.

2.6.1. Variables sociodemográficas

Para valorar si existen diferencias significativas intergrupales en las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, estado educativo y estado laboral), realizamos la prueba no paramétrica de *Ji Cuadrado* para variables cualitativas. Los resultados de este

análisis no encuentran diferencias significativas intergrupales en las variables sociodemográficas estudiadas: sexo ($\chi^2_1= 0,47$, $p=0,49$), edad ($\chi^2_{37}= 28,38$, $p=0,84$), estado civil ($\chi^2_3= 0,82$, $p=0,84$), nivel educativo ($\chi^2_5= 5,76$, $p=0,33$) y nivel laboral ($\chi^2_5= 8,68$, $p=0,12$).

2.6.2. Tipo de TM y otras variables clínicas

Para valorar si existen diferencias significativas intergrupales en el tipo de TM, en la Impresión Clínica Global (ICG) que valora la gravedad del TM y otras variables clínicas de interés, ejecutamos la prueba no paramétrica de *Ji Cuadrado* para variables cualitativas. Los resultados son indicativos de que ambos grupos no difieren significativamente en el tipo de TM que presentan ($\chi^2_3= 0,68$, $p=0,07$), en la comorbilidad a tóxicos ($\chi^2_3= 0,68$, $p=0,07$) y en la existencia de intentos autolíticos actuales ($\chi^2_2= 0,52$, $p=0,21$). Encontramos diferencias significativas en el nivel de gravedad del TM que valora la ICG ($\chi^2_3= 21,47$, $p=0,001$), en la presencia de comorbilidad psiquiátrica ($\chi^2_2= 9,5$, $p=0,009$) y de comorbilidad física ($\chi^2_2= 8,02$, $p=0,018$). Tal como se muestra en la **tabla 22**, el grupo que presenta una remisión completa de su TM presenta mayor número de sujetos con ICG leve y menor número de sujetos con ICG grave y muy grave, que el grupo que no presenta una remisión completa de su TM. Este grupo también presenta menor comorbilidad psíquica y física que el grupo que no presenta una remisión completa del TM.

Tabla 22. Distribución del ICG y de la comorbilidad en función de la presencia/ ausencia de RC

	Remisión Completa N=38	No remisión completa N=51
	N	N
ICG time 1		
Leve	21	6
Moderado	16	35
Grave	1	7
Muy grave	0	3
Comorbilidad (%)	(%)	(%)
Física	14,4	41,1
Psíquica	10,3	33,8
Tóxicos	2,6	9,

Tras confirmar con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov que la variable ISG se distribuye según la normal y la prueba de Levene asume la igualdad de varianzas de la variable ISG en los grupos a comparar, decidimos utilizar la prueba *t de Student* para muestras independientes para comparar si ambos grupos difieren en el *tiempo 1* en el ISG. Los resultados de este análisis indican que el grupo que presenta una remisión completa del TM presenta significativamente menor puntuación en el Índice General de Sintomatología (ISG) de la SCL-90 ($t_{86} = -4,7$, $p=0,001$) que el grupo que no presenta una remisión completa.

Posteriormente aplicamos la prueba no paramétrica *U de Mann-Whitney* para valorar si ambos grupos difieren en las variables: número de ingresos psiquiátricos, edad de contacto con salud mental y años de evolución del TM. Nuestros resultados son indicativos que el grupo que presenta una remisión completa de su TM muestra menor número de ingresos psiquiátricos previos ($Z = -2,6$, $p=0,009$) y menos años de evolución del diagnóstico principal ($Z = -4,01$, $p=0,001$). No existen diferencias significativas en la media de edad del primer contacto con salud mental para ambos grupos ($Z = -1,5$, $p=0,14$). En la **tabla 23** presentamos las medias y desviaciones típicas de las variables analizadas.

Tabla 23. M y DT de variables clínicas del grupo con y sin remisión completa del TM

	Remisión Completa N=38		No Remisión Completa N=51	
	M	(DT)	M	(DT)
Edad de contacto con salud mental	30,81	(13,1)	26,7	(12,55)
Años de evolución del TM	4,4	(10,3)	11,5	(11,6)
Ingresos Psiquiátricos	0,03	(0,16)	0,73	(2,05)
ISG <i>time 1</i> (SCL-90-R)	1,11	(0,50)	1,72	(0,65)

N, número; M, media; DT, desviación típica. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

2.6.3. Tipo de tratamiento realizado y cambio medio sintomatológico

Respecto a valorar si existen diferencias entre ambos grupos y la condición de tratamiento, encontramos que el grupo que muestra una remisión completa de su TM el 100% de los casos realiza un tratamiento de tipo ambulatorio y ningún caso ha requerido

hospitalización parcial ($\chi^2_1=11,34$, $p=0,001$). También se encuentran diferencias significativas para el tipo de tratamiento que recibe cada grupo ($\chi^2_2= 9,16$, $p=0,01$). En la **tabla 24**, se muestra la condición de tratamiento y el tipo de tratamiento que recibe cada grupo.

Tabla 24. Condición y tipo de tratamiento que reciben los sujetos en función de la presencia/ausencia de RC

	Remisión Completa N=38 N	No Remisión Completa N=51 N
Condición de tratamiento		
HDA	0	14
Ambulatorio	38	37
Tipo de tratamiento		
Combinado	19	41
Psicológico	13	7
Farmacológico	6	3

N, número; M, media; DT, desviación típica. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. HDA, Hospital de Día.

Para valorar si tras un periodo máximo de 6 meses de tratamiento especializado ambos grupos difieren en el cambio medio sintomatológico producido entre el *tiempo 1* y el *tiempo 3*, se calcula la variable: “*CambioISG*”. Esta variable resulta de restar a las puntuaciones directas del ISG del *tiempo 3*, las puntuaciones directas del ISG del *tiempo 1*. Nuestros datos confirman que esta variable se distribuye según la normal (K-S, $p=0,20$) y que cumple el supuesto de homogeneidad de varianza para los grupos a comparar. Por lo tanto, para valorar si existen diferencias intergrupales en esta variable, realizamos la prueba *t de Student* para muestras independientes, cuyo resultado es indicativo de significatividad ($t_{79} = -2,46$, $p=0,016$). Los sujetos con remisión completa de su TM durante el tratamiento obtienen un cambio medio en el ISG significativamente mayor ($M = -0,73$ y $DT=0,58$), que el cambio medio que se produce en los sujetos que no alcanzan remisión completa de su TM ($M = -0,41$ y $DT=0,57$).

Para valorar si existe mejoría sintomatológica en ambos grupos, valoramos si existen diferencias significativas entre la media del ISG en el *tiempo 1* y la obtenida en el *tiempo 3* para ambos grupos. Para ello realizamos un análisis *t de Student* para muestras relacionadas. En el caso del grupo con remisión completa del TM los resultados son indicativos de significatividad ($t_{37} = 7,09$, $p=0,001$, M *tiempo 1* = 1,1 y M *tiempo 3* = 0,36) y en el caso del grupo que no presenta RC también los resultados son significativos ($t_{48} = 5,05$, $p=0,001$, M

tiempo 1 = 1,7 y *M tiempo 3* = 1,3). Tras observar que los datos de la escala autoaplicada ISG indican que el mayor porcentaje de mejoría se produce entre el *tiempo 1* y el *tiempo 2*, y que entre el *tiempo 2* y *tiempo 3* el aumento de mejoría se reduce, nos interesa realizar un análisis estadístico que valore si existen diferencias significativas entre el grado de mejoría que se alcanza del *tiempo 1* al *tiempo 2*, y el que se alcanza del *tiempo 2* al *tiempo 3*. Para ello realizamos una prueba *t de Student* para muestras dependientes entre la media que obtienen los sujetos en el ISG en los distintos momentos temporales (*tiempo 1*- *tiempo 2*- *tiempo 3*). Los datos encuentran resultados significativos entre la comparación de medias del *tiempo 1* y *tiempo 2* ($t_{94} = 9,3$, $p = 0,001$), y *tiempo 1* y *tiempo 3* ($t_{81} = 7,9$, $p = 0,001$). No se encuentran diferencias entre las medias que obtienen los sujetos en el ISG del *tiempo 2* y *tiempo 3* ($t_{77} = 0,23$, $p = 0,97$).

2.6.4. Dimensiones de personalidad y cambio medio de las dimensiones de personalidad

En la **figura 14** presentamos el perfil de personalidad en el *tiempo 1* de los sujetos que presentan una remisión completa de su TM y de los sujetos que no presentan una remisión completa del mismo. Tal y como se puede observar en la figura, los sujetos con remisión completa de su TM obtienen menores puntuaciones medias en N, mayores en E, O y C, y similares en A.

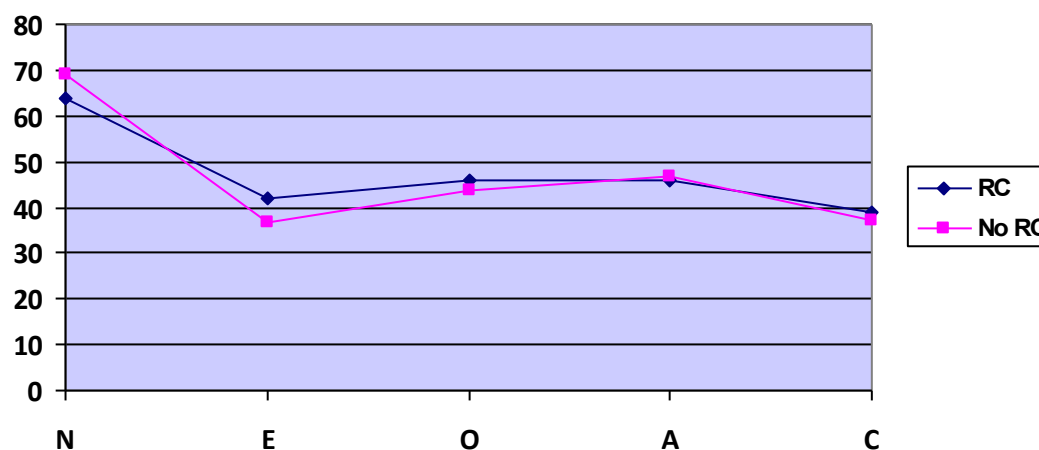


Figura 14. Perfil de personalidad en el *tiempo 1* de los sujetos que presentan o no una RC de su TM. RC, remisión completa; No RC, no remisión completa; N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

Para valorar si existen diferencias significativas en las dimensiones de personalidad entre los dos grupos en el *tiempo 1*, realizamos la prueba *t de Student* para muestras independientes. Al analizar los supuestos de las pruebas paramétricas encontramos que nuestros datos no cumplen con el supuesto de normalidad, si cumplen el supuesto de homogeneidad de varianzas según la prueba Levene y los grupos a analizar son equilibrados. Teniendo en cuenta que disponemos de una muestra grande, decidimos aplicar estadística paramétrica a la hora de analizar estas variables. Tal y como se puede observar en la **tabla 25**, la muestra que presenta remisión completa del TM, en el *tiempo 1* obtiene una puntuación media en N significativamente inferior ($M=64$) a la de la muestra que no alcanza la remisión completa de su TM ($M=68,92$), y una puntuación media en E es significativamente superior ($M=41,87$) a la de la muestra de sujetos sin RC ($M=36,9$). No se objetivan diferencias significativas intergrupales para el resto de dimensiones de personalidad valoradas en el *tiempo 1*.

También nos interesa conocer si existen diferencias en el cambio medio de las dimensiones de personalidad que se produce entre el *tiempo 1* y el *tiempo 3*, para ello calculamos una nueva variable denominada “*CambioPersonalidad*”, que surge de restar a las puntuaciones directas de las dimensiones de personalidad del *tiempo 3*, las puntuaciones directas de las dimensiones de personalidad del *tiempo 1*. Tal y como se puede observar en la **tabla 25**, los sujetos con RC de su TM presentan en comparación con el otro grupo, mayor cambio medio en las dimensiones de personalidad N y C. No se encuentran diferencias significativas intergrupales en el cambio medio que sufren el resto de dimensiones de personalidad.

Tabla 25. M y DT de las cinco dimensiones de personalidad y del “Cambio medio” de las mismas por grupos en función de la presencia o ausencia de RC

	Remisión Completa N=38		No Remisión Completa N=51		t_{67}
	M	(DT)	M	(DT)	
Time 1					
N	64,00	(7,29)	68,92	(5,21)	- 3,71***
E	41,87	(9,78)	36,90	(9,70)	2,38 *
O	46,11	(10,10)	43,98	(11,38) ⁹¹	0,91
A	46,08	(8,69)	46,75	(8,70)	-0,35
C	38,97	(7,48)	37,22	(7,91)	1,06
CambioPersonal					
					t_{80}
CambioN	-6,68	(6)	-2,68	(5,31)	-3,16**
CambioE	1	(7,63)	0,42	(5,46)	0,4
CambioO	0,62	(4,56)	1,56	(5,45)	-0,8
CambioA	1,12	(6,67)	0,62	(8,03)	0,29
CambioC	2,43	(6,86)	-0,94	(4,7)	2,64*

N, número; M, media; DT, desviación típica. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

Antes de finalizar este apartado queremos saber si existen diferencias significativas en el “CambioN” por grupos diagnósticos, para ello hemos ejecutado la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis dado que incumplimos el supuesto de normalidad y homogeneidad de varianzas. El resultado de este análisis es indicativo de significatividad ($p=0,02$). El estadístico U de Mann-Whitney es indicativo de que existen diferencias significativas para los siguientes grupos: el grupo de TH difiere significativamente del grupo TP (Rango promedio= 17,17 y 25, $p= 0,037$), el grupo de TA difiere significativamente del grupo TE (Rango promedio= 16,6 y 24,2, $p= 0,039$) y TP (Rango promedio= 15,8 y 25,3, $p= 0,009$). Para el resto de comparaciones intergrupales no obtenemos diferencias significativas. Estos datos son indicativos de que el grupo con TH presenta significativamente más “CambioN” que el grupo TP y el grupo TA presenta significativamente más “CambioN” que el grupo TE y TP. No encontramos diferencias significativas para el “CambioISG” por grupos diagnósticos (Kruskal-Wallis, $p =0,45$).

2.7. Modelo de estimación del “CambioN”

En este apartado queremos predecir de un modo probabilístico a qué variables puede asociarse el “CambioN” tan significativo que diferencia a los sujetos con remisión completa de un TM, de los que no presentan remisión completa. Dado que esta variable a predecir, es una variable continua realizaremos un análisis de Regresión Lineal Múltiple (RLM) por pasos sucesivos. Este modelo supone que la varianza explicativa de la variable a predecir puede estimarse a partir de varias variables independientes siguiendo la siguiente formulación:

$$P(\text{“CambioN”}) = a + bX_1 + cX_2 + \dots + pX_p$$

Antes de aplicar esta prueba paramétrica verificaremos si nuestros datos cumplen con los supuestos de regresión múltiple lineal. El modelo predictivo que hemos obtenido no presenta problemas de autocorrelación o de colinealidad entre las variables, tal y como muestra el coeficiente de Durbin y Watson (DW) = 1,64 y el Factor de Inflación de la Varianza (FIV) = 1. En una primera aproximación a nuestro modelo predictivo, incorporaremos como variables predictoras a aquellas que mantienen correlaciones significativas con la variable “CambioN”. En la **tabla 26**, presentamos una matriz de correlación de variables. Tal y como se puede observar en esta tabla, de todas las variables sociodemográficas, clínicas y de personalidad introducidas, sólo encontramos correlaciones significativas con las variables: recuperación completa ($r=0,33$), número de ingresos ($r=0,22$) y “CambioISG” ($r=0,53$). Dado que las variables recuperación completa y “CambioISG” mantienen una relación significativa, eliminamos la variable remisión completa del análisis de regresión para evitar un problema de colinealidad.

Tabla 26. Matriz de correlaciones de variables

	Aev	ICG	ISG	Ing	N	E	O	A	C	CambISG	CambN	CambE	CambO	CambA	CambC	
Aev	-	0,28**	0,17*	0,23**	0,12	-0,1	-0,14	0,01	-0,15	-0,09	0,17	0,07	0,10	0,05	0,02	
ICG		-	0,39**	0,15	0,19*	0,08*	-0,03	-0,03	-0,06	0,01	0,10	-0,18	0,08	-0,05	-0,09	
ISG			-	0,26**	0,59**	-0,28**	0,13	0,11	-0,05	-0,15	0,09	0,14	0,04	-0,0	0,13	
Ing				-	0,18*	-0,1	-0,05	0,08	-0,06	0,29**	0,22*	-0,02	-0,05	0,05	-0,06	
N					-	-0,36*	0,03	-0,04	-0,29**	-0,07	-0,07	0,35**	0,07	-0,07	-0,02	
E						-	0,03	0,21*	0,23**	-0,01	0,02	-0,38**	-0,15	-0,24*	-0,04	
O							-	0,04	0,09	0,02	0,12	0,01	-0,15	-0,15	0,11	
A								-	0,22**	0,14	0,05	-0,05	0,01	-0,25*	-0,13	
C									-	-0,11	-0,07	-0,20	-0,1	0,00	-0,28**	
CambISG										-	0,53**	-0,34**	-0,17	-0,14	-0,22*	
CambN											-	-0,41**	-0,21	0,12	-0,47**	
CambE												-	0,29**	0,13	0,35**	
CambO													-	0,35**	0,09	
CambA															0,02	
CambC																-

Aev, Años de evolución del TM; ICG, Impresión Clínica Global, ISG; Índice General Sintomatología; Ing, número de ingresos previos; N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

El resultado del modelo mejor ajustado de la RML se muestra en la **tabla 27**. Como se puede observar, la única variable que muestra capacidad predictiva sobre el “CambioN” es la variable “CambioISG”. Este modelo predictivo del “CambioN” resulta válido al resultar la prueba de ANOVA significativa ($F_{1,78}= 31,4$, $p=0,001$). El ajuste de este modelo resulta de calidad baja ya que el $R^2=0,28$, nos indica que sólo podemos atribuir el 28% de la varianza explicativa del “CambioN” a la variable “CambioISG”.

Tabla 27. Análisis de RML para el “CambioN”

CambioN	CambioN			
	β	DT	t	Sig
Constante	-1,06	0,75	-1,4	0,16
CambioISG (SCL-90-R)	5,37	0,95	5,6	0,001

La formulación resultante de nuestro modelo predictivo es igual a: $P(\text{“CambioN”}) = 1,06 + 5,37(\text{“CambioISG”})$. En la **figura 15** se muestra la curva ROC del modelo predictivo para el “CambioN”. Tal y como se puede apreciar el ajuste de los datos es aceptable ya que el área observada bajo la curva es del 65%.

