

INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: INFLUENCIA DEL ESTILO DE AFRONTAMIENTO EN EL CAMBIO SINTOMATOLÓGICO Y CARACTERIAL

Juan Manuel Ramos¹

Unidad de Trastornos de Personalidad, Hospital Dr. R. Lafora

RESUMEN. Antecedentes: Diversos enfoques han conseguido resultados similares en personas con trastorno de personalidad (TP), por lo que se investigan los procesos de cambio implicados. Desde una perspectiva transaccional, el concepto de estilo de afrontamiento (EA) parece ser relevante tanto en la conceptualización del trastorno como en la propuesta de un abordaje eficiente. **Objetivos:** Verificar si el EA se relaciona con la sintomatología y con la gravedad de TP, y si la modificación del EA puede vincularse con la mejora tras el tratamiento. **Método:** Pacientes con TP (N= 91) atendidos durante 6 meses en la Unidad de Trastornos de Personalidad del hospital Dr. R. Lafora (Madrid). Instrumentos de medida pre-post: *Cuestionario de Afrontamiento; Cuestionario de 90 Síntomas Revisado; Inventario de Depresión de Beck; Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Análisis bivariantes (t-Student) y multivariantes (MLG de medidas repetidas). **Resultados:** Las personas con EA emocional-evitativo (85,7%) presentan mayor perturbación general ($t_{(89)} = 3,434$; $p = 0,004$; $d = 1,581$) y afectiva ($t_{(89)} = 4,809$; $p = 0,000$; $d = 1,409$), así como mayor gravedad de TP ($t_{(72)} = 3,205$; $p = 0,002$; $d = 1,02$) que las personas con EA racional-desapegado. Tras el tratamiento, el 50,5 % refiere tener un EA favorable, frente al 14,3 % del inicio ($\chi^2 = 4,22$; $p = 0,04$). El grupo de pacientes que adquiere un EA racional-desapegado consigue una mejor evolución clínica. **Conclusiones:** El EA es un proceso modificable que se relaciona con la mejora terapéutica. Los rasgos de personalidad desfavorables incrementan la probabilidad de sufrir desequilibrios expresados en síntomas. Dotarse, pues, de una estrategia de afrontamiento adecuada aumenta la capacitación individual para que el desafío adaptativo resulte más satisfactorio en personas vulnerables.

Palabras clave: Trastorno de personalidad, estilo de afrontamiento, mecanismos de cambio, análisis multivariante.

ABSTRACT. Background: Different therapeutic approaches have achieved similar results in people with personality disorder (PD), so the investigation of the processes of change involved in their improvement has been developed. From a transactional perspective, the concept of coping style (CS) appears relevant in the conceptualization of the disorder and the proposal of an efficient intervention. **Objectives:** Verify if the CS relates with symptomatology and severity of PD, and whether modification of the CS can be linked with improvement after

¹Correspondencia: Juan Manuel Ramos. Unidad de Trastornos de Personalidad. Hospital Dr. R. Lafora. Ctra. Colmenar Viejo, Km 2,800. 28049 – Madrid. E-mail: jmramos@cop.es

treatment. **Method:** 91 patients with PD attended over 6 months in the Personality Disorders Unit of the hospital Dr. R. Lafora (Madrid). Pre-post measurement instruments: *Coping Style Questionnaire* (CSQ); *90 Symptoms Checklist-Revised* (SCL90-R); *Beck Depression Inventory* (BDI); *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (MCMI-II). Bivariate (t-Student) and multivariate (GLM repeated measures) analysis. **Results:** People with emotional-avoidant CS (85.7%) have greater overall ($t_{(89)} = 3.434$; $p = .004$; $d = 1.581$) and affective disturbance ($t_{(89)} = 4.809$; $p = .000$; $d = 1.409$), as well as greater TP severity ($t_{(72)} = 3.205$; $p = .002$; $d = 1.02$) than people with rational-detached CS. After treatment, 50.5 % expressed to have a CS favourable, against the initial 14.3 % ($\chi^2 = 4.22$, $p = .04$). The group of patients that acquires a rational-detached CS gets a better clinical outcome. **Conclusions:** The CS is a changeable process that is related to the therapeutic improvement. Unfavorable personality traits increase the likelihood of imbalances expressed in symptoms. Empowerment, therefore, with an adequate coping strategy increases the individual strength to make the adaptive challenge more satisfactory in vulnerable people.