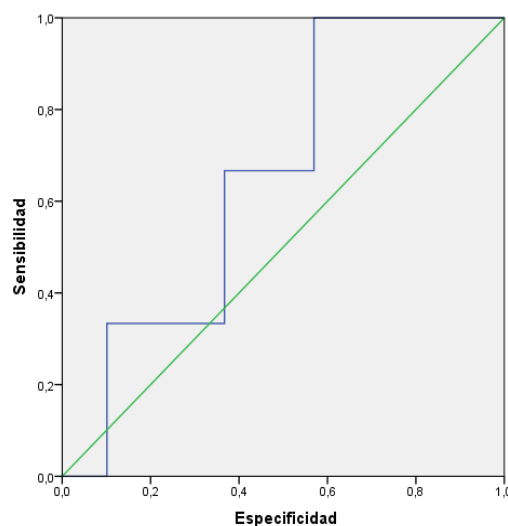


Figura 15. Curva ROC para el modelo predictor del “CambioN”

2.8. Modelo de estimación de las dimensiones de personalidad longitudinalmente a partir de autovalores previos

Vamos a analizar la autorelación que mantienen las cinco dimensiones de personalidad durante la presencia del TM y la realización de un tratamiento especializado en salud mental de una duración máxima de 6 meses. Para ello, estudiaremos la autorelación que mantiene una dimensión de personalidad consigo misma valorada en distintos momentos temporales.

2.8.1. Modelo de estimación de las dimensiones de personalidad en el *tiempo 2* a partir de las dimensiones de personalidad en el *tiempo 1*

A continuación, vamos a analizar la autorelación que mantienen las cinco dimensiones de personalidad en el *tiempo 1* y en el *tiempo 2*, con objeto de determinar si existe un modelo predictor suficientemente válido que nos permita pronosticar las puntuaciones en las dimensiones de personalidad que obtendrá cada sujeto, a partir de las puntuaciones que obtiene en el *tiempo 1*. Para ello, estandarizaremos las puntuaciones que obtienen los sujetos en las cinco dimensiones de personalidad en el *tiempo 1* y en el *tiempo 2*, y estudiaremos la relación que mantienen estas dos variables observando el diagrama de dispersión. A continuación, presentamos los diagramas de dispersión y las rectas de regresión lineal simple obtenidas para las cinco dimensiones de personalidad en el *tiempo 2*, a partir de las dimensiones de personalidad en el *tiempo 1* (**Figura 16-20**). La formulación de las rectas de regresión es la siguiente: $Y_1 = B_0 + B_1 X_1$. El coeficiente B_1 es la pendiente de la recta: el cambio medio que se produce en la dimensión de personalidad en el *tiempo 2* por cada unidad de cambio que se produce en la dimensión de personalidad en el *tiempo 1*. El coeficiente B_0 es el punto en el que la recta corta en el eje vertical: el número medio que corresponde a la dimensión de personalidad en el *tiempo 2* cuando la puntuación de la dimensión de personalidad en el *tiempo 1* es igual a 0. Conociendo el valor de estos coeficientes podemos reproducir la recta de regresión y describir la relación que existe entre las dimensiones de personalidad en el *tiempo 1* y en el *tiempo 2*. Para valorar y cuantificar el ajuste de los datos a la recta de regresión calcularemos el coeficiente de determinación R^2 que toma valores entre 0 y 1 (0 cuando las variables son independientes y 1 cuando las variables mantienen una relación perfecta). Generalmente las rectas de regresión no son perfectas y por lo tanto, señalaremos aquellas observaciones (casos outliers) que no se ajustan al intervalo de confianza del modelo predictor y hacen que pierda fuerza predictiva. Como se puede observar

en los diagramas de dispersión calculados (**figura 16-20**), todas las rectas de regresión son positivas y el ajuste de los datos a las mismas es bastante bueno.

Como se puede observar en la **figura 16**, el 58 % de la varianza de N en el *tiempo 2* (N2) puede explicarse a partir de la variable N en el *tiempo 1* (N1) y con un 95 % de probabilidades la puntuación de los sujetos en N2 responde a la siguiente ecuación de regresión: $P ("N2") = 0,03 + 0,72("N1")$. Si valoramos con detenimiento la fluctuación que sufren las distintas observaciones del *tiempo 1* al *tiempo 2*, se aprecia una tendencia a la baja en la dimensión N para la mayoría de las observaciones estimadas.

En el caso de E (ver **figura 17**), el coeficiente de determinación para E2 es igual a 0,51 y la recta de regresión es: $P ("E2") = 0,00099 + 0,93 ("E1")$. Por lo tanto, el 51 % de la varianza explicativa de E2 se puede explicar a partir de la puntuación del sujeto en E1. Al valorar la fluctuación que sufren las distintas observaciones del *tiempo 1* al *tiempo 2*, se aprecia una tendencia al alza para esta dimensión en la mayoría de las observaciones estimadas.

En el caso de O (ver **figura 18**), el coeficiente de determinación asciende a 0,81 y la recta de regresión es: $P ("O2") = 0,05 + 0,95 ("O1")$. El 81 % de la varianza de O2 se estima a partir de la puntuación obtenida por el sujeto en O1 y la tendencia de las puntuaciones del *tiempo 1* al *tiempo 2* tiende ligeramente al alza.

En el caso de A (ver **figura 19**), el coeficiente de determinación asciende a 0,58 y la recta de regresión es: $P ("A2") = 0,00007 + 0,73 ("A1")$. El 58% de la varianza de A2 se estima a partir de la puntuación obtenida por el sujeto en A1 y la tendencia de las puntuaciones del *tiempo 1* al *tiempo 2* es prácticamente a la inmutabilidad con un ligero decremento.

El coeficiente de determinación para C (ver **figura 20**) asciende a 0,65 y la recta de regresión es: $P ("C2") = 0,005 + 0,82 ("C1")$. El 65% de la varianza de C2 se estima a partir de la puntuación obtenida por el sujeto en C1 y la tendencia de las puntuaciones del *tiempo 1* al *tiempo 2* es prácticamente a la inmutabilidad con un ligero incremento.

Tal y como podemos observar, todas las rectas de regresión estimadas muestran una relación positiva entre las variables y la varianza explicativa de la dimensión de personalidad en el *tiempo 2* a partir del autovalor en el *tiempo 1*, es superior al 50% en todas las variables de personalidad. Como podemos observar en los diagramas de dispersión el ajuste de los

datos a las ecuaciones de regresión es bueno y el número de casos que se sale de los límites establecidos por el intervalo de confianza son escasos. Por lo tanto, podemos decir que el modelo predictor de las variables de personalidad en el *tiempo 2*, a partir de las variables de personalidad en el *tiempo 1* es bastante robusto y los datos presentan un buen ajuste al mismo.

Tras identificar y realizar un análisis detallado de los casos atípicos que no son adecuadamente predichos por las ecuaciones de regresión, objetivamos que existen dos perfiles de sujetos que no se ajustan a las predicciones anteriores. Estos dos perfiles de sujetos son:

1. Sujetos adultos jóvenes con un intervalo de edad que oscila entre los 18 a los 39 años de edad, con estudios universitarios que presentan un trastorno adaptativo sin comorbilidad (tóxicos, otro TM y/o trastorno físico) con un ICG leve-moderado y que tras 3 meses de tratamiento (*tiempo 2*) presentan una recuperación completa de su TM. El 100 % de los casos han realizado un tratamiento combinado y/o psicológico a nivel ambulatorio. Estos sujetos no se ajustan a las predicciones obtenidas para N y E.
2. Sujetos adultos mayores con un intervalo de edad que oscila entre los 30 a los 60 años de edad, que presentan diferentes TM (ninguno de ellos un trastorno adaptativo y el 65% un TP) con un ICG moderado-grave y el 100 % de los casos con comorbilidad física y psíquica. El 75% de estos sujetos ha requerido hospitalización parcial y/o total durante el curso de su TM. El 100% de estos sujetos no alcanza la recuperación completa en ningún momento temporal del estudio. Estos sujetos no se ajustan a las predicciones obtenidas en A y C. Encontramos que todos estos sujetos presentan un perfil de personalidad caracterizado por alto N, baja E, baja O, baja A y baja C.

No encontramos ningún perfil de personalidad característico de los sujetos que no son adecuadamente pronosticados por la dimensión O. Pareciera que dentro de estos sujetos se aprecian dos subtipos: 1) Un subtipo similar al descrito para los sujetos outliers de N y E, y 2) un subtipo similar para los sujetos outliers de A y C.

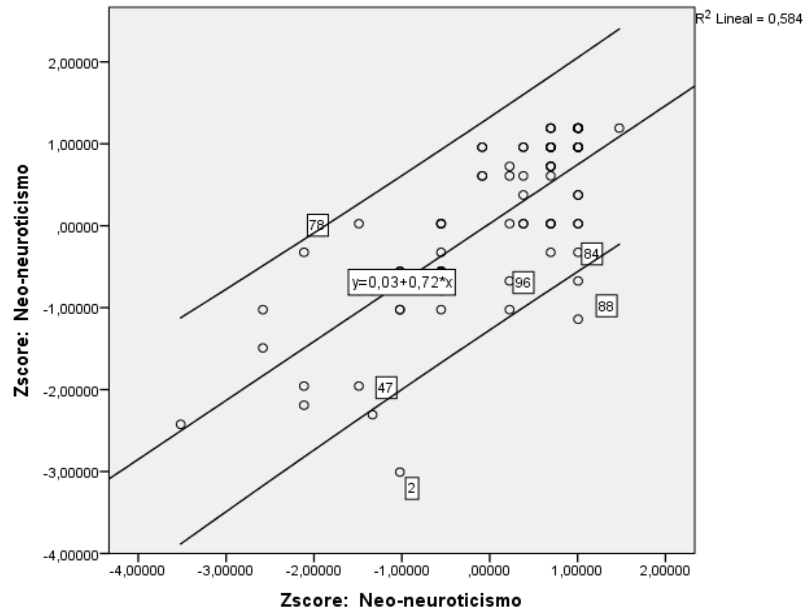


Figura 16. Diagrama de dispersión de N2 por N1

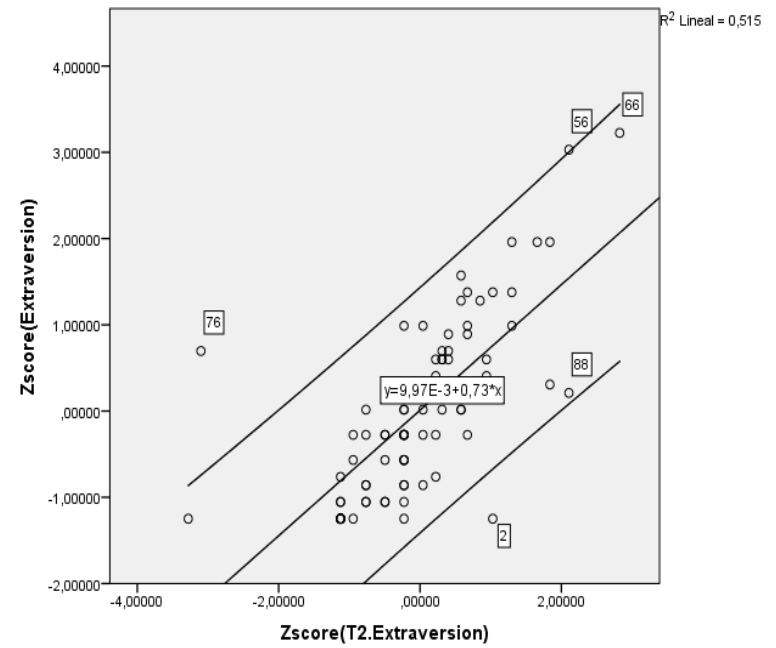


Figura 17. Diagrama de dispersión de E2 por E1

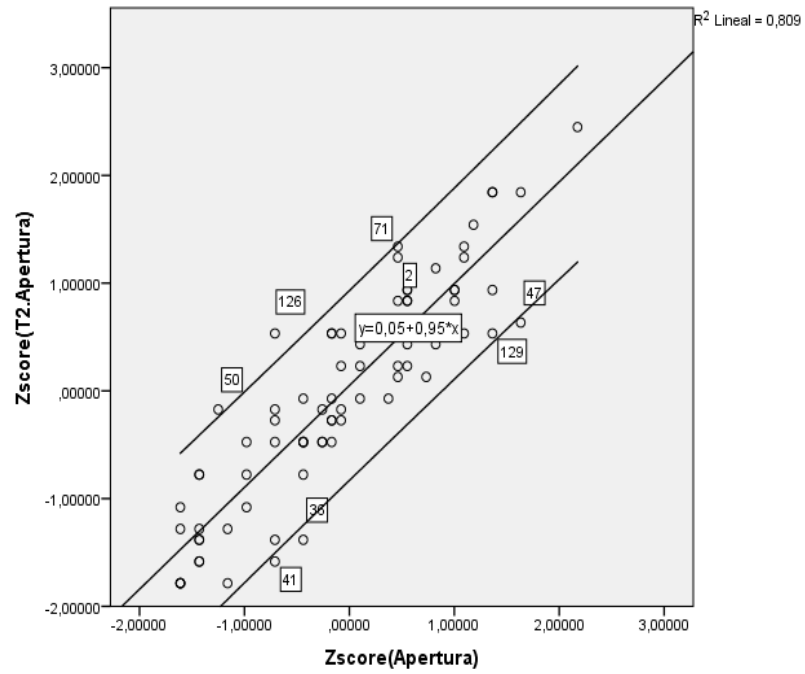


Figura 18. Diagrama de dispersión de O2 por O1

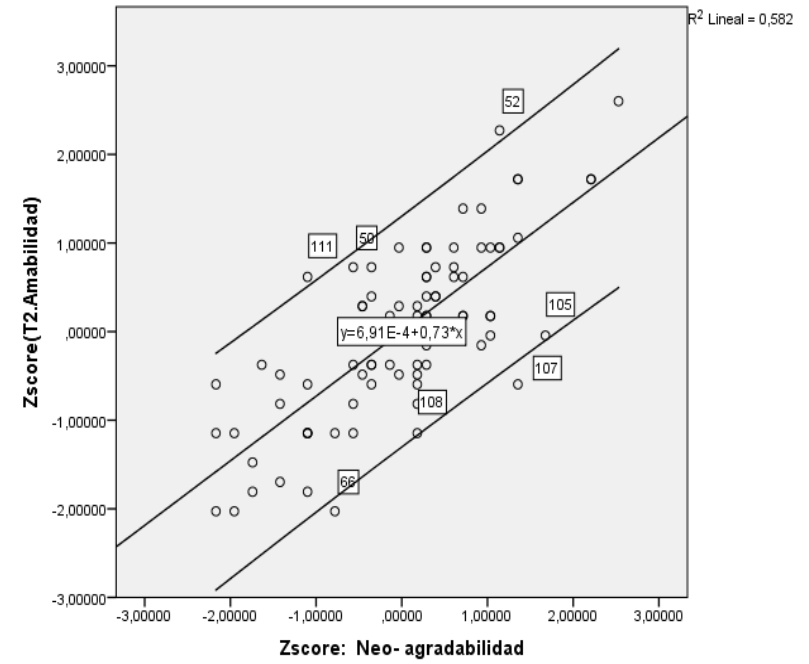


Figura 19. Diagrama de dispersión de A2 por A3

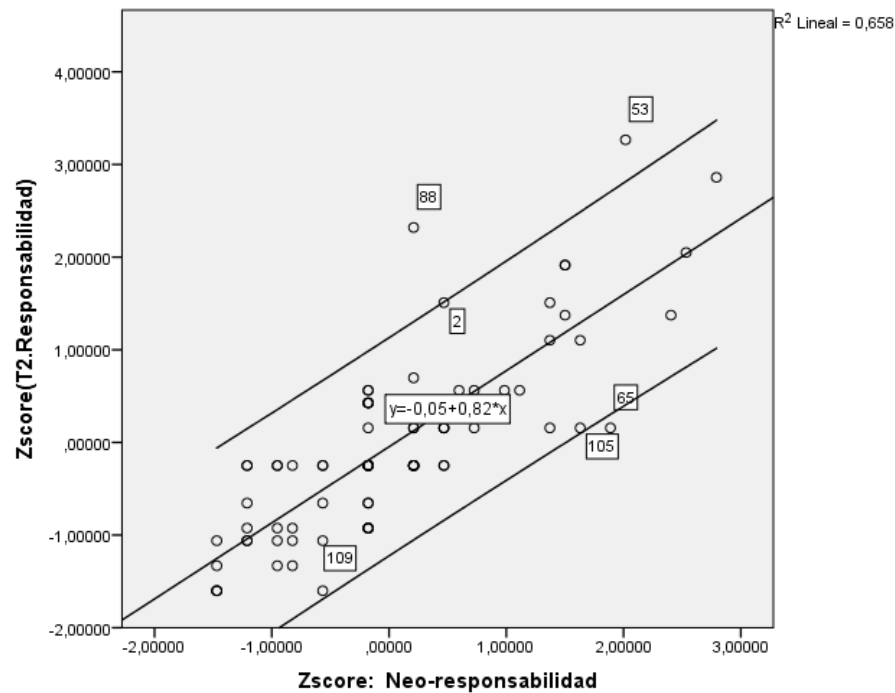


Figura 20. Diagrama de dispersión de C 2 por C1.

2.8.2. Modelo de estimación de las dimensiones de personalidad en el *tiempo 3* a partir de las dimensiones de personalidad en el *tiempo 2*

Al igual que en el apartado anterior vamos a analizar la autorelación que mantienen las cinco dimensiones de personalidad en el *tiempo 2* y en el *tiempo 3*, con objeto de determinar si existe un modelo predictor suficientemente válido que nos permita predecir las puntuaciones en las dimensiones de personalidad que obtendrá cada sujeto en el *tiempo 3* a partir de las puntuaciones que obtiene en el *tiempo 2*. En las figuras que se presentan a continuación (**Figura 21-25**), mostramos las ecuaciones de regresión simple y los índices de determinación para las cinco dimensiones del personalidad en el *tiempo 3*, a partir de las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el *tiempo 2*.

Tal y como se puede observar en la **figura 21**, el 75 % de la varianza de N en el *tiempo 3* (N3) puede explicarse a partir de la variable N en el *tiempo 2* (N2) y con un 95 % de probabilidades la puntuación de los sujetos en N3 responde a siguiente ecuación de regresión: $P("N3") = -0,04 + 0,92("N2")$. Si valoramos con detenimiento la fluctuación que sufren las distintas observaciones del *tiempo 2* al *tiempo 3*, se aprecia una tendencia a la baja en la dimensión N para la mayoría de las observaciones estimadas.