Keywords: Personality disorder, coping style, mechanisms of change, multivariate analysis.

Introducción

Diversos enfoques terapéuticos han conseguido resultados similares en personas con trastorno de personalidad (TP) (Gabbard, 2007; Stoffers et al., 2012), por lo que se ha desarrollado la investigación de los procesos de cambio implicados en su mejora (Bateman, 2012; Clarkin y Levy, 2006). Además de considerar la dotación del individuo (rasgos estables del sujeto), una perspectiva transaccional organismo-entorno (modelo evolutivo) (Nelson-Gray, Mitchell, Kimbrel y Hurst, 2007) destaca las estrategias concretas que el individuo pone en marcha en cada situación, lo que permite una explicación más completa del resultado adaptativo que, en definitiva, es lo que marca la frontera entre estilo de personalidad y TP (Svrakic, Lecic-Tosevski y Divac-Jovanovic, 2008). La manera habitual como el individuo tiende a seleccionar determinadas estrategias en la interacción con su entorno es su estilo de afrontamiento (EA), que parece jugar un papel relevante en la conceptualización del TP y en la propuesta de un abordaje terapéutico eficiente.

El EA está relacionado con la perturbación sintomatológica (Fernández y Díaz, 2001; Guo, Xue, Zhao y Liu, 2005; Pelechano, 1992), y con el TP (Bijttebier y Vertommen, 1999; Kruegelbach, McCormick, Schulz y Grueneich, 1993; Lago et al., 2008). El objetivo de este trabajo es verificar si, además, su modificación puede relacionarse con la mejora tras el tratamiento. En concreto, planteamos tres hipótesis: (1) las personas con EA emocional-evitativo presentan mayor perturbación sintomatológica general y afectiva, y mayor gravedad de TP que las personas con EA racional-desapegado; (2) tras el tratamiento hay un cambio en EA; y (3) el grupo de pacientes con EA emocional-evitativo que consiguen un EA racional-desapegado obtienen mejor evolución que el resto.

Método

Participantes

De los pacientes con diagnóstico de TP derivados a la UTP entre los años 2008 y 2014 por parte de los facultativos de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, son incluidos en este estudio aquellos que terminaron el programa de intervención y completaron adecuadamente los cuestionarios antes y después del tratamiento (N= 91).

Instrumentos

Cuestionario de Afrontamiento (Coping Style Questionnaire, CSQ; Roger, Jarvis y Najarian, 1993; versión breve española en Guarino, Sojo y Bethelmy, 2007). Evalúa con 40 ítems y 4 alternativas de respuesta el estilo de afrontamiento (emocional, racional, evitativo y desapegado). Con fiabilidad aceptable (α de Cronbach de 0,65 a 0,78), ha mostrado validez de constructo con el Inventario de Inteligencia Emocional, el Inventario de Reactividad Interpersonal y la Escala de Sensibilidad Emocional.

Cuestionario de 90 Síntomas (90 Symptoms Checklist-Revised, SCL90-R; Derogatis, 2002; versión en español de González de Rivera, 2002). Evalúa una amplia gama de características psicopatológicas. El individuo puntúa, en una escala tipo Likert de 0 a 4, hasta qué punto se siente molesto por cada síntoma. Tiene 10 escalas y 3 índices globales de malestar, entre los que se encuentra el GSI (*Global Severity Index*). Fiabilidad aceptable, con coeficientes de consistencia interna elevados ($\alpha > 0,81$) y test-retest superiores a 0,78.

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; versión española de Sanz y Vázquez, 1998). Evalúa con 21 ítems sintomatología depresiva mediante la elección de una alternativa de cuatro. Consistencia interna de 0,90; validez convergente con otras medidas de depresión superiores a 0,50 y adecuada validez discriminante.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, MCMI-II; Millon, 1999). Consta de 175 ítems (respuesta dicotómica) y aporta un perfil de 13 escalas de personalidad más 9 escalas de síndromes clínicos. Consistencia interna satisfactoria (coeficientes KR 0,81 - 0,95). Validez de constructo variable entre escalas (Rogers, Salekin y Sewell, 1999), lo que no hace aconsejable su uso diagnóstico.