En el caso de E (ver **figura 22**), el coeficiente de determinación para E3 es igual al 0,46 y la recta de regresión es: $P("E3") = 0,03 + 0,65("E2")$. Por lo tanto, el 46 % de la varianza explicativa de E3 se puede explicar a partir de la puntuación del sujeto en E2. Al valorar la fluctuación que sufren las distintas observaciones del *tiempo 2* al *tiempo 3*, se aprecia una ligera tendencia al alza para esta dimensión en la mayoría de las observaciones estimadas. En el caso de O (ver **figura 23**), el coeficiente de determinación asciende a 0,79 y la recta de regresión es: $P("O3") = -0,00028 + 0,87("O2")$. El 79 % de la varianza de O3 se estima a partir de la puntuación obtenida por el sujeto en O2 y la tendencia de las puntuaciones del *tiempo 2* al *tiempo 3* se mantiene ligeramente al alza para la mayoría de las puntuaciones observadas.

En el caso de A (ver **figura 24**), el coeficiente de determinación asciende a 0,52 y la recta de regresión es: $P("A3") = 0,02 + 0,77("A2")$. El 52% de la varianza de A3 se estima a partir de la puntuación obtenida por el sujeto en A2 y la tendencia de las puntuaciones del *tiempo 2* al *tiempo 3* es prácticamente a la inmutabilidad con un ligero decremento.

El coeficiente de determinación para C (ver **figura 25**) asciende a 0,67 y la recta de regresión es: $P("C3") = 0,02 + 0,79("C2")$. El 67% de la varianza de C3 se estima a partir de la puntuación obtenida por el sujeto en C2 y se aprecia que la tendencia de las puntuaciones del *tiempo 2* al *tiempo 3* es prácticamente a la inmutabilidad con un ligero incremento.

Como podemos observar en los diagramas de dispersión el ajuste de los datos a las ecuaciones de regresión es bueno y el número de casos que se sale de los límites establecidos por el intervalo de confianza son escasos.

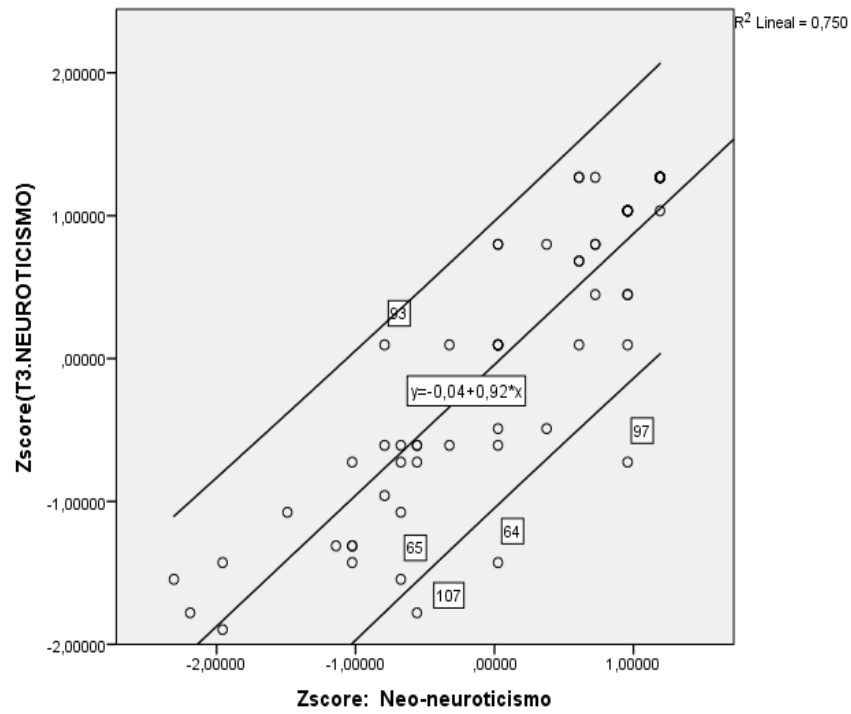


Figura 21. Diagrama de dispersión de N3 por N2.

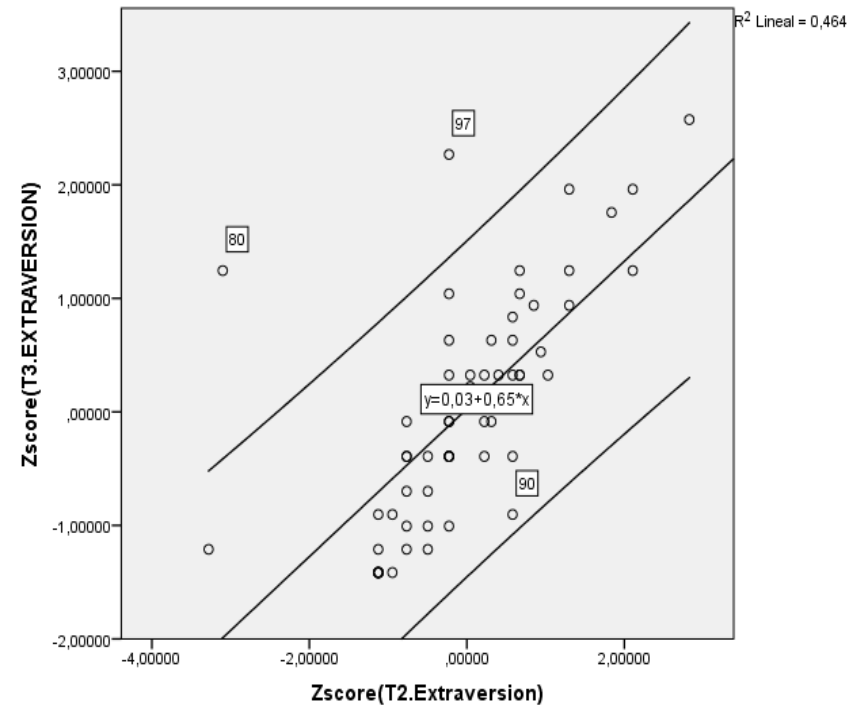


Figura 22. Diagrama de dispersión de E3 por E2

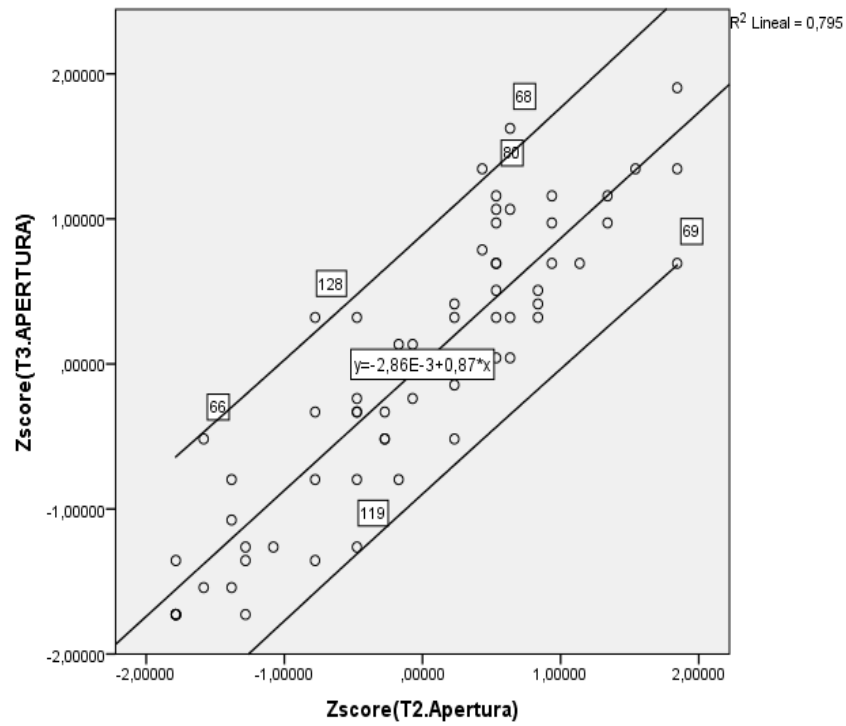


Figura 23. Diagrama de dispersión de O3 por O2.

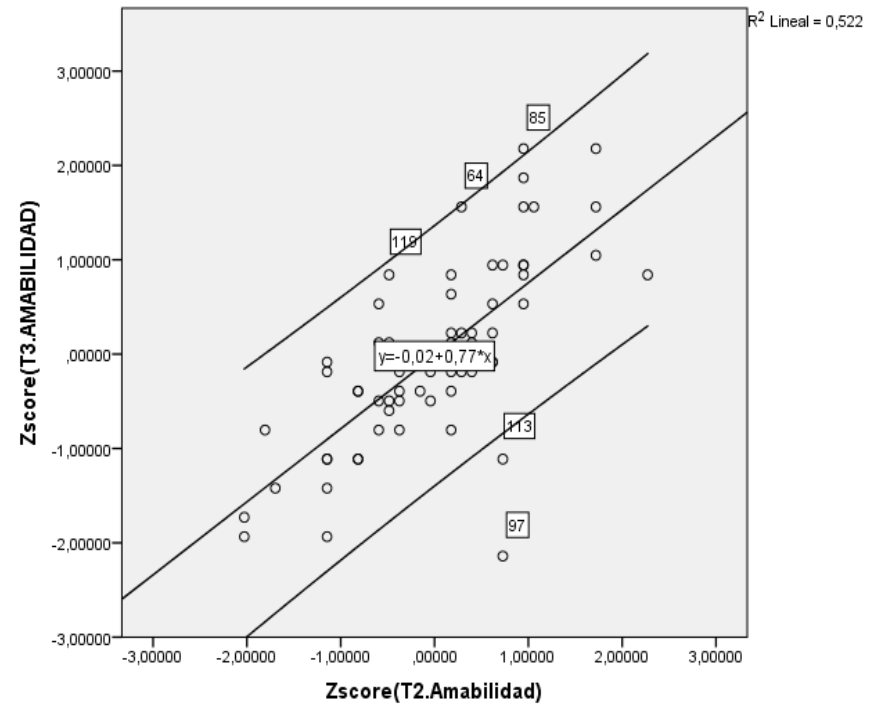


Figura 24. Diagrama de dispersión de A3 por A2

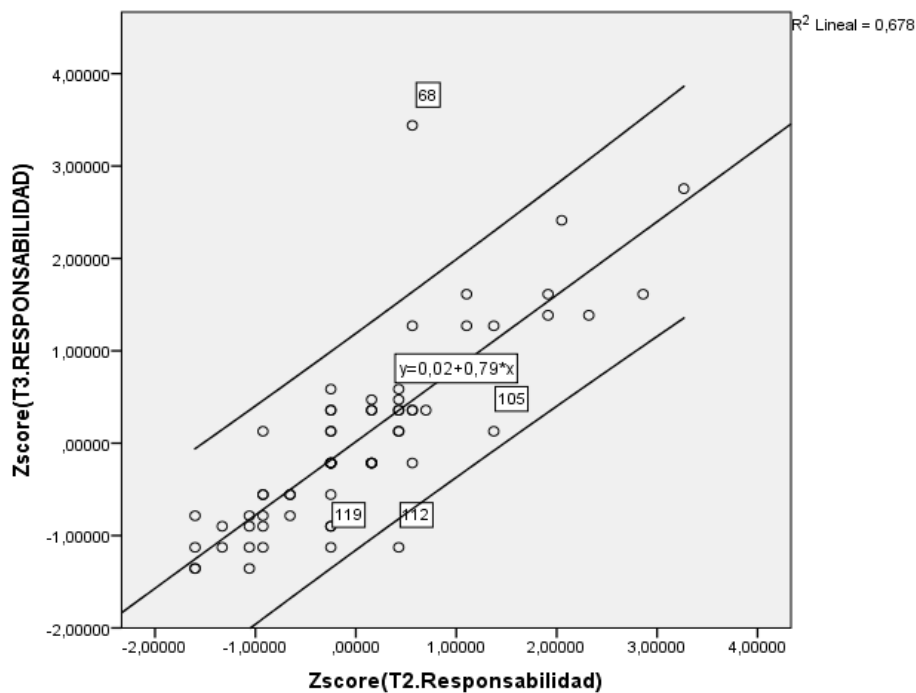


Figura 25. Diagrama de dispersión de C3 por C2

Al realizar un análisis detallado de los casos atípicos que no se ajustan a las rectas de regresión que predicen las dimensiones de personalidad del *tiempo 3* a partir de las del *tiempo 2*, no acabamos de encontrar perfiles de sujetos que se ajusten de una manera clara a los datos. Señalar que el número de casos atípicos en esta segunda predicción longitudinal (*tiempo 3* sobre *tiempo 2*) es inferior al número de casos atípicos en la primera predicción (*tiempo 2* sobre *tiempo 1*). Esta escasez en el número de casos atípicos a valorar hace que encontrar datos concluyentes sea más complicado. No obstante, intentaremos aportar algunos datos cualitativos a este respecto:

1. Encontramos un perfil de sujetos atípicos que presentan cuadros psicopatológicos leves-moderados (60% trastorno adaptativo) sin comorbilidad física y/o psíquica. El 100 % de estos casos realizan un tratamiento combinado de nivel ambulatorio y consiguen una RC en el *tiempo 2* o en el *tiempo 3*. Las dimensiones A y C no son adecuadamente predichas para estos sujetos.

2. No se acaban de objetivar perfiles claros de datos que nos permitan describir de una manera fidedigna a los sujetos atípicos de N, E y O. No obstante, al valorar los sujetos outliers de N y E encontramos que ninguno de ellos alcanza la RC a lo largo del estudio de investigación. Resulta complejo abstraer más aspectos comunes de estos sujetos atípicos.

Antes de finalizar este apartado y a modo de resumen, vamos a ejecutar un gráfico donde podamos apreciar la tendencia de las cinco dimensiones de personalidad durante la presencia y tratamiento del TM para toda la muestra (ver figura 26).

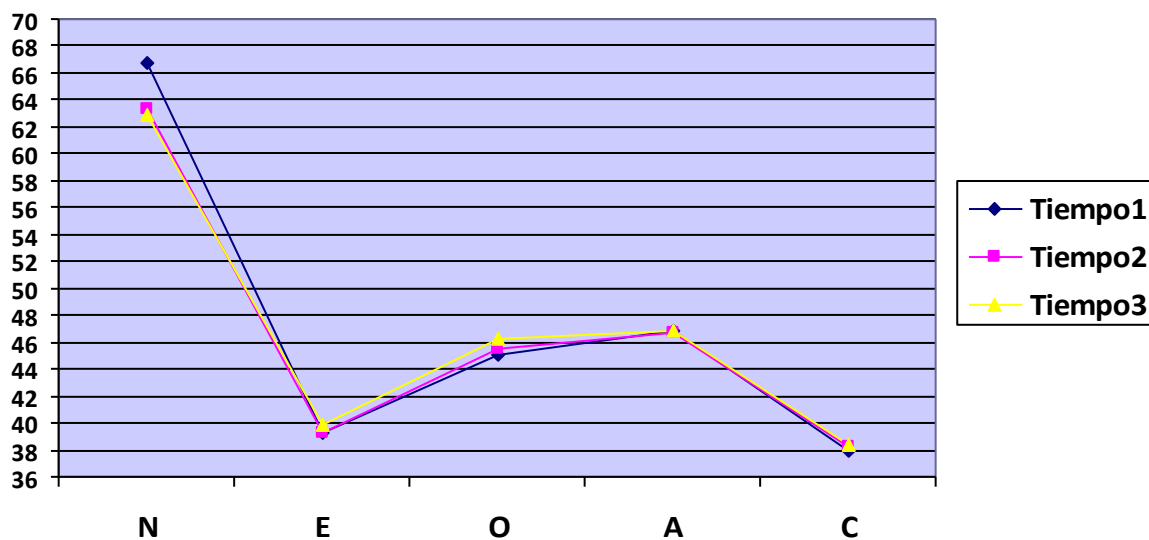


Figura 26. Perfil de personalidad de toda la muestra en el tiempo 1, tiempo 2 y tiempo 3.

Tal y como se puede observar en este gráfico y revisando la tabla 26, la tendencia de cambio-estabilidad de los cinco rasgos de personalidad a lo largo de todo el estudio es indicativa de un descenso significativo en N y un mínimo aumento en E, O y C. A permanece casi inmutable. Ver **tabla 28** para analizar con detalle los datos medios y desviaciones típicas de las cinco dimensiones de personalidad.

Tabla 28. Medias y DT de las cinco dimensiones de personalidad en el *tiempo 1*, *tiempo 2* y *tiempo 3*.

	Tiempo1 N=146		Tiempo2 N=95		Tiempo3 N=83	
	M	DT	M	DT	M	DT
N	66,7	7,2	63,4	7,1	62,7	5,7
E	39,2	9,8	39,4	8,4	39,8	8,3
O	45,1	11,1	45,5	10,5	46,1	10
A	46,9	8,3	46,7	8,2	46,8	7,8
C	38	8,4	38,3	8,5	38,4	8,3

N, número; M, media; DT, desviación típica. N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

Para valorar si las medias de las cinco dimensiones de personalidad difieren entre sí a nivel longitudinal hemos realizado una comparación de medias para muestras relacionadas. Nuestros datos indican que la media de N1 difiere significativamente del media de N2 ($t_{94}=5,6$, $p < 0,001$) y N3 ($t_{82}=6,1$, $p < 0,001$). También se encuentran diferencias significativas entre las medias de N2 y N3 ($t_{73}=2,26$, $p < 0,05$). No se encuentran diferencias significativas en ninguna de las comparaciones entre medias para muestras relacionadas del resto de las dimensiones de personalidad.

3. Discusión

El motivo principal de nuestra investigación es ampliar el conocimiento empírico existente sobre la relación que mantienen el TM y la personalidad. Los tres objetivos principales de esta investigación son: 1) describir de una manera general el perfil de personalidad de una muestra con TM, 2) valorar si existen diferencias en la personalidad de los sujetos que presentan diferentes cuadros diagnósticos, y 3) determinar si la presencia de un TM produce cambios en la valoración de la personalidad. De ser así, objetivar cuáles son estos cambios y determinar a qué factores o variables pueden asociarse. A partir de los resultados encontrados en nuestro estudio pasamos a discutir los objetivos y las hipótesis que nos planteábamos al inicio de este proyecto de investigación.

Al inicio de nuestra investigación hipotetizábamos que los sujetos con TM presentarían un perfil de personalidad caracterizado por alto N y baja E. Nuestros datos son confirmatorios respecto a esta primera hipótesis. El perfil de personalidad característico de nuestra muestra se define por presentar puntuaciones altas en N, bajas en E, medias en O, medias en A y bajas en C. Estos datos son consistentes con la mayoría de las investigaciones empíricas que estudian la asociación entre la personalidad y el TM. Las puntuaciones altas en N y bajas en E se asocian de un modo significativo a la presencia de psicopatología (Widiger y Trull, 1992; Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005; Rosellini y Brown, 2011). Además, alguno de los estudios revisados también han encontrado una puntuación baja en C en muestras de sujetos con cuadros depresivos (Kotov y col., 2010; Hakulinen y col., 2015) o con TUS (Ruiz, Pincus y Schinka, 2008; Kotov y col., 2010).

Por lo tanto, el perfil de personalidad de nuestra muestra caracterizado por la presencia de alto N, baja E y C, y media A y O, es similar al encontrado en otras muestras clínicas y es denominado por la literatura científica como *“el estilo de personalidad vulnerable”* (Moral, Fínez y Fernández-Abascal, 2017). Este estilo de personalidad se caracteriza por la tendencia de los sujetos a experimentar decaimiento, irritabilidad, ansiedad, pocas emociones positivas y a manifestar dificultad en la consecución de los objetivos (tendencia a mostrarse erráticos y poco ordenados en la consecución de los objetivos). Además encontramos que N mantiene una relación moderada y en positivo con la presencia de psicopatología, en concreto sus facetas: Ansiedad, Depresión, Ansiedad Social y Vulnerabilidad, y que E mantiene una

relación leve y en negativo con la presencia de psicopatología, principalmente sus facetas: Asertividad, Emociones Positivas y Gregarismo. Estos hallazgos son consistentes con la mayoría de investigaciones revisadas que encuentran una relación positiva entre N y la psicopatología y una relación negativa entre E y la presencia de psicopatología (Widiger y Trull, 1992; Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005; Rosellini y Brown, 2011).

Con nuestra investigación hemos valorado si la pérdida muestral en el tiempo 1 presenta características de personalidad diferentes a las que muestran los sujetos que continúan con la investigación en el tiempo 2. Nuestros datos encuentran que los sujetos que abandonan el estudio de investigación en el *tiempo 1* no difieren en las dimensiones de personalidad de los que se mantienen en el *tiempo 2*. Estos datos son inconsistentes con algunos estudios que sugieren que los sujetos con menos puntuación media en C y A, abandonan más los tratamientos y participan menos en los estudios de investigación (Thorsteinsson y Schutte, 2005). La tasa de abandono del *tiempo 1* al *tiempo 2* en este estudio ha sido del 35 %. Del *tiempo 2* al *tiempo 3* del 6%. La tasa de abandono no ha sido estudiada de una manera fidedigna en esta investigación. Nos consta que las razones principales de abandono del *tiempo 1* al *tiempo 2* han sido: 1) falta de iniciación y/o mantenimiento en el tratamiento especializado en salud mental y por lo tanto, alta voluntaria del servicio, 2) iniciación y realización de un tratamiento breve en salud mental que finaliza con un alta por mejoría antes de los 3 meses, 3) algunos sujetos tras realizar el *tiempo 1* no quisieron realizar el protocolo del *tiempo 2* alegando que precisaba de mucho tiempo de ejecución (casi 2h), e 4) incumplimiento de fechas y olvido en la ejecución del protocolo de investigación. El número de casos perdidos por los puntos 3) y 4) son escasos ya que han sido controlados por los investigadores principales.

El hecho de que la tasa de abandonos se reduzca significativamente una vez que el sujeto está adherido al tratamiento viene a confirmar los hallazgos de estudios empíricos que avalan que la mayor tasa de abandonos en el tratamiento en salud mental se produce al inicio del establecimiento de los tratamientos y que el mantenimiento de los sujetos en el mismo, depende en gran medida de las dimensiones relacionales atribuidas al especialista de salud mental (Prado, Sánchez e Inchausti, 2017). La tasa de abandonos prematuros en ensayos clínicos en salud mental oscila entre un 20% y un 60% (Swift, Greenberg, Whipple y Kominiak, 2012).

Con nuestra investigación no hemos valorado si la pérdida muestral puede asociarse a variables sociodemográficas y/o clínicas o al cruce de ambas variables. Este punto forma parte de las limitaciones que presenta esta investigación.

Al inicio de nuestra investigación también nos planteábamos si los sujetos con distintos TM mostrarían características de personalidad diferenciales. Nuestros datos son consistentes con la literatura revisada que determina que en la fase de descompensación psicopatológica los sujetos con distintos TM difieren en personalidad (Costa y col., 2005). No obstante, nuestros datos amplían esta evidencia científica y apuntan a que estas diferencias de personalidad por cuadros diagnósticos tienden a diluirse o incluso a desaparecer con la remisión parcial y/o completa del TM. El hecho de que no existan diferencias significativas en la valoración de la personalidad por grupos diagnósticos en las valoraciones longitudinales, en las cuales el 78 % de los sujetos presenta una remisión parcial o completa de su TM, nos lleva a hipotetizar que es el TM el que en su fase más aguda produce un efecto modificador de la valoración de los rasgos de la personalidad. No obstante, este resultado no acaba de ser consistente con el encontrado por la literatura científica donde parece evidente que los sujetos que presentan clínica internalizante muestran rasgos de personalidad diferentes a los sujetos que presentan clínica externalizante (Krueger y Tackett, 2003). Este hallazgo inconsistente con la literatura científica podemos asociarlo al hecho de que en nuestra muestra exista una baja especificidad diagnóstica, un alto porcentaje de sujetos que presentan patología mixta de tipo ansioso-depresivo y una infrarepresentación de sujetos con cuadros externalizantes. Por lo tanto, las conclusiones de este apartado nos parecen algo limitadas y sesgadas. No obstante, nuestros datos orientan a considerar que si la valoración de la personalidad se realiza en la fase aguda del TM, las conclusiones serán parcialmente diferentes a las realizadas en la fase de estabilización o remisión clínica.

En este apartado de investigación esperábamos encontrar los siguientes datos: 1) que los sujetos con cuadros depresivos obtuvieran menor puntuación media en la dimensión E que otros grupos diagnósticos, y 2) que los sujetos con dependencia a tóxicos obtuvieran menor puntuación media en C que otros grupos diagnósticos. Nuestros datos rechazan la hipótesis de que los sujetos con cuadros depresivos presentan menor puntuación media en E que otros grupos diagnósticos, y la hipótesis de que los sujetos con dependencia a tóxicos presentan menor puntuación media en C que otros grupos diagnósticos no ha podido ser

valorada al carecer de una submuestra representativa de este tipo de diagnóstico. Nuestros datos evidencian que el grupo de sujetos con TH obtiene una puntuación media en C significativamente inferior que la que obtiene el grupo de sujetos diagnosticado de un TA. Este hallazgo es consistente con el encontrado en el estudio de Hakulinen y col. (2015), donde evidencian que la puntuación baja en C se asocia de manera significativa con la clínica depresiva y/o el surgimiento a largo plazo de episodios depresivos. A este respecto, algunos estudios sugieren que los sujetos con cuadros depresivos cronificados en el tiempo presentan puntuaciones significativamente mayores en N y menores en E y C, que los sujetos con cuadros depresivos con remisión total (Wiersman y col. 2011; Takahashy y col. 2013). Esta diferencia en personalidad entre los sujetos con cuadros depresivos agudos y crónicos es atribuida según los autores, al efecto de cicatrización que produce el TM cronificado en el tiempo en la personalidad de los sujetos. De igual modo, los estudios centrados en muestras con clínica ansiosa encuentran que sujetos con fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico tienden a puntuar alto en varias facetas de C como son: “Necesidad de logro”, “Autodisciplina” y “Competencia” (Bienvenu y col., 2004). En esta misma línea de investigación, nuestros datos encuentran que en el *tiempo 1*, los sujetos con un TA muestran mayor Necesidad de Logro (C3) y Autodiciplina (C6) que los sujetos con TP. Como hemos comentado previamente estos pequeños hallazgos diferenciales en la dimensión C por grupos diagnósticos, pueden estar ensombrecidos por los sesgos metodológicos que presenta nuestra investigación a la hora de valorar la personalidad por grupos diagnósticos. Los sesgos principales de nuestra investigación a este respecto son: 1) la ausencia de muestra representativa de categorías diagnósticas específicas. Este hecho ha determinado que hayamos recurrido a categorías diagnósticas generales (TH, TA, TE y TP) mínimamente diferenciadas a nivel sintomatológico y por lo tanto, con bajo poder diferenciador a nivel de rasgos de personalidad, 2) el alto porcentaje de sujetos que presentan clínica mixta de tipo ansioso-depresivo ensombrece los posibles datos diferenciales entre la patología depresiva y ansiosa, y 3) la baja representación de sujetos con cuadros psicopatológicos de tipo externalizante ha generado que tampoco podamos realizar un análisis comparativo de la personalidad en función de una dimensión continua con dos polos opuestos como es la variable “*internalizante versus externalizante*”. Esta pérdida en la capacidad representativa de la muestra respecto al continuum internalización-externalización puede atribuirse a que los sujetos con clínica externalizante demandan menos ayuda externa,

su adherencia al tratamiento es menor, acuden menos a servicios privados como en el que se ha realizado este estudio y muchos de ellos son tratados a través de la red de servicios sociales o asisten a asociaciones específicas que tratan el consumo de tóxicos.

Con nuestra investigación hemos analizado si hombres y mujeres con TM difieren en personalidad y en la manifestación psicopatológica del TM. El 67,1 % de la muestra en el *tiempo 1* son mujeres. Este dato es confirmatorio con la investigación científica que sostiene que a partir de los 18 años, el género mujer es más frecuente que el de hombre en las muestras clínicas (OMS, 1992). El hecho de que las tasas de suicidio sean significativamente superiores en hombres que en mujeres y que antes de los 18 años la prevalencia de hombres en salud mental sea superior al de mujeres, nos hace pensar que esta diferencia de género puede asociarse a los estereotipos de género en los cuales las mujeres son más proclives a la búsqueda de ayuda y los hombres a negar su propia vulnerabilidad. No obstante esta cuestión sólo es una mera suposición.

Nuestra hipótesis de que las mujeres obtendrían puntuaciones medias en N superior a las obtenidas por el grupo de los hombres se ha visto desconfirmada. Según nuestros resultados hombres y mujeres no difieren en las cinco dimensiones de personalidad. Los únicos hallazgos encontrados a este respecto son que las mujeres de nuestra muestra obtienen puntuaciones superiores en las facetas Asertividad (E3) y Tendencia al logro (C3) que los hombres, e inferiores en la faceta Fantasía (O1). Estos datos son inconsistentes con la mayoría de estudios que valoran las diferencias de personalidad intergénero, los cuales avalan que las mujeres puntúan ligeramente más en N y A, y también en varias facetas de E y O. No se encuentran diferencias significativas para las facetas de C (Costa y McCrae, 1999; Costa Terracciano y McCrae, 2001; de Miguel, 2005). En uno de los estudios más importantes a este respecto, Costa, Terracciano y McCrae (2001) presentaron datos procedentes de 26 culturas y un total de 23.031 personas y afirmaron que las diferencias intergénero eran similares a nivel transcultural. Concretamente, las mujeres de su estudio puntuaban más alto que los hombres en los rasgos N y A. También en las facetas de Cordialidad (E1), Gregarismo (E2) y Emociones positivas (E6), y en las facetas de Estética (O2), Sentimientos (O3) y Actividad (O4). Por su parte, los hombres puntuaban más alto que las mujeres en las facetas de Asertividad (E3) y Búsqueda de emociones (E5), y en las facetas de Ideas (O5) y Valores (O6). En este artículo los propios autores interpretan que estos resultados reflejan la

existencia de una serie de estereotipos relacionados con los estereotipos de género que se transmiten a través de la educación y la crianza. Mientras las mujeres son más emocionales, gregarias y susceptibles al afecto negativo, los hombres se caracterizarían por ser más dominantes, asertivos y racionales. Los hallazgos encontrados en nuestra investigación son totalmente inconsistentes con estos datos, ya que en nuestra muestra las mujeres tenderían a ser más asertivas y con una mayor tendencia al logro que los hombres.

Nuestros datos no encuentran diferencias intergénero en el tipo de TM, en los años de evolución del TM o en el nivel de gravedad del mismo. Estos datos no son consistentes con la literatura científica que avala que las mujeres presentan mayor clínica ansioso-depresiva que los hombres (OMS, 1992). Que no encontremos diferencias significativas a este respecto puede asociarse parcialmente a la sobrerrepresentación de trastornos internalizantes que cursan con clínica mixta ansioso-depresiva en nuestra muestra. Nuestros datos si son consistentes con la literatura que señala la mayor tendencia de las mujeres a la presencia de clínica somática (OMS, 1992).

A continuación, responderemos al motivo principal por el cual se inició esta investigación: “*¿producen los TM cambios en la valoración de la personalidad de los sujetos? Y de ser así: ¿cuáles son estos cambios?*”. A lo largo de nuestra investigación hemos expuesto las diferencias existentes entre la estabilidad relativa y la estabilidad absoluta de las dimensiones de la personalidad. Nuestros datos confirman la hipótesis de partida donde valorábamos que las cinco dimensiones de personalidad presentan una buena estabilidad relativa, tanto durante como después de la presencia de un TM. Tal y como sostienen la mayoría de los estudios revisados, nuestros datos confirman que las cinco dimensiones de personalidad presentan índices de estabilidad relativa que oscilan de correlaciones moderadas (N, $r=0,63$) a correlaciones muy altas (O, $r=0,91$) y que la dimensión de personalidad que menor estabilidad relativa presenta es N (Morey y Hopwood, 2013). A su vez, nuestros hallazgos amplían las evidencias científicas que sostienen que la estabilidad relativa de las dimensiones de personalidad en muestras clínicas es inferior a la encontrada en muestras normativas donde los coeficientes oscilan de 0,81 a 0,88 (Costa, Herbst, McCrae y Siegler, 2000; Terracciano, Costa y McCrae, 2006). Este hallazgo es consistente con la revisión realizada por Schuerger, Zarrella y Hotz (1989), sobre la fiabilidad test-retest de los cuestionarios de personalidad y donde se evidencia que el estado psicopatológico, el cambio

psicopatológico y acudir a realizar un tratamiento afecta a las dimensiones de personalidad. Nuestros datos descriptivos de estabilidad relativa son consistentes con este argumentario ya que el grupo que se recupera completamente de su TM y por lo tanto, sufre un mayor nivel de cambio en su estado psicopatológico, presenta unos índices de estabilidad relativa ligeramente inferiores a los del grupo que no se recupera completamente de su TM. No obstante, no se han realizado los análisis estadísticos oportunos para valorar si esta diferencia es significativa.

Respecto a la estabilidad absoluta de las dimensiones de personalidad, al inicio de nuestra investigación planteamos que los sujetos que se recuperaran completamente de su TM presentarían cambios medios significativos en N y E. Es decir, cambiarían significativamente en las dimensiones N y E. A este respecto, nuestros datos determinan que la única dimensión de personalidad que presenta una baja estabilidad absoluta tras la recuperación completa de un TM es N, así como todas sus facetas. También encontramos que el cambio de la dimensión C muestra una tendencia hacia la significatividad que acaba concretándose en cambios significativos al alza para las facetas: “Competencia” (C1) y “Autodisciplina” (C6). Otras facetas que presentan un aumento significativo de su valor medio tras la recuperación completa del TM son: “Ideas” (O5) y “Franqueza” (A1).

Respecto al grupo que no presenta una remisión completa de su TM tras 6 meses de tratamiento especializado (N=51), encontramos que el 61 % presenta una mejoría parcial respecto al *tiempo 1* y 39 % se encuentra en el mismo estado psicopatológico que en el *tiempo 1*. En este grupo, objetivamos que N y tres de sus facetas: “Ansiedad” (N1), “Depresión” (N2) y “Vulnerabilidad” (N4), muestran una baja estabilidad absoluta. También la dimensión O y su faceta “Valores” (O1). No obstante el efecto del tamaño del cambio en O es muy pequeño. Mientras N y sus tres facetas descienden del *tiempo 1* al *tiempo 3*, O y su faceta “Valores” se ven incrementadas. No se producen cambios significativos en el resto de las dimensiones y facetas de personalidad.

Mientras el cambio en N y en sus facetas resulta esperado y consistente con la literatura revisada que sostiene que a mayor grado de cambio psicopatológico, mayor grado de cambio en N, el cambio en O resulta algo inesperado dado que no nos constan resultados afines. A este nivel podemos hipotetizar que es esperable que con la recuperación parcial del TM, N y tres de sus facetas, las más volubles a la psicopatología ansioso-depresiva, desciendan. En el

caso de O, menos voluble a la psicopatología, el hecho de experimentar un TM y mantenerlo tras 6 meses de tratamiento especializado puede producir una mayor apertura a la experiencia (O). Este dato es consistente con la experiencia clínica en la cual se recoge que muchos de los sujetos que sufren un TM y se recuperan o no del mismo, comentan que padecer un TM les ha cambiado la manera de entender y experimentar la vida. En su mayoría estos sujetos refieren que les ha permitido ser más sensibles y receptivos a eventos internos que nunca valoraron experimentar. Estos datos cualitativos extraídos del léxico de muchos pacientes parecen encajar con la descripción de la dimensión O.

Por lo tanto, nuestros datos confirman que con independencia de si los sujetos alcanzan una recuperación parcial o completa en el TM, la dimensión que menor estabilidad absoluta presenta es N (Costa, Bagby, Herbst y McCrae, 2005; Wilberg y col., 2009; Klein, Kotov y Bufferd, 2010; Rosellini y Brown, 2011; Karsten y col., 2012; Renner y col., 2013; Hengartner y col., 2020) y que las facetas de N más volubles a la psicopatología son “Ansiedad”, “Depresión” y “Vulnerabilidad” (Wilberg y col., 2009). Estos datos apoyan el argumentario de los autores que cuestionan el verdadero valor de esta dimensión como rasgo de personalidad y plantean que más bien se asemeja a un “estado de personalidad” ya que recoge diferentes estados psicopatológicos representativos de la clínica internalizante (“Ansiedad”, “Depresión”, “Ansiedad Social”) y de la clínica externalizante (“Hostilidad”, “Impulsividad”). Al igual que hemos comentado en el apartado de la estabilidad relativa, el efecto del tamaño del cambio producido en N para el grupo que se recupera completamente de su TM es superior, al efecto del tamaño de cambio obtenido en el grupo que no se recupera completamente.