Procedimiento

Todos participan voluntariamente en un programa de intervención de 6 meses basado en el modelo de comunidad terapéutica hospitalaria, donde se fomentan participación y responsabilidad. El programa incluye intervenciones individuales, actividades grupales y sesiones familiares, en una labor integrada multiprofesional (facultativos, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social) a partir de un plan terapéutico individual diseñado en equipo.

Completan al inicio y al final del ingreso una batería de cuestionarios, entre los que se encuentran los anteriormente descritos. A partir de la puntuación obtenida en el CSQ (pre), dividimos la muestra en dos grupos: EA favorable (EA racional y desapegado) y EA desfavorable (EA emocional y evitativo). Definimos la variable dependiente gravedad de TP (GTP) como la suma de las puntuaciones en el MCMI-II cuya T.B. > 75 ; las puntuaciones en el GSI del SCL90-R y en el BDI son tomadas como indicadores de las otras dos variables dependientes (perturbación sintomatológica general y afectiva, respectivamente).

Diseño y análisis

Estudio cuasi-experimental pre-post. Se realizan análisis bivariantes (t-Student con corrección de Bonferroni; cálculo del tamaño del efecto con la diferencia de medias estandarizada d de Cohen (1988); χ^2 para proporciones) y multivariantes (MLG de medidas repetidas con el factor intersujetos cambio en EA [mantenimiento desfavorable, cambio favorable, mantenimiento favorable y cambio desfavorable] y factor intrasujetos tiempo [pre, post], sobre las variables dependientes. La prueba M de Box para la igualdad de matrices de covarianzas obtenidas en BDI y GTP no eran idénticas ($p= 0,005$ y $p= 0,024$), por lo que se empleó el estadístico Traza de Pillai (V); con el GSI se usó λ de Wilks. Las diferencias por pares de grupos del factor intersujetos se obtienen mediante prueba post-hoc de comparaciones múltiples con corrección de Bonferroni.

Resultados

Hay predominio de mujeres ($n= 76$; 83,5 %) sobre varones ($n=15$; 16,5%), y el rango de edad es 19-54 años ($M= 36,88$; $DT= 8,06$). El 59,3% fue derivado con diagnóstico de trastorno límite (TLP) y, el resto, con trastorno mixto (25,3%), sin especificar (13,2%) e histriónico (2,2%). Sólo el 14,3% ($n= 13$) presenta un EA favorable (racional-desapegado) al inicio de la intervención, y el resto (85,7 %; $n= 78$) tiene un EA desfavorable (emocional-evitativo). Estos últimos presentan mayor perturbación general ($t_{(89)} = 3,434$; $p= 0,004$; $d= 1,581$) y afectiva ($t_{(89)} = 4,809$; $p= 0,000$; $d= 1,409$), así como mayor gravedad de TP ($t_{(72)} = 3,205$; $p= 0,002$; $d= 1,02$) que las personas con EA racional-desapegado, no habiendo diferencias por sexo ($\chi^2= 0,479$; $p= 0,489$), ni por edad ($t_{(89)} = 1,437$; $p= 0,154$).

Tras el tratamiento, el 59 % expresa un EA favorable ($\chi^2= 4,22$; $p= 0,04$). Este cambio no aparece relacionado ni con el sexo ($\chi^2= 0,055$; $p= 0,815$), ni con la edad ($F_{(3,87)}= 1,065$; $p= 0,368$) de los participantes (Figura 1, Tabla 1). En la Tabla 2 pueden observarse las diferencias pre-post (factor intra-sujetos) en las variables dependientes, así como las diferencias en EA (factor inter-sujetos) y los efectos de interacción entre ambos factores. En la Tabla 3 y Figura 2 se detallan las diferencias por pares de grupos según el cambio en EA.

Tabla 1. Frecuencia (y porcentaje) de sujetos en cada categoría de estilo de afrontamiento antes (EA-PRE) y después (EA-POST) de la intervención.

EA-PRE	n (%)	EA-POST	n (%)
Emocional-evitativo	78 (85,7)	Emocional-evitativo (Md)	42 (46,1)
		Racional- desapegado (Cf)	36 (39,6)
Racional- desapegado	13 (14,3)	Emocional-evitativo (Cd)	3 (3,3)
		Racional- desapegado (Mf)	10 (11,0)

Nota. Md = mantenimiento desfavorable; Cf = cambio favorable; Cd = cambio desfavorable; Mf = mantenimiento favorable.

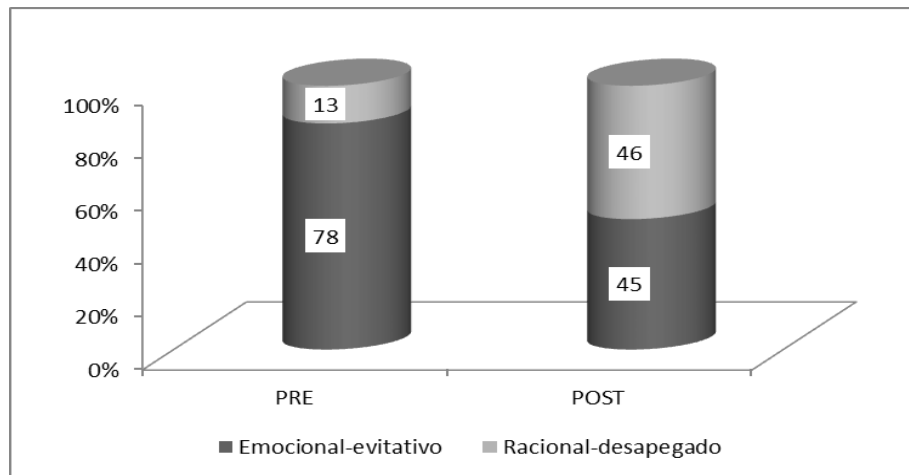


Figura 1. Frecuencia de casos según el estilo de afrontamiento antes y después de la intervención terapéutica.

Tabla 2. Modelo general lineal de medidas repetidas: evolución de la sintomatología afectiva, general y de la gravedad del trastorno de personalidad según el cambio en estilo de afrontamiento (EA) tras la intervención. Factor intrasujetos: tiempo (pre, post); factor intersujetos: cambio en EA (mantenimiento desfavorable, cambio favorable, mantenimiento favorable y cambio desfavorable).

Medida	M pre	M post	d	Efectos	V/ λ	F	gl	p	η^2	PO
BDI	27,9	15,51	1,01	Intrasujetos	0,249	28,508	1	0,000	0,249	1
				Interacción	0,253	9,713	3	0,000	0,253	0,997
				Intersujetos		14,271	3	0,000	0,332	1
GSI	76,79	44,95	1,541	Intrasujetos	0,690	39,113	1	0,000	0,310	1
				Interacción	0,622	17,591	3	0,000	0,378	1
				Intersujetos		12,078	3	0,000	0,294	1
GTP	538,8	447,82	0,491	Intrasujetos	0,388	44,299	1	0,000	0,388	1
				Interacción	0,362	13,238	3	0,000	0,362	1
				Intersujetos		3,935	3	0,012	0,144	0,810

Nota. BDI = Inventario de depresión de Beck; GSI = Índice global de gravedad del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R); GTP = gravedad del trastorno de personalidad; V = valor de la Traza de Pillai; λ = lambda de Wilks; d = diferencia estandarizada de Cohen; gl = grados de libertad; η^2 = eta parcial al cuadrado; PO = potencia observada.

Tabla 3. Prueba post hoc de comparaciones múltiples del factor cambio en estilo de afrontamiento (mantenimiento desfavorable, cambio favorable, mantenimiento favorable y cambio desfavorable), con la corrección de Bonferroni, en sintomatología depresiva, general y en gravedad del trastorno de personalidad.

Variables	Diferencia	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>p</i>	IC
BDI	Md-Cf	10,74	2,12	0,000	5,0 – 16,4
	Md-Mf	15,59	3,26	0,000	6,7 – 24,4
	Md-Cd	18,74	5,54	0,006	3,8 – 33,7
	Cf-Mf	4,85	3,32	0,889	(-4,1) – 13,8
	Cf-Cd	8,00	5,58	0,930	(-7,1) – 23,1
	Mf-Cd	3,15	6,10	1,000	(-13,3) – 19,6
GSI	Md-Cf	20,99	4,33	0,000	9,3 – 32,7
	Md-Mf	32,55	6,71	0,000	14,4 – 50,7
	Md-Cd	13,70	11,40	1,000	(-17,1) – 44,5
	Cf-Mf	11,56	6,82	0,562	(-6,8) – 30
	Cf-Cd	-7,29	11,46	1,000	(-38,2) – 23,7
	Mf-Cd	-11,56	6,82	0,562	(-30) – 6,8
GTP	Md-Cf	42,65	41,53	1,000	(-70,1) – 155,4
	Md-Mf	202,39	58,98	0,006	42,2 – 362,5
	Md-Cd	47,72	98,06	1,000	(-218,5) – 314
	Cf-Mf	159,73	59,22	0,053	(-1,1) – 320,5
	Cf-Cd	5,07	98,20	1,000	(-261,6) – 271,7
	Mf-Cd	-154,67	106,76	0,911	(-444,5) – 135,2