Quisiéramos detenernos a valorar la tendencia al cambio que experimenta la dimensión C y el cambio absoluto obtenido en dos de sus facetas: “Competencia” (C1) y “Autodisciplina” (C6). A nuestro parecer, este cambio es representativo de las manifestaciones clínicas que experimentan la mayoría de los sujetos que presentan un TM, principalmente de tipo depresivo. Es común las personas que padecen un TM moderado y/o grave experimenten una merma en su nivel de competencia laboral, académica, parental y/o personal, y que experimenten que el TM les impide o les dificulta autodirigirse en la consecución de sus objetivos. A nuestro parecer estas dos facetas de C están muy implicadas en la capacidad volitiva de los sujetos, entendida ésta como la capacidad del individuo para

dirigirse y persistir en la consecución de sus objetivos. Esta capacidad es una de las capacidades más estudiadas por los peritos forenses a la hora de valorar el grado de incapacitación que produce el TM en el sujeto. Como hemos señalado en la introducción la tendencia del niño para focalizar la atención y dirigir la conducta es la base del rasgo C (Turiano y col., 2012).

Respecto al cambio que produce el TM y recibir un tratamiento especializado para el mismo en O, podemos concluir que es el mantenimiento a largo plazo del TM el que parece estar más asociado a un cambio significativo en la dimensión O. De este modo, los sujetos que experimentan un TM a largo plazo parece que se hacen más sensibles a las diferentes experiencias de la vida, incluido a su propio mundo emocional. Este cambio (nivel de cambio II/III) en algunos sujetos puede ser valorado de manera positiva, principalmente en los sujetos con un TM menos incapacitante que acaba resolviéndose, y en otros casos, en los cuales el TM se cronifica y genera dificultades para mantener el funcionamiento diario puede acabar marcando y definiendo de manera negativa la identidad del individuo (Ej. “yo soy un esquizofrénico”). De este modo tal y como nos señalan Chapman y col. (2014), el cambio conductual puede acabar convirtiéndose en un hábito y a través de un proceso de abajorriba puede acabar modificando al rasgo de personalidad.

Con estos datos podemos concluir que el TM produce cambios transitorios principalmente en N y en algunas facetas de C, y que por lo tanto, estos cambios dependen de la presencia y/o remisión clínica del TM. Para aquellos sujetos cuyo TM no remite completamente, algunos estudios sugieren que éste cambio en los rasgos de personalidad acaba cronificándose y generando relaciones patologizantes personalidad- psicopatología que amplían las secuelas que el TM produce en la capacidad funcional del individuo (Wiersman y col. 2011; Takahashy y col. 2013). Estas secuelas graves en el funcionamiento del individuo son valoradas por los peritos forenses a la hora de determinar el grado de discapacidad que genera el TM. Los profesionales de los diferentes Servicios Autonómicos de Valoración de la Discapacidad son los encargados de dictar el grado de discapacidad con objeto de proteger y defender los derechos de la persona que padece un TM. En algunos casos, al TM puede asociarse una “transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión orgánica”, donde no sólo se verá comprometido el funcionamiento de la personalidad sino claramente los rasgos de personalidad (OMS, 2010). En nuestro estudio no existía ningún sujeto con este

tipo de diagnóstico y tampoco controlamos el número de sujetos que presentaba algún tipo de incapacidad a consecuencia del TM. Según algunos estudios las dimensiones N y C son los rasgos de personalidad más asociados a la capacidad funcional de los sujetos (Lengel y col., 2016; Hengartner y col., 2020).

Nuestros datos confirman que el TM produce cambios en la valoración de la personalidad y muy particularmente en N. Ahora pasamos a analizar: *“¿qué condiciones clínicas o trastornos mentales producen mayores cambios en N?”*. Nuestras hipótesis de partida planteaban que la gravedad del TM se asociaría significativamente a un mayor cambio en las puntuaciones medias de las dimensiones de personalidad y que cuadros psicopatológicos de menor gravedad como pueden ser los trastornos adaptativos u otras categorías pertenecientes al código Z de la CIE 10, generarían menos cambio en las dimensiones de la personalidad. A este respecto, ambas hipótesis son rechazadas ya que el “CambioN” no se asocia significativamente a la mayor gravedad psicopatológica del TM, sino al cambio sintomatológico que presente el sujeto (“CambioISG”). Es decir, a mayor cambio sintomatológico con independencia del tipo de TM que presente el sujeto, mayor cambio en la dimensión N. No obstante, recordamos que las facetas que recoge N son: “Depresión”, “Ansiedad”, “Ansiedad Social”, “Vulnerabilidad”, “Hostilidad” e “Impulsividad”, y por lo tanto, a mayor cambio en este tipo de sintomatología mayor cambio en N. Estos datos son consistentes con los encontrados por la mayoría de las investigaciones revisadas que señalan la alta volatibilidad de N a la sintomatología y muy especialmente a la sintomatología ansioso-depresiva (Wilberg y col., 2009). Por grupos diagnósticos encontramos que el grupo con TH presenta significativamente más “CambioN” que el grupo TP, y el grupo TA presenta significativamente más “CambioN” que el grupo TE y TP. Este hallazgo también es consistente con la literatura que sostiene que N se asocia de manera significativa con los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, y por lo tanto, es más voluble a este tipo de patología (Rosellini y Brown, 2011).

A continuación, respondemos al siguiente interrogante: *“¿existen diferencias entre los sujetos que presentan una remisión completa de su TM y los sujetos que no presentan una remisión completa?”* En caso afirmativo: *¿cuáles son estas diferencias?”* Nuestra hipótesis de partida era que los sujetos que alcanzaran una remisión completa de su TM presentarían cuadros diagnósticos de menos años de evolución y menor gravedad clínica. También que

estos sujetos obtendrían puntuaciones medias en N inferiores y en E superiores a las del grupo que no mostrara una RC de su TM. No esperábamos encontrar diferencias significativas para las variables sociodemográficas. Esta hipótesis ha sido confirmada y los datos obtenidos en este apartado amplían los hallazgos que esperábamos encontrar. Pasamos a comentarlos con mayor detalle:

A nivel de las características sociodemográficas no se objetivan diferencias entre ambos grupos.

A nivel de características clínicas nuestros datos confirman que el grupo que se muestra una remisión completa de su TM tras un periodo máximo de 6 meses de tratamiento especializado, presenta cuadros psicopatológicos de menor gravedad clínica (menor ICG y menor ISG), con menos años de evolución (M= 4,4), con menor comorbilidad psíquica y física, y con un menor número de ingresos psiquiátricos (M= 0,03). Señalar que entre estos grupos no existen diferencias en el tipo de TM, la comorbilidad con tóxicos, el número de IA actuales y la edad de contacto con la red de SM. Estos datos clínicos son consistentes con la mayoría de estudios en salud mental donde se demuestra que los cuadros psicopatológicos de menor gravedad clínica y con menos años de evolución, si son tratados adecuadamente muestran un buen pronóstico (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010).

Respecto a la condición y tipo de tratamiento, nuestros datos confirman las evidencias empíricas que sostienen que un alto porcentaje de los sujetos que presentan un trastorno mental de menor gravedad sintomatológica puede alcanzar la remisión clínica completa con un tratamiento ambulatorio de tipo psicológico (Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, 2015). Dentro del grupo que alcanza la recuperación completa de su TM, ningún sujeto ha precisado un ingreso en el HDA y existe un mayor número de sujetos que realiza exclusivamente tratamiento psicológico. Estos resultados confirman las evidencias científicas que avalan la alta efectividad de la intervención psicológica para el tratamiento de clínica ansioso - depresiva de gravedad leve y moderada (Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional Salud, 2015). De igual modo, nuestros datos encuentran que los sujetos con cuadros psicopatológicos más graves y de mayor duración precisan en su mayoría de tratamiento combinado y de servicios de tratamiento más intensivos que el ambulatorio, como son la hospitalización parcial y la hospitalización completa.

Nuestros datos confirman que tras 6 meses de tratamiento, ambos grupos presentan una reducción significativa en la sintomatología de su TM, siendo el cambio medio sintomatológico significativamente superior para el grupo que se recupera completamente de su TM (“CambioISG”: $M = -0,73$ versus $M = -0,41$). La mayor reducción de sintomatología se produce entre el primer y el tercer mes de tratamiento. El cambio medio de sintomatología que se objetiva entre el tercer y el sexto mes de tratamiento no resulta significativo. Estos datos confirman los hallazgos referentes a la mayor efectividad de la farmacoterapia y de la psicoterapia en la reducción de síntomas durante los primeros meses del tratamiento (Howard, Krause, y Orlinsky, 1986). Tal como señala el estudio de Echeburúa, Corral y Salaberría (2010), la efectividad de las terapias psicológicas basadas en la evidencia empírica determina que el mayor grado de mejoría sintomatológica se produce durante las primeras 8 sesiones, y que entre 8 y 24 sesiones de terapia, se produce un 70% de la mejoría sintomatológica en función de los cuadros clínicos. Según los autores, alargar la terapia más allá de 24 sesiones aumenta muy poco el porcentaje de mejoría. Todos estos datos apoyan las evidencias científicas que avalan la necesidad de facilitar la accesibilidad de los tratamientos especializados en Salud Mental (SM), ya que el acceso temprano a un tratamiento especializado en salud mental mejora el pronóstico del TM y reduce la probabilidad de cronificación del mismo en el tiempo (Guía de Práctica Clínica del SNS, 2015). Desde el 1990, la Organización Mundial de la Salud apuesta por mejorar la accesibilidad al tratamiento psicológico dentro del sistema nacional de salud como una de las herramientas principales a la hora de reducir la morbilidad y los costes económicos asociados a los TM. No obstante, el acceso al tratamiento psicológico especializado dentro del Sistema Nacional de Salud Español es todavía hoy bastante limitado (Prado, Sánchez e Inchausti, 2017). En el momento actual, las listas de espera para acceder a la primera consulta de salud mental oscila entre una media de 2 a 4 meses de espera en función de las distintas comunidades autónomas.

Respecto a las tasas de remisión del TM que obtenemos en nuestro estudio: el 78 % de los sujetos presenta mejoría clínica en el *tiempo 3* (43 % de los sujetos muestra una RC y el 35 % una recuperación parcial) y el 22 % presenta igual estado clínico que el *tiempo 1*. Que no hayamos capturado ningún caso con empeoramiento clínico no quiere decir que no los haya, pudiendo ser este tipo de condición un motivo de abandono del estudio y/o tratamiento. Según la literatura, el porcentaje de sujetos que alcanza la mejoría clínica con psicoterapia es

alrededor del 60 % de los casos y entre un 5 y un 10% empeoran durante el tratamiento (Lambert, 2013).

A nivel de personalidad encontramos que los sujetos que presentan una remisión completa de su TM presentan significativamente menores puntuaciones medias en N y mayores puntuaciones medias en E, que los sujetos cuyo TM no remite de manera completa. Estos datos son consistentes con estudios previos que encuentran que los sujetos que responden mejor al tratamiento especializado presentan menores puntuaciones en N y mayores puntuaciones en E, que los sujetos que no responden favorablemente al tratamiento (Bagby y col., 1995; Takahashy y col., 2013 y Roberts y col., 2017). También existen estudios que asocian el alto N y la baja E con cuadros psicopatológicos más graves y cronificados en el tiempo, y por lo tanto, de peor evolución clínica (Widiger y Trull, 1992; Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005; Rosellini y Brown, 2011). A nuestro parecer, estos hallazgos resultan congruentes y apoyan la hipótesis relacional de que los rasgos de personalidad no sólo están implicados en la vulnerabilidad o resistencia que presenta el sujeto al TM (modelo de predisposición), sino también en la capacidad que tiene el individuo para afrontar el TM y beneficiarse de un tratamiento especializado. De este modo, la personalidad también se ve implicada en el pronóstico y curso del TM (modelo de patoplastia).

A nivel de cambio en las dimensiones de personalidad, nuestros datos avalan que los sujetos que alcanzan una remisión completa de su TM presentan mayor cambio medio en las dimensiones N y C. Mientras que el “CambioN” para el primer grupo es de -6,68 puntos, para el segundo grupo es de -2,68 puntos, y en el caso del “CambioC”, el cambio es de 2,43 puntos para el primer grupo y - 0,94 puntos para el segundo grupo. Estos datos vienen a confirmar que tras 6 meses de tratamiento especializado ambos grupos muestran una reducción de sus puntuaciones en N, y que el cambio en N está asociado al cambio autoinformado a nivel sintomatológico (Widiger y Trull, 1992; Wilberg y col., 2009). En el caso de C, ambos grupos cambian en sus puntuaciones medias pero en una dirección inversa. Mientras que el primer grupo sufre un aumento en el valor medio de C, el segundo grupo sufre una disminución. Este dato podría estar indicando que el mantenimiento del TM a largo plazo genera un descenso en la puntuación media de C y más concretamente en las dimensiones que presentan menor estabilidad absoluta (“Competencia” y “Autodisciplina”). Esta tendencia de cambio invertido en C en función de si la remisión del TM es parcial y/o

completa, no se observa para el resto de las dimensiones de personalidad donde la tendencia de cambio va en la misma dirección. Este último hallazgo a nuestro parecer resulta muy interesante ya que es indicativo de que el mantenimiento en el tiempo del TM de modo subagudo sigue generando una tendencia decreciente en C. Tal y como señala el estudio de Depue y Lenzenweger (2001), la dimensión C parece tener un efecto modulador y diferencial sobre el resto de dimensiones de personalidad todavía hoy desconocido.

Finalizamos nuestra discusión resolviendo la siguiente cuestión: “¿se pueden predecir las puntuaciones que obtendrán los sujetos en los rasgos de personalidad a nivel longitudinal a partir de autovalores previos?” A este respecto, esperábamos encontrar modelos predictivos con un tamaño del efecto mínimo del 50 % para cada una de las dimensiones de la personalidad a partir de su autovalor previo. Esta hipótesis ha sido confirmada para todas las dimensiones de personalidad. Las dimensiones de personalidad más robustas son O y C, y las menos robustas N, E y A.

Según nuestros datos, los cinco rasgos de personalidad mantienen una relación lineal y positiva consigo mismos a lo largo del transcurso del TM. Los análisis de regresión lineal simple resultan muy robustos para las cinco dimensiones de personalidad estimadas a nivel longitudinal en el *tiempo 2* y *tiempo 3*. A partir de la puntuación que un sujeto obtiene en el *tiempo 1*, se puede predecir con un 95 % de probabilidades de acierto la puntuación estimada que obtendrá en el *tiempo 2* (3 meses después) siguiendo el modelo de regresión lineal correspondiente para cada rasgo de personalidad. Esta misma estimación puede hacerse en el *tiempo 3* (6 meses después) a partir de los datos obtenidos en el *tiempo 2*. A continuación comentamos los hallazgos encontrados para cada dimensión:

En el caso de la dimensión N, encontramos que existe un 40% del cambio en N2 que no puede explicarse por la puntuación del sujeto en N1 y un 25% del cambio en N3 que no puede explicarse a partir de la puntuación del sujeto en N2. Este porcentaje de varianza total de la dimensión N que no es predicho por un autovalor previo depende de otras variables que nuestro estudio no alcanza a definir. No obstante, con nuestros datos si podemos concluir que parte de la varianza total no predicha en N por un autovalor previo, se puede explicar por la variable “CambioISG”. Según nuestros datos el “CambioISG” explicaría el 28 % del “CambioN”. Como venimos señalando a lo largo de toda la investigación y nuestros datos sugieren, la dimensión N se muestra más voluble a la sintomatología aguda del TM y por lo

tanto al “CambioISG”. Según nuestros datos, el mayor nivel de cambio en la sintomatología del TM se produce en la fase aguda (o de descompensación psicopatológica) y durante los 3 primeros meses del tratamiento especializado, posteriormente el cambio sintomatológico disminuye y por lo tanto, el valor de N se muestra más estable a nivel temporal. Mientras en el *tiempo 2*, el 60% de la varianza total de N2 se puede explicar por la puntuación del sujeto en N1, en el *tiempo 3*, el 75 % de la varianza en N3 se puede explicar por la puntuación obtenida por el sujeto en el *tiempo 2*. El análisis de los diagramas de dispersión de esta dimensión y los resultados previos sobre N, nos permiten concluir que la tendencia de N durante la realización de un tratamiento especializado en salud mental que aporta el 78 % de mejoría parcial o total al TM es significativamente decreciente. El mayor descenso en N y de todas sus facetas se produce durante los 3 primeros meses del tratamiento especializado ya que el cambio sintomatológico durante estos meses es significativamente superior al de los meses posteriores.

La dimensión E es, junto a la dimensión A, una de las dimensiones que peor podemos predecir durante la presencia y tratamiento del TM por un autovalor previo. Prácticamente el 50 % de la varianza explicativa de E2 y E3 no se pueden explicar por los valores previos que obtienen los sujetos en esta dimensión. Como objetivan nuestros datos, el porcentaje de varianza no explicada de E por un autovalor previo es similar en la fase aguda y en la fase de remisión clínica o estabilización del TM. Este dato confirma hallazgos previos que indican la buena estabilidad absoluta de E durante la presencia de un TM. El análisis de los diagramas de dispersión de esta dimensión y los resultados previos sobre E, nos permiten concluir que la tendencia de E durante la presencia del TM y su tratamiento es ligeramente ascendente y no alcanza la significatividad.

Dentro de los cinco rasgos de personalidad la dimensión O, es con diferencia la dimensión que mayor poder predictivo tiene sobre sí misma durante la presencia y el tratamiento del TM. El 80 % de la varianza explicativa de esta dimensión depende de un autovalor previo. Con nuestro estudio no aportamos datos sobre las variables que pueden explicar el 20% restante del valor obtenido por el sujeto en esta dimensión a nivel longitudinal. Como señalan nuestros datos, el porcentaje de varianza no explicada de O por un autovalor previo es similar en la fase aguda y en la fase de remisión clínica o estabilización del TM. El análisis de los diagramas de dispersión de esta dimensión y los

resultados previos sobre O, nos permiten concluir que la tendencia de O durante la presencia y tratamiento del TM es ligeramente ascendente hacia la significatividad sin alcanzar la misma. En el caso de los sujetos que no se recuperan completamente de su TM tras 6 meses de tratamiento especializado, se objetiva un cambio significativo al alza en la media de esta dimensión y de su faceta “Valores”. Es decir, la cronificación o estabilización del TM a largo plazo parece producir cambios significativos en la dimensión O.

Como hemos adelantado previamente la dimensión A es junto a la dimensión E, una de las dimensiones que peor podemos predecir durante la presencia y tratamiento de un TM por un autovalor previo. Prácticamente el 40 % de la varianza explicativa de A2 y el 50 % de A3 no se pueden explicar por los valores previos que obtienen los sujetos en esta dimensión. El análisis de los diagramas de dispersión de esta dimensión y los resultados previos sobre A, nos permiten concluir que la tendencia de A durante el tratamiento del TM es prácticamente inmodificable. Al comparar al grupo que presenta una RC de su TM con el que no presenta una RC, observamos que mientras el primer grupo presenta un aumento ligero en la media de A, el segundo grupo un descenso ligero. En ningún caso estos cambios son significativos.

Y para finalizar, en el caso de la dimensión C prácticamente el 70% de la varianza explicativa de C2 y C3 se puede estimar a partir de un autovalor previo. Nuestro estudio no aporta datos que nos permitan explicar el 30% restante de la varianza total de esta dimensión. El análisis de los diagramas de dispersión de esta dimensión y los resultados previos sobre C, nos permiten concluir que la tendencia de C durante los 6 meses de tratamiento del TM es ligeramente ascendente sin alcanzar la significatividad. No obstante sabemos que los sujetos que presentan una RC de su TM obtienen mayor cambio medio en esta dimensión que los sujetos que no se RC de su TM y que este cambio se produce en sentido inverso. Los sujetos que presentan una RC de su TM presentan una tendencia ascendente en C que acaba siendo significativa para “Competencia” y “Autodisciplina”, y los sujetos que no se RC de su TM presentan un descenso ligero en esta dimensión que no alcanza la significatividad.

Integrando todos los resultados que hemos obtenido en este apartado concluir que la tendencia de cambio de los cinco rasgos de personalidad durante 6 meses de tratamiento de un TM para el global de la muestra, es la siguiente:

a) Durante los 3 primeros meses, se produce una disminución significativa en la puntuación media de N, y se aprecia una tendencia al alza de E y O. Respecto a los valores medios de C (y en menor medida de A) se objetiva una tendencia inversa en función de la presencia/ausencia de TM. En el caso de que se produzca una RC del TM en ambas dimensiones se aprecia un ligero incremento que acaba siendo significativo en las facetas Competencia (C1) y Autodisciplina (C6), y en el caso del grupo que no presenta una RC de su TM, en ambas dimensiones se aprecia un ligero descenso.

b) Del tercer al sexto mes de tratamiento, con la estabilización o remisión clínica, N sufre un descenso significativo (aunque en menor grado que del *tiempo 1* al *tiempo 2*), y E y O mantienen una ligera tendencia positiva. En el caso del grupo que no presenta una RC del TM, O aumenta de una manera significativa. Respecto a C (y en menor medida A), el grupo que presenta un RC de su TM presenta un ligero aumento y el que no se ha RC de su TM, un ligero descenso.

Estos datos son parcialmente consistentes con los encontrados por Roberts, Briley, Chow, Su y Hill (2017), donde encuentran que el tratamiento clínico del TM genera un descenso de N y un aumento de E. En nuestro caso sólo encontramos un descenso significativo en la dimensión N para toda la muestra y un aumento significativo de la dimensión O para el grupo cuyo TM no remite de un modo completo.

Antes de pasar a discutir las limitaciones de este estudio y las líneas de investigación futuras nos gustaría responder al siguiente interrogante: Tras analizar detalladamente los sujetos atípicos de los diagramas de dispersión simple encontramos que existen dos perfiles de sujetos atípicos con características asociadas al buen y al mal pronóstico en salud mental. La personalidad de estos sujetos se ve afectada de manera diferencial por la presencia y tratamiento del TM. Los perfiles de sujetos encontrados son los siguientes:

1. *Perfil de sujetos con características asociadas al buen pronóstico*: sujetos jóvenes, con estudios universitarios, que presentan un trastorno adaptativo leve-moderado sin comorbilidad física y/o psíquica, y que en 3 meses de tratamiento se han recuperado completamente de su TM. Estas características personales y clínicas se han asociado significativamente al buen pronóstico en salud mental (OMS, 2013). Los cambios en los rasgos de personalidad que produce la presencia y tratamiento del TM en estos sujetos, no

son adecuadamente predichos siguiendo las rectas de regresión estimadas para el resto de la muestra. A este respecto encontramos:

a) Las predicciones estimadas en el *tiempo 2* para N2 y E2, a partir de autovalores N1 y E1, son erróneas. Como hemos señalado previamente N y E son dimensiones muy asociadas a la resiliencia y al buen pronóstico en salud mental, y por lo tanto es esperable que estos sujetos presenten valores y cambios superiores al resto de la muestra en estas dimensiones principalmente en el *tiempo 2*, y no tanto en el *tiempo 3* donde estos rasgos permanecerían más estables. Como señala nuestro estudio, para los sujetos con cuadros psicopatológicos menores el grado de cambio psicopatológico se produce principalmente del *tiempo 1* al *tiempo 2*.

b) Las predicciones estimadas en el *tiempo 3* para A3 y C3, a partir de autovalores A2 y C2, son erróneas para este tipo de sujetos. Las predicciones realizadas para la mayoría de la muestra, en las cuales se observa una tendencia casi inmutable para estas dimensiones en el *tiempo 3*, no parecen cumplirse para estos sujetos que presentan una recuperación temprana y completa de su TM. Es esperable que estos sujetos al recuperarse completamente de su TM en el *tiempo 2*, presenten un aumento progresivo de A y C, y que este aumento progresivo se haga más manifiesto en el *tiempo 3*. En resto de sujetos no sufrirán tantos cambios en estas dimensiones o incluso verán disminuidos sus valores medios en estas dimensiones al experimentar una cronificación de su TM.

2. *Perfil de sujetos con características asociadas al mal pronóstico en SM*: perfil de sujetos adultos mayores (M=41) con cuadros psicopatológicos moderados-graves (65 % diagnosticados de TP), con alta comorbilidad física y psíquica, y que el 75% ha requerido de un ingreso en HDA y/o varios ingresos hospitalarios completos. Este perfil de sujetos presenta trastornos mentales y características clínicas asociadas al mal pronóstico en salud mental (OMS, 2013). Además también encontramos en estos sujetos un perfil de personalidad caracterizado por alto N, baja E, baja O, baja C y baja A. Este perfil de personalidad es el descrito por la literatura como perfil de personalidad vulnerable al TM (Thorsteinsson y Schutte, 2005). Los cambios en los rasgos de personalidad que produce la presencia y tratamiento del TM en estos sujetos, no se predicen adecuadamente siguiendo los modelos del regresión simple utilizados para el resto de la muestra. A este respecto encontramos:

a) Las predicciones estimadas en el *tiempo 2* para A2 y C2, a partir de autovalores A1 y C1, son erróneas. Es posible que estos sujetos muestren puntuaciones medias en A y C inferiores a las del resto de la muestra y que el cambio de estas dimensiones en el *tiempo 2* sea superior al del resto de la muestra.

A modo de resumen podemos concluir que las predicciones generales de cambio estimado para los rasgos de personalidad durante el tratamiento del TM en el caso *de los sujetos con características de buen pronóstico*, no son adecuadas para N y E en el *tiempo 2*, y para A y C en el *tiempo 3*. Este error de predicción parece observarse de un modo invertido para el *perfil de sujetos con características clínicas asociadas al mal pronóstico*. En el *tiempo 2*, las dimensiones A y C no son adecuadamente predichas, y en el *tiempo 3* se aprecia algún dato que apunta hacia las dimensiones N y E. Este error de predicción de cambio invertido en los rasgos de personalidad nos lleva a hipotetizar que existe una mayor implicación de N y E en la fase inicial de la patología (o en los cuadros psicopatológicos más leves) y de A y C en la fase de mantenimiento de la patología (o en los cuadros psicopatológicos más graves). Por lo tanto podemos hipotetizar que estas dimensiones están implicadas de modo diferente en el inicio y mantenimiento del TM.

Limitaciones más importantes de nuestra investigación. Las limitaciones más importantes de nuestra investigación son:

1. La falta de especificidad diagnóstica ha generado un sesgo relevante en el análisis diferencial de personalidad por grupos diagnósticos, difuminándose así la posibilidad de encontrar mayor número de hallazgos a este respecto. Nuestra muestra presenta un alto porcentaje de cuadros diagnósticos con síntomas mixtos asioso-depresivos y una baja frecuencia de cuadros propios de la clínica externalizante.
2. El corto intervalo longitudinal de seguimiento de la muestra (6 meses) ha quedado limitado en el tiempo a la hora de valorar: a) si la muestra que alcanza la recuperación completa en un intervalo máximo de 6 meses mantiene la mejoría alcanzada o sufre una recaída clínica, y b) si con más tiempo de tratamiento el número de sujetos que alcanza la mejoría completa del TM se ve incrementado. El mayor seguimiento longitudinal del cambio psicopatológico que presentan los pacientes nos hubiera

permitido realizar un análisis más detallado de los posibles cambios que sufren las dimensiones de personalidad en función de la psicopatología y su tratamiento.

3. Como hemos señalado previamente, en nuestro estudio no hemos identificado ningún sujeto que durante el tratamiento haya manifestado empeoramiento clínico. Este hecho no quiere decir que no los haya, y consideramos que es altamente probable que se encuentren dentro de los sujetos que componen la pérdida muestral. No obstante, este motivo de abandono del estudio no ha sido analizado con detalle.
4. Otra limitación importante de nuestro estudio ha sido la falta de concreción y de sistematización en el tipo de tratamiento que han realizado los sujetos, así como de variables asociadas al curso pronóstico del TM, como son la adherencia al tratamiento, la frecuencia de visitas... Esta falta de sistematización metodológica no nos ha permitido realizar análisis estadísticos fiables respecto a los tratamientos realizados.
5. El hecho de no disponer de un grupo control de sujetos con TM que no realizan tratamiento no nos ha permitido diferenciar si los cambios que se producen a nivel de los rasgos de la personalidad y del TM son propios del tratamiento y/o de la posible remisión natural del TM. El efecto confusional a este nivel es alto.
6. Para este tipo de investigación consideramos que el tamaño de la muestra es pequeño. La baja potencia estadística de nuestros datos nos ha limitado el análisis comparativo por grupos diagnósticos y valorar si la pérdida muestral podía estar relacionada con variables sociodemográficas y/o clínicas.
7. Otra limitación importante de nuestro estudio y de la mayoría de estudios que se realizan en el ámbito de la personalidad, es no disponer de datos que nos informen sobre la personalidad premórbida del individuo. Al no conocer la personalidad premórbida del individuo no podemos concretar el grado de modificación y la posible reversibilidad que se asocia a la presencia del TM.

Líneas de investigación futuras. Como líneas de investigación futuras nos parece primordial desarrollar estudios internacionales prospectivos que valoren de una manera temprana del temperamento infantil y variables psicológicas relacionadas con la

salud/enfermedad mental. Estos estudios nos permitirían conocer la personalidad premórbida de los sujetos antes de la aparición de la patología mental, así como analizar más de cerca variables psíquicas de la primera infancia asociadas a la salud y a la patología mental. A su vez, centrándonos en muestras clínicas, nos parece relevante poder realizar seguimientos a largo plazo de amplias muestras en salud mental con grupo control, que incluyan una alta especificidad diagnóstica y una alta sistematización de los tratamientos especializados que se realizan. Estos estudios permitirán valorar de una manera más certera el efecto del tratamiento en la psicopatología y en los rasgos de personalidad, así como determinar en función de las características de personalidad de cada sujeto qué tratamientos pueden resultar más efectivos. Con nuestros resultados nos planteamos que la duración y la gravedad del TM afecta de modo diferencial a la personalidad y sus cinco dimensiones de personalidad. No planteamos que las dimensiones N y E parecen estar más implicadas en la fase inicial del TM (y en cuadros psicopatológicos más breves) y que C y A parecieran estar más implicados en la fase de mantenimiento de la patología (y en cuadros psicopatológicos más cronificados). No obstante, este planteamiento requiere de estudios científicos con mayor potencia estadística y más largos en el tiempo.

4. Conclusiones

Esta investigación surge del interés por conocer la relación que mantienen la personalidad y el TM. Un modelo comprensivo del ser humano a nuestro parecer debe enlazar el surgimiento y el mantenimiento del TM en un modelo de la personalidad que pueda explicar parcialmente el origen del TM, pronosticar su evolución, así como guiar las intervenciones más propicias para cada individuo. La alta comorbilidad existente entre el TM y los TP ha generado el surgimiento de múltiples modelos conceptuales que intentan dar una explicación plausible a la relación que mantienen personalidad, TM y TP. El comité científico encargado de elaborar la sección de los TP para el DSM-5, realizó un verdadero esfuerzo por romper con la brecha existente en las categorías diagnósticas entre el estudio de la personalidad normal, el TP y el TM. La aproximación híbrida del estudio de la personalidad y de los TP en el DSM-5, pese a no ser la propuesta inicial desarrollada por el comité encargado del estudio de los TP, se incorpora como una alternativa válida a los diagnósticos categoriales y plantea un análisis detallado del funcionamiento de la personalidad, así como de los rasgos de personalidad desadaptativos (Widiger, 2015). De este modo, el análisis de la personalidad que propone el DSM-5 tiene en cuenta diferentes niveles de análisis de la personalidad, desde niveles más idiosincrásicos y susceptibles al cambio como son los que se valoran en el nivel de funcionamiento de la personalidad, y niveles más nomotéticos e inmodificables como son los rasgos de personalidad. Esta primera propuesta dimensional del estudio de la personalidad supone un importante avance en el entendimiento conceptual de las diferencias individuales y de cómo la psicopatología sólo puede entenderse concatenada a la personalidad del ser humano (American Psychiatric Association, 2013).

Nuestra investigación se centra en estudiar cómo los cinco rasgos de personalidad del MCF se relacionan con el TM, y valorar si ambas entidades teóricas presentan independencia conceptual o se influyen de alguna manera. Más en concreto, nos interesa conocer la estabilidad versus cambio de la valoración de la personalidad ante el TM. Además durante nuestro estudio también hemos analizado si existen diferencias en personalidad en función del tipo de TM, en función del género del sujeto y/o en función del grado de recuperación del TM que presentan los sujetos. En este sentido, nuestros datos aportan las siguientes conclusiones:

1) *Existe un perfil de personalidad que se asocia significativamente al TM y que de alguna manera parece influir en el pronóstico del mismo.* Este perfil de personalidad vulnerable a la patología mental se singulariza por la presencia de puntuaciones altas en N, bajas en E y bajas en C. Los individuos que presentan este perfil de personalidad se caracterizan por experimentar mayor nivel de emociones negativas, menor nivel de emociones positivas y poseer menor persistencia en la consecución de sus objetivos. Tal y como señalan Moral, Fínez y Fernández-Abascal (2017), este perfil de personalidad es el opuesto al encontrado en el perfil de personalidad denominado resiliente (bajo N, alto E y alto C). A mayor apuntamiento en el “*perfil de personalidad vulnerable*” mayor probabilidad de presentar mayor grado de psicopatología y de que no se alcance la recuperación completa del TM.

2) *Los cinco rasgos de personalidad presentan una adecuada estabilidad relativa y las dimensiones E, O, A y C, presentan una adecuada estabilidad absoluta frente a la psicopatología y su tratamiento.* La dimensión N es altamente voluble a la psicopatología y el cambio de N, puede explicarse a partir del cambio en el Índice de General de Sintomatología (ISG) que presentan los sujetos. Las facetas de N más volubles a la psicopatología son: “Depresión”, “Ansiedad” y “Vulnerabilidad”. En este momento, el valor de N como rasgo de personalidad presenta un alto cuestionamiento al incluir muchas facetas de estado psicopatológico y verse altamente afectado por los cuadros asioso-depresivos, y principalmente por la depresión. Esto conlleva que algunos autores lo propongan como una manifestación subclínica o prodrómica de la depresión (Angst, Sellaro, Merikangas, 2000).

3) *Según nuestros datos, el TM produce un efecto amplificador transitorio de la dimensión N y de todas sus facetas, y una tendencia a la baja en la puntuación de C, que es significativa para las facetas “Autodisciplina” y “Competencia”.* Los sujetos que muestran una remisión completa de su TM, presentarán mayor cambio medio en N y en C que los sujetos cuyo TM no remite completamente. Mientras que los sujetos que muestran una remisión completa de su TM aumentan su puntuación media en C, los sujetos cuyo TM se mantiene tras 6 meses de tratamiento disminuyen su puntuación media en C y la aumentan de modo significativo en O.

4) *Nuestro estudio encuentra que en el momento de la descompensación psicopatológica, los sujetos que presentan un TA obtienen puntuaciones medias en C*

superiores al grupo que presenta un TH. También que el grupo de TA presenta mayor Competencia (C1) y Autodisciplina (C6) al grupo TP. Estas diferencias en personalidad se diluyen en las valoraciones longitudinales. Estos datos son consistentes con los estudios que avalan la tendencia de las personas más responsables y perfeccionistas a sufrir de clínica ansiosa, y del efecto negativo que produce la depresión sobre la dimensión C y sobre la funcionalidad del individuo (Takahashy y col. 2013).

5) *La clínica ansioso - depresiva es la sintomatología más prevalente en nuestra muestra y la que mayor demanda genera a nivel asistencial.* Las categorías diagnósticas más prevalentes en nuestra muestra son el TA y TH, con una media de 9 años de evolución y una ICG leve-moderada para el 85% de los casos. En el caso de los sujetos que se encuentran en la condición HDA, las categorías diagnósticas más prevalentes son el TH y TP, con una media de 15 años de evolución y una ICG moderada para el 84% de los casos.

6) *El género mujer es el más prevalente en nuestra investigación y las mujeres de nuestra muestra presentan mayores puntuaciones medias en Asertividad y Tendencia al Logro y menores en Fantasía que los hombres.* Al igual que en la mayoría de los estudios epidemiológicos revisados donde se valora el género más prevalente en muestras clínicas, las mujeres son el sexo más representativo en nuestra muestra. Las diferencias de personalidad intergénero que encontramos en nuestra investigación son inconsistentes con la mayoría de los hallazgos científicos y desconfirman el estereotipo de género que sostiene que las mujeres tienden a ser más sumisas e inestables que los hombres. Nuestros datos no encuentran diferencias en el tipo de patología que presentan ambos géneros.

7) *Nuestros datos apoyan las evidencias científicas que sostienen que los cuadros psicopatológicos más leves y de menos años de evolución presentan mejor pronóstico que sus contrarios.* Nuestros datos avalan que los especialistas tienden a optar por los tratamientos combinados en los cuadros psicopatológicos más graves y que este tipo de patologías requieren en mayor medida de la hospitalización parcial y/o total del sujeto. De igual modo, en el caso de los TM leves/moderados el uso de tratamiento psicológico es superior que en el TM grave. En este sentido queremos recordar que la accesibilidad al tratamiento psicológico en los centros donde se realizó el estudio era muy superior la accesibilidad que existe actualmente en el Sistema Nacional de Salud Español, donde la lista

de espera para acceder al tratamiento psicológico puede variar de 2 a 6 meses según comunidad autónoma.