Nota. BDI= Inventario de depresión de Beck; GSI= Índice global de gravedad del del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R); GTP= gravedad del trastorno de personalidad; Md= Mantenimiento desfavorable; Cf= Cambio favorable; Cd= cambio desfavorable; Mf= Mantenimiento favorable; IC= Intervalo de confianza al 95%.

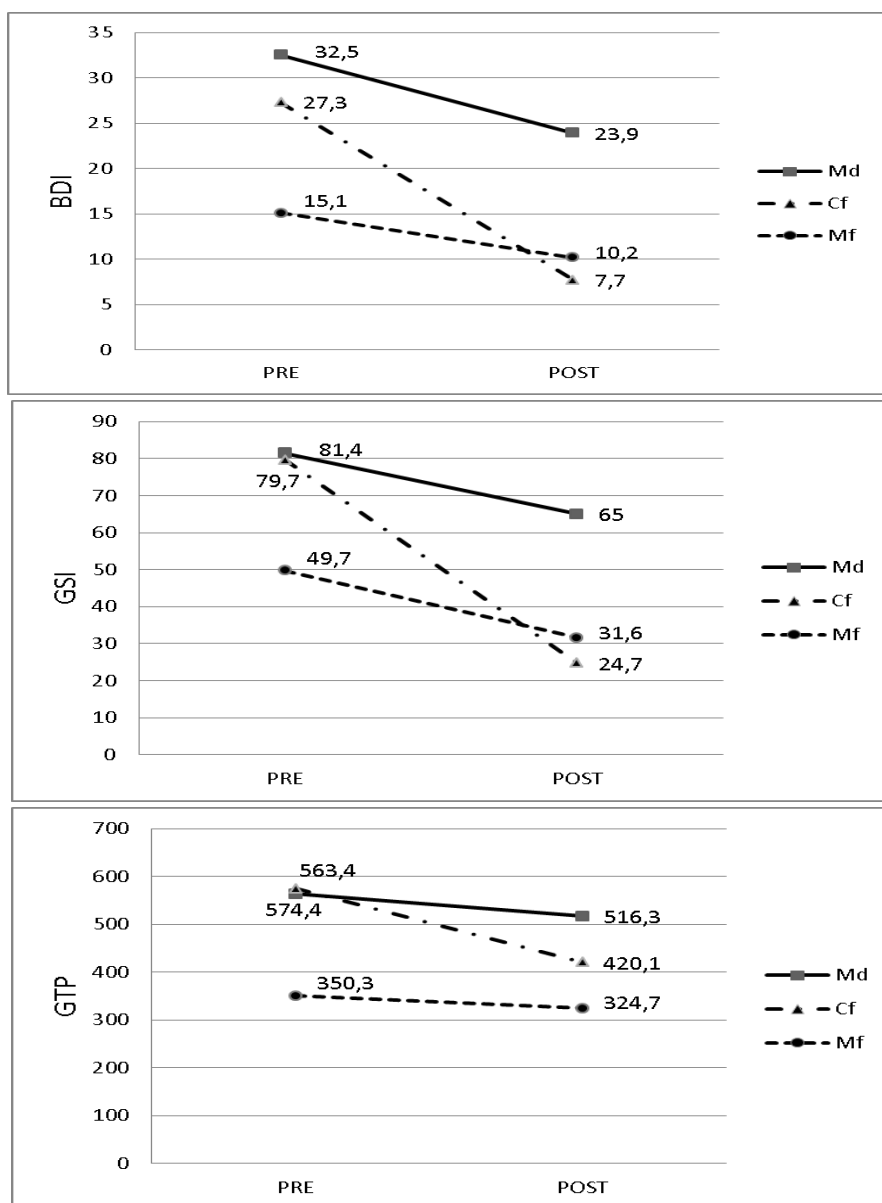


Figura 2. Medias marginales estimadas antes y después de la intervención en sintomatología depresiva, general y en gravedad de trastorno de personalidad para tres condiciones del factor cambio en estilo de afrontamiento: mantenimiento desfavorable (Md), cambio favorable (Cf) y mantenimiento favorable (Mf). BDI= Inventario de depresión de Beck; GSI= Índice global de gravedad del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R); GTP= gravedad del trastorno de personalidad.