8) *Nuestros datos confirman que el mayor cambio sintomatológico se produce durante los tres primeros meses del inicio y/o reajuste del tratamiento y que del tercer al sexto mes del tratamiento no se producen cambios significativos en la mejoría alcanzada.* Estos hallazgos resultan muy relevantes a la hora de establecer criterios de coste – beneficio de los tratamientos en salud mental.

9) *La puntuación longitudinal de los sujetos en sus rasgos de personalidad se puede estimar a partir de la puntuación obtenida por ese sujeto en el mismo rasgo de personalidad en un momento temporal anterior.* Las dimensiones de personalidad más robustas son O y R, y las menos robustas N, E y A.

10) *La tendencia media de cambio de los cinco rasgos de personalidad durante la presencia y tratamiento del TM para toda la muestra señala una disminución significativa en N y un ligero aumento en E, O y C. A permanece casi inmutable durante los 6 meses de tratamiento del TM.* Al analizar con más detalle estas tendencias de cambio en función de la presencia o ausencia de RC del TM encontramos: a) los sujetos que presentan una RC de su TM tras seis meses de tratamiento, presentan una reducción significativa de N y todas sus facetas, un aumento significativo en Competencia y Autodisciplina (facetas de C), y un ligero aumento en el resto de dimensiones de personalidad. b) Los sujetos que no presentan una RC de su TM tras 6 meses de tratamiento, presentan un descenso significativo en N y tres de sus facetas, un ligero aumento en E, un aumento significativo en O y ligero descenso en C y A durante el tratamiento.

11) *Todos los datos extraídos de nuestro estudio parecen converger en la hipótesis de que es la duración del TM la que afecta de manera diferencial a la patoplastia de la personalidad.* Es decir, los cambios de personalidad que se producen durante los primeros meses del TM (o los cambios de personalidad que produce un TM de duración breve), difieren cuantitativa y cualitativamente de los cambios de personalidad que se producen con el mantenimiento a largo plazo del TM (TM cronificado).

A nivel cuantitativo encontramos que en cuadros psicopatológicos breves se produce un mayor grado de cambio en las dimensiones de personalidad que el que se produce en

cuadros psicopatológicos de larga evolución. Esto puede asociarse parcialmente al grado de cambio psicopatológico, en general superior en los cuadros psicopatológicos breves. Las dimensiones más afectadas a este respecto son: N, C y O.

A nivel cualitativo, el tipo de cambio y la dirección de la tendencia de cambio de los rasgos de personalidad no es la misma según la duración del TM. Mientras que en el grupo que muestra una RC de su TM, se producen cambios significativos en N y C, en el grupo que no muestra RC de su TM se producen en N y O. Además durante los 6 meses del tratamiento del TM, la tendencia de cambio de las dimensiones de personalidad también es diferente. Mientras que las dimensiones N, E y O muestran la misma tendencia de cambio con independencia de la presencia-ausencia de la RC. C y A muestran una tendencia de cambio invertida ante la presencia – ausencia del TM.

Parar cerrar este apartado queremos realizar una pequeña integración de todas las conclusiones realizadas: a través de nuestra investigación hemos podido evidenciar que existe un perfil de personalidad que hace a los individuos más vulnerables al TM y que además, repercute en el pronóstico del mismo (*modelo relacional de predisposición y de patoplastia*). Los rasgos de personalidad presentan una buena estabilidad relativa y la relación que mantienen consigo mismos durante el TM es bastante robusta. Respecto a la estabilidad absoluta de los rasgos de personalidad, podemos decir que el TM genera una exacerbación transitoria en N y en todas sus facetas, así como un descenso en dos facetas de C: “Competencia” y “Autodisciplina”. Estas dos facetas están muy relacionadas con la capacidad volitiva de los individuos para dirigirse de una manera autónoma a la consecución objetivos y por lo tanto, muy implicadas en el grado de funcionalidad del sujeto. Este cambio transitorio en los rasgos de personalidad producido por el TM es reversible en función de la remisión del TM y por lo tanto apoya la hipótesis relacional “*del efecto exacerbación*” que produce el TM en la personalidad.

Nuestro estudio también encuentra que el nivel de cambio sintomatológico y el nivel de cambio de los rasgos de personalidad es inferior para los sujetos con cuadros psicopatológicos más cronificados en el tiempo, que para cuadros psicopatológicos más breves. Este dato apoya la hipótesis relacional que sostiene que el TM mantenido en el tiempo produce “*un efecto cicatriz*” en la personalidad de los individuos, haciéndolos más vulnerables a reexperimentar nuevos cuadros psicopatológicos (Hakulinen y col., 2015).

Además el dato indicativo de que la tendencia de cambio de las dimensiones A y C no se produce en la misma dirección en función de si la remisión del TM es completa o parcial, nos lleva a valorar el continuum temporal de cambio que produce el TM en la patoplastia de la personalidad. Es decir, el cambio en los rasgos de personalidad difiere cuantitativa y cualitativamente en función de la duración del TM.

Todos los datos extraídos de nuestra investigación nos llevan a confirmar la coexistencia explicativa de los diversos modelos relacionales personalidad – patología mental, así como a subrayar un poquito más si cabe la compleja relación que mantiene la personalidad y el TM. Pese a que algunos autores cuestionan el valor de N como rasgo de personalidad, la evidencia científica ha demostrado que la estabilidad temporal de los diagnósticos categoriales de TP es significativamente inferior a la de los rasgos de personalidad, y que el cambio en los rasgos de personalidad predice el cambio en la categoría de TP (Morey y col. 2007). La mayoría de los estudios actuales señalan que aunque la sintomatología propia del TP puede disminuir con el tiempo o con los tratamientos, como es el caso del TP Límite, los rasgos de personalidad asociados y la funcionalidad de la personalidad del sujeto mantiene una alta estabilidad temporal (Wright, Hopwood, y Zanarini, 2015). Tal y como se recoge en la sección III del DSM-5: “el funcionamiento de la personalidad del individuo y los rasgos patológicos de la misma, contribuyen de forma independiente a las decisiones clínicas sobre el grado de discapacidad, los riesgos autolíticos y de violencia, el tipo de tratamiento recomendado y el pronóstico de la patología que presenta el individuo” (American Psychiatric Association, 2013, p. 774). Por lo tanto, consideramos que nuestro estudio muestra un alto interés en el momento actual, en el cual resulta muy relevante valorar: “¿qué aspectos del TP son verdaderamente estables y qué aspectos son una exacerbación temporal de los rasgos de personalidad subyacentes?” (Zanarini y Frankenberg, 2007).

En cuanto a la aplicabilidad de este estudio nos gustaría comentar varios puntos:

1). A nivel comunitario y preventivo señalamos que la investigación en psicología evolutiva y de la personalidad nos aporta datos fidedignos sobre la estabilidad evolutiva de los perfiles de personalidad y sobre la existencia de dos tipos de temperamento infantil que se asocian a la vulnerabilidad psicológica. Estos temperamentos infantiles son: el temperamento

hipercontrolado y el temperamento hiperexcitado. Existen múltiples estudios evolutivos que señalan que los niños con temperamentos más extremos tendrán más dificultades en su desarrollo y que serán más propensos a experimentar malestar emocional, así como presentar un TM. Actualmente según la OMS del 10-20 % de la población infanto-juvenil presenta un TM. Un niño con características resilientes posee mayores recursos para adaptarse a un medio ambiente normalizado y un niño con características temperamentales extremas precisará de mayor soporte pudiendo desbordar a sus cuidadores y estos a su vez, reforzar sus rasgos temperamentales desadaptativos. De este modo, los rasgos desadaptativos acabarán autoperpetuándose y el riesgo de padecer un TM será mayor según el modelo de predisposición de la personalidad (Fonagy, 2006). Como bien hemos señalado durante todo el estudio, el modelo de los rasgos de personalidad es un modelo probabilístico y por lo tanto, los rasgos deben entenderse como “factores de riesgo” y no como “factores causales”. No obstante, tener en cuenta estos factores de riesgo e intervenir sobre ellos puede reducir la eclosión del TM a largo plazo. Por este motivo, consideramos que una estrategia del plan nacional de salud debería contemplar programas comunitarios de promoción de la salud mental infantil, así como familiar, y programas de prevención secundaria dirigidos principalmente a jóvenes y familias en riesgo. A nuestro parecer, estos programas podrían mejorar la salud mental de nuestros niños y adolescentes, y prevenir la eclosión del TM, reduciendo los costes a largo plazo en la red especializada en salud mental. Además, serían un buen medio para intentar modificar tendencias temperamentales que facilitan el establecimiento de conductas y relaciones disfuncionales que pueden acabar fijadas en la estructura de personalidad adulta a modo de TP.

2). En el ámbito clínico y forense, lo que los estudios recomiendan cuando el profesional tiene que realizar la tarea de diferenciar el estado psicopatológico de las disposiciones básicas de la personalidad del individuo, es explorar el funcionamiento de la personalidad del sujeto en un estado asintomático y/o incorporar el estudio de otras fuentes de información que puedan aportar más datos sobre el funcionamiento del sujeto en momentos previos a la eclosión del TM. No disponer de un estudio premórbido de la personalidad del sujeto antes de que aparezca el TM, dificulta extraer conclusiones fidedignas sobre los efectos que produce el TM en la personalidad del individuo, y a la inversa. A sí mismo, la exploración de la personalidad debe recoger: 1) aspectos cognitivos, 2) aspectos afectivos, 3)

el control de los impulsos y 4) las relaciones interpersonales. Los TP se manifiestan muy especialmente por el estilo de relaciones interpersonales que mantienen los sujetos que los padecen y por lo tanto, habrá que valorar los ejes Afiliación-Desapego y Dominancia-Sumisión (Fernández, 2015). Tal y como señala Skodol (2012), *“cuando el TM es crónico y no remite completamente en el tiempo, la diferenciación entre el funcionamiento de la personalidad y el TM resulta muy artificial”*. A nuestro parecer el estudio del funcionamiento de la personalidad y de sus rasgos, permiten obtener de una manera transversal un perfil de personalidad orientativo aunque no definitivo que ofrece al clínico información muy útil a la hora de planificar las intervenciones y valorar el pronóstico del caso. En este sentido, sólo estudios longitudinales que puedan analizar el desarrollo y mantenimiento de los perfiles de personalidad desde edades tempranas, así como recoger la eclosión de la patología mental a lo largo del desarrollo evolutivo, permitirán acercándonos de una manera más certera a la compleja relación que mantienen la personalidad, su patología y el TM.

Fdo: Beatriz Gutiérrez López

III.REFERENCIAS

- Allan, J. A., Leeson, P., y Martin, L. S. (2014). Who wants to change their personality and what do they want to change? *International Coaching Psychology Review*, 9, 6–19.
- Andrés Pueyo, A. (2003). La nueva psicología de la personalidad. Congreso Nacional de Psicología de la SEIDI: Barcelona.
- Angst, J., Sellaro, R., y Merikangas, K. R. (2000). Depressive spectrum diagnoses. *Compenden PsyChiatry*, 41 (2), 39-47.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Barcelona: Masson.
- Bagby, R. M., Quilty, L. C., Segal, Z. V., McBride, C. C., Kennedy, S. H., y Costa, P. T. (2008). Personality and differential treatment response in major depression: a randomized controlled trial comparing cognitive-behavioural therapy and pharmacotherapy. *Canadian Journal PsyChiatry*, 53, 361–70.
- Bagby, R. M., Joffe, R. T., Parker, J. D. A., Kalembe, V., y Harkness, K. L. (1995). Major depression and the Five-Factor model of personality. *Journal Personality Disorder*, 9, 224–234.
- Beauchamp, M.C., Lecomte, T., Lecomte, C., Leclerc, C., y Corbiere, M. (2006). Do people with a first episode of psychosis differ in personality profiles? *Schizophrenia Research*, 85, 162–167.
- Boyette, L.L., Nederlof, J., Meijer, C., de Boer, F., y de Haan, L. (2015). Three year stability of Five-Factor Model personality traits in relation to changes in symptom levels in patients with schizophrenia or related disorders. *PsyChiatry Research*, (1-2): 539-44.
- Bouchard, T. J., y Loehlin, J. C. (2001). Genes, evolution, and personality. *Behavior Genetics*, 31, 243–273.
- Bienvenu, O. J., y Brandes, M. B. (2005). The interface of personality traits and anxiety disorders. *Primary PsyChiatry*, 12, 35-39.
- Bienvenu, O. J., Nestadt, G. M. B., Samuels, J. F., Howard, W. T., y Eaton, W. (2001). Phobic, panic, and major depressive disorders and the five-factor model of personality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 154- 161.

- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W., y Nestadt, G. M. B. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-Factor model of personality: a higher-and-lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and Anxiety, 20*, 92-97.
- Bouchard, T. J., y McGue, M. (2003). Genetic and Environmental Influences on Human Psychological Differences. *Wiley InterScience, 54*, 4-45.
- Buss, A. H. y Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality development*. (New York: Wiley)
- Caspi, A. (2000). The Child is father of the man: Personality continuities from Childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 158-172.
- Caspi, A., y Roberts, B. W. (2001). Personality Development Across the Life Course: The Argument for Change and Continuity. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory, 12*, 49-66.
- Caspi, A., Roberts, B. W., y Shiner, R. L. (2005). Personality development: stability and change. *Annual Review of Psychology, 56*, 453-84.
- Carter, J. A., Herbst, J. H., Stoller, K. B., King, V. L., Kidorf, M. S., Costa, P. T., y Brooner, R. K. (2001). Short-term stability of NEO-PI-R personality trait scores in opioid-dependent outpatients. *Psychology of Addictive Behaviors, 15*, 255–260.
- Chapman, B. P., Hampson, S., y Clarkin, J. (2014). Personality-informed interventions for healthy aging: Conclusions from a National Institute on Aging work group. *Developmental Psychology, 50*, 1426–1441.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology, 58*, 227-257.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., Herbst, J. H., McCrae, R. R., y Siegler, I. C. (2000) . Personality at midlife: Stability, intrinsic maturation, and response to life events. *Journal of Affective Disorders, 7*, 365–378.
- Costa, P. T., Michael, B., Herbst, J. H., y McCrae, R. R. (2005). Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of Affective Disorders, 89*, 45–55.

- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., y Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943–1957.
- De Fruyt, F. M., De Clercq, B. J., van de Wiele, L., y Van Heeringen K. (2006). The validity of Cloninger's psychobiological model versus the five-factor model to predict DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: domain facet and residualized facet descriptions. *Journal Personality*, 74 (2), 479-510.
- De Fruyt, F., Van Leeuwen, K., Bagby, R. M., Rolland, J. P., y Rouillon, F. (2006). Assessing and interpreting personality change and continuity in patients treated for major depression. *Psychological Assessment*, 18, 71–80.
- Depue, R. A., y Lezenweger, F. (2010). A neurobehavioural dimensional model. In Livesley (Ed), *Handbook of PD* (pp. 137-176). New York: Guildford Press.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist 90 Revised*. Minnesota: NCS Pearson 1994. Adaptación española de González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez, M., Rodríguez, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ebec, E., y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de personalidad en el DSM-5. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (1), 1- 11.
- Ebec, E., y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32 (3), 255- 264.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 325-340.
- Echeburua, E., Corral, C., y Salabedra, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Psicopatología y Psicología Clínica* , 15 (2), 85-99.
- Fanous, A. H., Neale, M. C., Aggen, S. H., y Kendler, K. S. (2007). A longitudinal study of personality and major depression in a population-based sample of male twins. *Psychological Medicine*, 37, 1163–1172.
- Ferguson, C. J. (2010). Meta-Analysis of Normal and Disordered Personality Across the Life. *Span Journal of personality and social psychology*, 98, 659 -667.
- Fernández, J. (2015). *Personalidad: exploración, diagnóstico y tratamiento*. Foro Gallego para el estudio de la personalidad: Docta Ediciones.

- García, J., Garrido, M., y Rodríguez, L. (1998). *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Gutiérrez, B., y Feixas, G. (2011). Personalidad y Trastornos de la conducta alimentaria (tesina). Departamento de la personalidad y la conducta. Barcelona: UB.
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., y Jokela, M. (2015). Personality and Depressive Symptoms: Individual-Participant Meta-Analysis of 10 Cohort Studies. *Depress Anxiety*, 32 (7), 461–470.
- Hengartner, M. P., y Yamanaka-Altenstein, M. (2017). Personality psychopathology and psychotherapy: a pre-specified analysis protocol for confirmatory research on personality-psychopathology associations in psychotherapy outpatients. *Front. Psychiatry*, 8 (9), 146-150
- Hengartner, M. P., von Wyl, A., Heiniger-Haldimann, B., y Yamanaka-Altenstein, M. (2020). Personality Traits and Psychopathology Over the Course of Six Months of Outpatient Psychotherapy: A Prospective Observational Study. *Front. Psychology*, 11, 174-179.
- Hennecke, M., Bleidorn, W., Denissen, J. J. A., y Wood, D. (2014). A three-part framework for selfregulated personality development across adulthood. *European Journal of Personality*, 28, 289– 299.
- Howard, K. I., Krause, M. S., y Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Hudson, N. W., & Roberts, B. W. (2014). Goals to change personality traits: Concurrent links between personality traits, daily behavior, and desires to change oneself. *Journal of Research in Personality*, 53, 68–83.
- Hudson, N. W., & Fraley, R. C. (2016b). Do people’s desires to change their personality traits vary with age? An examination of trait change goals across adulthood. *Social Psychological & Personality Science*, 7, 847– 856.
- Kadler, C., Bleidorn, W., Riemann, R., Spinath, F. M., Thiel, W., y Angleitner, A. (2010). Sources of cumulative continuity in personality: A longitudinal multiple-rater twin study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 995–1008.
- Karsten, J., Penninx, B.W., Riese, H., Ormel, J., Nolen, W. A., y Hartman, C. A. (2012). The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits. *Journal of Psychiatric Research*, 46, (5), 644-650.

- Kentros, M., Smith, T. E., Hull, J., McKee, M., Terkelsen, K., y Capalbo, C. (1997). Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: A pilot project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 549-555.
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., y Pedersen, N. L. (2006). Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 1113–1120.
- Klein, D. N., Kotov, R., y Bufferd, S.J. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence Annual. *Review of Clinical Psychology*, 7, 269-295.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. L., y Watson, D. (2010). Linking “Big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol. Bull*, 136, 768–821.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., et al. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal Abnormal. Psychology*, 126, 454–477.
- Krueger, R. F., y Tackett, J. L. (2003). Personality and psychopathology. *Journal of Personality Disorder*, 17 (2), 109-128.
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., y Silva, P. A. (1998). The structure and stability of common mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 216-227.
- Krueger, R. F., y Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111–133.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50, 42–51.
- Lengel, G. J., Helle, A. C., DeShong, H. L., Meyer, N. A., y Mullins-Sweatt, S. N. (2016). Translational applications of personality science for the conceptualization and treatment of psychopathology. *Clinical Psychology Science Practice*, 23, 288–308.
- Loehlin, J. (1992). Genes and environment in personality development. Newbury Park, CA, Sage.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., y Schutte, N. S. (2005). The relationship between the Five-Factor Model of Personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 27, 101-114.

- McAdams, D. P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7, 295-321.
- McAdams, D. P., y Pats, J. (2006). A New Big Five Fundamental Principles for an Integrative Science of Personality. *American Psychologist*, 61 (3), 204–217
- McAdams, D. P., y Olson, B. D. (2010). Personality development: Continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology*, 61, 51–56.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. En J. S. Wiggins (Ed.), *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 51—87). New York: Guilford Press.)
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. (En L. Pervin y O. P. John (Eds.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 139—153). New York: Guilford Press.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., del Pilar, G. H., Rollard, J. P., y Parker, W. D. (1998a). Crosscultural assessment of the five-factor model: The Revised NEO Personality Inventory. *Journal Cross Cult Psychol*, 29, 171–188.
- McCrae, R. R., Costa, P.T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Harcaron, M., Avia, M. D., Sanz, J., Sánchez-Bernardos, M. J., Kusdil, M. E., Woodfiel, R., Saunders, P. R., y Smith, P. B. (2000). Nature Over Nurture. Temperament, Personality, and Life Spand Development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (1), 173-186.
- Mervielde, B., De Clercq, F., De Fruyt, K., y Van Leeuwen. (2005). Temperamente, personality, and developmental psychopathology as Childhood antecedentes of personality disorders. *Journal of personality disorders*, 19 (2), 171-201
- Morey, L. C., Hopwood, C. J., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M. T., Yen, S., Stout, R. L., Zanarini, M. C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., y McGlashan, T. H. (2007).

- Comparison of alternative models for personality disorders. *Psychological Medicine*, 37, 983-994.
- Morey, J. C., y Hopwood, C. J. (2013). Stability and Change in Personality Disorders. *Annual review of clinical psychology*, 9 (1), 499-527.
- Moshe, 2010. Epigénesis. Conferencia magistral, congreso internacional de TLP, Berlín.
- Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A., Ansell, C. A., y Skodol, A. E. (2012). Comparison of alternative models for personality disorders, II: 6-, 8- and 10-year follow-up. *Psychological Medicine*, 42, 1705–1713.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra.
- Pérez, M. A., Martín, A., y Galán, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Journal Clinical Health Psychology*, 5, 99–114.
- Perna, G., BernardesChi, L., Caldirola, D., Garberi, A., Draisci, A., y Battaglia, M. (1992). Personality dimension in panic disorder: state versus trait issues. *New Trends Exp Clin PsyChiatry*, 11, 49-54.
- Piedmont, R. L., y CiarrocChi, J. W. (1999). The utility of the NEO-PI-R in an outpatient, drug rehabilitation context. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 213-226.
- Prochaska, J. O., y Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7th ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Quilty, L. C., Meusel, L. A., y Bagby, R. M. (2008b). Neuroticism as a mediator of treatment response to SSRIs in major depressive disorder. *Journal Affective Disorder*, 111, 67–73.
- Reich, J., Noyes, J.R., Coryell, W., y O’Gorman, T.W. (1986). The effect of state anxiety on personality measurement. *American Journal of PsyChiatry*, 143, 760-3.
- Renner, F., Brenda, W.J., Penninx, H., Peeters, H., Cuijpers, P., y Huibers, M.J. (2013). Two-year stability and change of neuroticism and extraversion in treated and untreated persons with depression: Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 150, 201–208.

- Rockville, M.D. (1996). Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council. *American Psychologist*, 51 (3), 181.
- Roberts, B. W., Wood, D., y Caspi, A. (2008). Personality development. In: John OP, Robins RW, Pervin LA, editors. *Handbook of personality: Theory and research*. (3ª Edición, pp.375-398). New York: Guilford Press.
- Roberts, B. W., y DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality from Childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126, 3–25.
- Roberts, B. W., Luo, J., Briley, D. A., Chow, P. I., Su, R., y Hill, P. L. (2017). A systematic review of personality trait change through intervention. *Psychological Bulletin*, 143 (2), 117–141.
- Romero, E. (2002). Investigación en Psicología de la Personalidad. *Boletín de Psicología*, 74, 39-77.
- Romero, E. (2005). ¿Qué unidades de análisis debemos utilizar? Las dos disciplinas de psicología de la personalidad. *Anales de Psicología*, 21 (2), 244-258.
- Rosellini, A. J., y Brown, T. A. (2011). The NEO five-factor inventory: latent structure and relationships with dimensions of anxiety and depressive disorders in a large clinical sample. *Assessment*, 18, 28-38.
- Rosenström, T., Jylhä, P., Pulkki-Râback, L., Holma, M., Raitakari, O.T., Isometsä, E., y Iltikangas-Järvinen, L. (2015). Long-term personality changes and predictive adaptive responses after depressive episodes. *Evolution and Human Behavior*, 36 (5), 337-344.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., y Schinka, J. A. (2008). Externalizing pathology and the five-factor model: A meta-analysis of personality traits associated with antisocial personality disorder, substance use disorder, and their co-occurrence. *Journal of Personality Disorders*, 22, 365–388.
- Samuel, D. B., Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., y Ball, S. A. (2013). Personality disorders as maladaptive, extreme variants of normal personality: Borderline personality disorder and neuroticism in a substance using sample. *Journal of personality disorders*, 27 (5), 625–635.A

- Samuel, D. B., Bucher, M. A., y Suzuki, T. (2018). Preliminary Probe of Personality Predicting Psychotherapy Outcomes: Perspectives from Therapists and Their Clients. *Psychopathology*, 51(2), 122-129.
- Sanchez, E., García, JM., Valverde, M., y Pérez, M. (2014). Enfermedad crónica: satisfacción vital y estilos de personalidad adaptativos. *Clínica y Salud*, 25, 85-93.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18 (3), 255-286.
- Santor, D.A., Bagdy, R. M., y Joffe, R. T. (1997). Evaluating Stability and Change in Personality and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (6), 1354-1362.
- Schuerger, J. M., Zarrella, K. L., y Hotz, A. S. (1989). *Factors that influence the temporal stability of personality by questionnaire*. *Journal Personality Social Psychology*, 56, 777-783.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., y Siever, L. J. (2002a). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Skodol, A. E. (2012). Diagnosis an DSM-5: Wok in progress. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 35-57) New York: Oxford University Press.
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in the DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 317-344.
- Shiner, R. L., y Caspi, A. (2003). Personality differences in Childhood and adolescents: measurement development and consequences. *Journal of Child Psychology and allied Disciplines*, 44 (1), 22-32.
- Siever, L. J., y Davis, K. J. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal Psychiatry*, 148, 1647-1658. 2.
- Sieradzki, A., Szechinski, M., y Malyszczak, K. (2017). The effects of short-term group psychodynamic psychotherapy on the personality traits of patients treated in a day ward. *Journal Group Psychother*, 51 (4), 633-646.

- Soskin, D. P., Carl, J. R., Alpert, J., y Fava, M. (2012). Antidepressant effects on emotional temperament: toward a biobehavioral research paradigm for major depressive disorder. *CNS Neuroscience Therapy*, 18, 441–451.
- Suso-Ribera, C., y Gallardo-Pujol, D. (2016). Personality and health in chronic pain: Have we failed to appreciate a relationship? *Personality and Individual Differences*, 96, 7-11.
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Whipple, J. L. y Kominiak, N. (2012). Practice recommendations for reducing premature termination in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 379–387.
- Tang, T. Z., De Rubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterda, J., Shelton, R., y Schalet, B. (2009). Personality changeduring depression treatment: a placebo-controlled trial. *ArChives General PsyChiatry*, 66, 1322–30.
- Terracciano, A., Costa, P. T., y McCrae, R. R. (2006). Personality plasticity after age 30. *Personal Soc Psychol Bull*, 32, 999 –1009.
- Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J., y Costa, P. T. (2008). Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC PsyChiatry*, 8, 121-134.
- Turiano, N. A., Pitzer, L., Armour, C., Karlamangla, A., Ryff, C. D., & Mroczek, D. K. (2012). Personality trait level and change as predictors of health outcomes: findings from a national study of americans (midus). *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67 (1), 4–12.
- Villuela, A. (2013). Personalidad, estabilidad y cambio (tesis doctoral). Universidad Jaime I, Valencia.
- Widiger, T. A., y Costa, P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 78-91.
- Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, W. J., y Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal Personality Disorder*, 19 (3), 315-338.
- Widiger, T., y Mullins-Sweatt, S.N. (2007). Five-Factor Model Assessment of Personality Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 89 (1), 16-29.
- Widiger, T. A., y Trull, T. J. (1992). Personality and psychopathology: An application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 60, 363–393.

- Widiger, T. A., y Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal Personality Disorder*, 19 (2), 110–130.
- Wiersman, J. E., van Oppen, P., van Schaik, D. J., van der Does, A. J., Beekman, A. T. (2011). Psychological characteristics of chronic depression: A longitudinal cohort study. *Journal Clinical PsyChiatry*, 72, 288–294.
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., Urnes, Ø., y Costa, P.T. (2009). Nineteen-Month Stability of Revised NEO Personality Inventory Domain and Facet Scores in Patients With Personality Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 197 (3),187-195.
- Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., y Zanarini, M. C. (2015). Associations between changes in normal personality traits and borderline personality disorder symptoms over 16 years. *Journal of Personality Disorders*, 6, 1– 11.
- Zanarini, M. C., y Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21, 518– 535.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., y Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *The American Journal of PsyChiatry*, 169, 476–485.

IV. ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

<p>Título de la investigación</p> <p>Personalidad durante y después de sufrir un trastorno mental</p>
<p>Investigador Principal: Beatriz Gutiérrez López (Psicóloga Clínica). Director del estudio: Ignacio Mata Pastor (Médico Psiquiatra).</p> <p>Lugar de realización: Hospital de Día I, Pamplona (Navarra).</p>

Propósito del estudio:

El propósito de este estudio es conocer si los sujetos que sufren un trastorno mental (depresión, ansiedad...), como es su caso, presentan una modificación en su personalidad durante y después de padecer el mismo. Nuestra personalidad determina parcialmente nuestra manera de pensar, actuar y sentir ante las diferentes circunstancias de la vida. Conocer cómo somos y valorar qué factores modifican nuestra personalidad resulta de gran interés para los especialistas en salud mental. En función de cómo es la personalidad y el trastorno mental que presenta un individuo, los especialistas determinan qué tratamiento psicológico y/o farmacológico puede resultar de mayor efectividad. En su caso, estos datos son de gran utilidad para su psiquiatra y/o psicólogo clínico, a la hora de valorar cómo es su personalidad y estado emocional actual, así como, determinar los posibles cambios psicológicos que va a experimentar a lo largo del tratamiento que recibe.

Explicación del estudio:

Si usted cumple los criterios para participar en este estudio, realizará de manera individualizada un protocolo consiste en la complementación de las siguientes escalas: 1) el cuestionario de síntomas SCL-90-R, 2) el cuestionario de personalidad NEO-PI-R, y 3) la escala de Inadaptación de Echeburúa. La duración aproximada de la administración de las escalas es entre una hora y media, y dos horas de ejecución. Además, su referente en salud mental también cumplimentará dos escalas adicionales que valoran su estado clínico en el momento actual, como son: 1) la escala de Impresión Clínica Global (ICG) y 2) la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Este protocolo de valoración psicométrica le será aplicado nuevamente a los 3 y 6 meses de haber iniciado su tratamiento. En el caso de haber sido dado de alta de nuestro servicio o ya no esté en el mismo, un evaluador del equipo se pondrá en contacto telefónico con usted para que pueda repetir las escalas clínicas.

Riesgos/beneficios:

La valoración al inicio, a los tres y seis meses de su estado psicológico, es un instrumento de utilidad diagnóstica que permitirá a su especialista conocer de manera más objetiva cómo evoluciona su cuadro mental.

Los resultados de este estudio serán de gran utilidad para entender y mejorar la efectividad de los tratamientos psicológicos y farmacológicos, que se realizan en salud mental.

No existe ningún tipo de riesgo adicional.

La participación en este estudio no garantiza un beneficio específico para su salud.

Confidencialidad:

La confidencialidad de los datos del estudio se realiza según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ni los nombres, ni cualquier otro dato que pueda llevar a la identificación de los pacientes o familiares sanos que participen en el estudio serán publicados en ninguno de los trabajos que se deriven de esta investigación. Todos los datos de la investigación se manejarán de forma anónima, identificados por un código alfanumérico. La relación de dicho código con su persona será custodiada por el investigador principal del estudio.

La investigación se atenderá a la ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica y seguirá los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de 2008.

Coste/compensación: no existe ningún coste por participar en este estudio. No recibirá compensación económica por participar en el estudio.

Alternativas a la participación: su participación en este estudio es completamente voluntaria.

Derecho al abandono del estudio: tiene derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin necesidad de dar explicación alguna sobre el motivo de hacerlo, y sin que ello suponga cambios en su tratamiento o cuidados recibidos por parte de su médico o psicólogo clínico.

Gracias por su colaboración,

Equipo Investigador

Personalidad durante y después de sufrir un trastorno mental

Yo,(nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio:

1) cuando quiera, 2) sin tener que dar explicaciones, y 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos o psicológicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: **sí no** (marque lo que proceda).

Acepto que los datos derivadas de este estudio puedan ser utilizados en futuras investigaciones relacionadas con ésta: **sí no** (marque lo que proceda).

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:	
Fecha:	

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado.

Firma del Investigador:	
Fecha:	

NOTA: Se harán tres copias del consentimiento informado: una será para el investigador principal, otra para el paciente y otra para la historia clínica.

ANEXO 2. CUADERNILLO DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN



CUADERNILLO DE RECOGIDA DE DATOS

Título de la investigación:

Personalidad durante y después de sufrir un trastorno mental.

PRIMERA EVALUACIÓN

Número de Historia Clínica:

Nombre y teléfono de contacto:

Centro de recogida de datos:

Fecha de recogida de datos: ___ / ___ / ___

Evaluador:

Observaciones:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___

Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

Estado civil:

1. Casado/-a o en pareja
2. Soltero/-a
3. Separado/-a o divorciado/-a
4. Viudo/-a

Núcleo de convivencia:

1. Solo
2. Pareja
3. Pareja e hijos
4. Con hijos
5. Con progenitores y hermanos
6. Sólo con hermanos
7. Familiares de segundo grado _____
8. Otros _____

Nivel educativo:

1. Sin escolarizar
2. Primarios incompletos
3. Primarios completos
4. F. Profesional
5. Bachillerato
6. Medios
7. Universitarios
8. Otros _____

Situación laboral:

1. Activo/-a
2. Desempleado

3. Pensionista
4. Jubilado/-a
5. Estudiante
6. Ama de casa
7. Otros _____

VARIABLES CLÍNICAS

Trastorno psiquiátrico (diagnóstico principal). Especificar: F.....

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. F.31. T. Bipolar | 12. F 51. T. del sueño |
| 2. F33. T. D. recurrente. | 13. F52. Disf. Sex |
| 3. F 30. Ep. Maniaco | 14. F.53-59. Otros T. fisiol y somát |
| 4. F32. Ep. Depresivo. | 15. F. 60-62. TP |
| 5. F34-39 Otros T del humor | 16. F.63. T control impul. |
| 6. F.40. T de A. Fóbica | 17. F65. T. inclinación sex |
| 7. F41. Otros T. de Ansiedad. | 18. F66-69. Otros TP |
| 8. F42. TOC | 19. F10-19. T. por Tóxicos |
| 9. F.43 Reac estrés y T. Adap. | 20. F.20-29. T. esfera psicót |
| 10. F44-F49. Otros T neuróticos. | 21. Z00-Z99. Otros factores. |
| 11. F.50. TCA | |

Enfermedad médica crónica concomitante (especificar cual):

1. SI, especificar _____
2. NO.
3. No conocidos.

Antecedentes familiares de primer grado de trastorno psiquiátrico:

1. SI, especificar _____
2. NO.
3. No conocidos.

Antecedentes personales de salud mental:

Trastorno psiquiátrico:

1. NO.
2. SI, especificar _____
3. No conocidos.

Comorbilidad psiquiátrica:

1. SI, _____
2. NO.
3. No conocidos.

Abuso/dependencia activa en el último año:

1. SI, _____

2. NO.

3. No conocidos.

- Edad del primer contacto con red de salud mental: ____ años
- Años de evolución del principal cuadro psiquiátrico: ____ años
- Nº Ingresos psiquiátricos: ____

- ¿Existen intentos de suicidio? 1. SI . 2. NO.

- ¿Existen autolesiones actualmente? 1. SI. 2. NO. Especificar tipo:
 1. Intoxicaciones farmacológicas o de otro tipo.
 2. Cortes o quemaduras.
 3. Otras: rascado...

Tipo de tratamiento actual

1. Hospitalización completa.
2. Hospitalización parcial (HDA).
3. Tratamiento ambulatorio.
 1. Combinado: psicológico y farmacológico. Tipo de fármaco prescrito **(especificar fármaco y dosis)**.
 2. Sólo psicológico.
 3. Sólo farmacológico (especificar fármaco y dosis).

ANEXO 3. ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL

ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL -CGI

Indicación:

En Salud Mental del Hospital a Domicilio se usa la versión heteroaplicada, tanto en la primera evaluación del paciente (ICG-GE) como al final del ingreso (ICG-MG) para describir el cambio experimentado por el paciente.

Administración:

Consta de dos subescalas que evalúan respectivamente, la gravedad del cuadro clínico y la mejoría del cuadro clínico debido a las intervenciones terapéuticas.

Interpretación:

Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal.

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (ICG)

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL – GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD (ICG-GE)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. no evaluado
1. normal, no enfermo
2. dudosamente enfermo
3. levemente enfermo
4. moderadamente enfermo
5. marcadamente enfermo
6. gravemente enfermo
7. entre los pacientes más extremadamente enfermos

ANEXO 4 . ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL-MEJORÍA GLOBAL

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL – MEJORÍA GLOBAL (ICG-MG)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos?
(Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento).

0. no evaluado
1. mucho mejor
2. moderadamente mejor
3. levemente mejor
4. sin cambios
5. levemente peor
6. moderadamente peor
7. mucho peor