Discusión/Conclusiones

El EA aparece relacionado con la patología, puesto que las personas con EA emocional-evitativo presentan mayor perturbación sintomatológica general y afectiva, así como mayor gravedad de TP que aquellas con EA racional-desapegado (hipótesis 1). Tras la intervención, un grupo de pacientes consigue un cambio a EA favorable (hipótesis 2), y ese cambio aparece vinculado con la mejora (hipótesis 3), hasta el punto de que el grupo de pacientes que adquiere un EA racional-desapegado consigue la mejor evolución clínica.

El EA parece, pues, un proceso modificable relacionado con la mejora terapéutica, por lo que habría de considerarse en la exploración de los procesos de cambio en TP (Clarkin y Levy, 2006).

Limitaciones en selección muestral, falta de grupo de control, reducido número de sujetos, identificación de EA con puntuación en una escala (CSQ) que mide disposiciones generales de afrontamiento más que uso de estrategias específicas, falta de seguimiento a largo plazo y sesgos de autoinforme, exigen cautela en la interpretación y generalización de este trabajo.

Desde una perspectiva transaccional organismo-entorno, los rasgos de personalidad desfavorables crean vulnerabilidad para patologías eventualmente graves (Tyrer, 2007). La homeostasis personal está vinculada a la alostasis interpersonal en un entorno cambiante. Propiciar estrategias de afrontamiento favorable aumenta la capacitación personal para que el desafío adaptativo resulte más satisfactorio en personas vulnerables. La generalización de este argumento a otras poblaciones clínicas sería la constatación de un elemento transdiagnóstico sobre el que seguir profundizando (Links y Eynan, 2012).

Referencias

- Bateman, A. (2012). Treating borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, *169*, 560-563.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guildford.
- Bijttebier, P. y Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, *26*, 847-856.
- Clarkin, J. F. y Levy, K. N. (2006). Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 405-410.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. Nueva Jersey: Routledge.
- Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Fernández, M. D., y Díaz, M. A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *6*, 129-136.
- Gabbard, G. O. (2007). Do all roads lead to Rome? New findings on borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 853-855.
- González de Rivera, J. L. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas* (versión española del SCL-90-R). Madrid: TEA.
- Guarino, L, Sojo, V. y Bethelmy, L. (2007). Adaptación y validación preliminar de la versión hispana del "Cuestionario de estilos de afrontamiento" (Coping Style Questionnaire, CSQ). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *15*, 173-189.
- Guo, X. F., Xue, Z. M., Zhao, J. P. y Liu, Z. N. (2005). Coping style, social support and personality in patients with comorbid major depression and anxiety. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, *13*, 221-222.
- Kruegelbach, N., McCormick, R. A., Schulz, S. C. y Grueneich, R. (1993). Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *7*, 214-222.

- Lago, E., Acuña, M., Bermúdez, C., Vilavedra, A., Marín, N. e Ibarra, O. (2008). Estrategias de afrontamiento del estrés en el trastorno límite de la personalidad. *Psicologia.com*, 12(2), 1-11.
- Links, P. S., y Eynan, R. (2012). The relationship between personality disorders and axis I psychopathology: deconstructing comorbidity. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 529-554.
- Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Nelson-Gray, R. O, Mitchell, J. T., Kimbrel, N. A. y Hurst, R. M. (2007). The development and maintenance of personality disorders: a behavioral perspective. *The Behavior Analyst Today*, 8, 443-482.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 167-202.
- Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Rogers R., Salekin R. T., y Sewell K. W. (1999). Validation of the Millon Clinical Multiaxial Inventory for axis II disorders: Does it meet the Daubert standard? *Law and Human Behavior*, 23, 425-443.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 8, CD005652.
- Svrakic, D. M., Lecic-Tosevski, D. y Divac-Jovanovic, M. (2008). DSM axis II: personality disorders or adaptation disorders? *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 111-117.
- Tyrer, P. (2007). Personality diathesis: a superior explanation than disorder. *Psychological Medicine*, 37, 1521-1525.