

Natalia Calvo^{1,2}
 Óscar Andión¹⁻⁴
 Beatriz Gancedo¹
 Marc Ferrer^{1,2}
 Carmen Barral^{1,2}
 Andrea Di Genova^{1,2}
 Rafael Torrubia^{2,3}
 Miguel Casas^{1,2}

Diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) mediante el autoinforme *Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+)*: Confirmación de la estructura de 3 factores

¹Servicio de Psiquiatría
 Hospital Universitario Vall d'Hebron
 Universitat Autònoma de Barcelona
 Barcelona. CIBERSAM

²Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal
 Universitat Autònoma de Barcelona
³Instituto de Neurociencias,
 Universitat Autònoma de Barcelona
⁴Institut de Recerca Hospital Vall d'Hebron (VHIR)
 Universitat Autònoma de Barcelona

Introducción. La heterogeneidad clínica y la elevada comorbilidad del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) han planteado la posible existencia de varios factores o subtipos dentro del mismo constructo. Los estudios publicados hasta la fecha indican principalmente que el diagnóstico puede estar representado como un constructo unifactorial o de 3 factores. Sin embargo, la mayoría de los trabajos han analizado la estructura factorial de los criterios TLP del DSM-IV utilizando entrevistas semi-estructuradas. El objetivo del presente trabajo es analizar la estructura factorial de los criterios diagnósticos DSM-IV del TLP del autoinforme PDQ-4+.

Método. Se evaluó una muestra total de 159 pacientes psiquiátricos ambulatorios con sospecha de TLP. Se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de los criterios TLP del PDQ-4+, examinando y comparando dos estructuras definidas previamente: una estructura unidimensional y una de tres factores.

Resultados. Ambos modelos muestran buenos índices de ajuste al modelo. Sin embargo, los resultados obtenidos del AFC pusieron de manifiesto unos índices de bondad de ajuste (χ^2/gl ; CFI; RMSEA; TLI; AIC y GFI) superiores para el modelo de tres factores.

Conclusiones. El TLP es un constructo bajo el cual se pueden describir 3 factores de criterios que representan distintas características del trastorno. Estos factores de TLP, que se podrían denominar como Alteración relacional, Inestabilidad afectiva y Descontrol conductual, se explicarían a partir de la combinación de los diferentes criterios diagnósticos. La existencia de estos factores podría indicar la presencia de subgrupos de pacientes TLP con perfiles clínicos diferenciados.

tencia de estos factores podría indicar la presencia de subgrupos de pacientes TLP con perfiles clínicos diferenciados.

Palabras clave:
 Trastorno Límite de Personalidad, PDQ-4+, Autoinforme, Análisis Factorial Confirmatorio

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(2):57-62

Borderline Personality Disorder (BPD) diagnosis with the self-report Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+): Confirmation of the 3-factor structure

Introduction. The clinical heterogeneity and elevated comorbidity of Borderline Personality Disorder (BPD) have suggested the possible existence of several factors or subtypes of this construct. Studies published to date mainly show that this diagnosis could be represented either as a 1-dimensional model or 3-factor model. However, most of the studies have analyzed the factorial structure of the BPD DSM-IV criteria only using semi-structured interviews. This study has aimed to analyze the factorial structure of BPD DSM-IV criteria used in the self-report PDQ-4+.

Method. A total of 159 psychiatric outpatients with suspicion of BPD diagnosis were evaluated. Confirmatory Factor Analyses (CFA) was performed for BPD criteria in PDQ-4+ and two previously defined structures were examined and compared: a 1-dimensional model and a 3-factor model.

Results. Both models showed good fit indexes. However, the results of the CFA showed better goodness of fit indexes (χ^2/gl ; CFI; RMSEA; TLI; AIC and GFI) for the 3-factor model.

Correspondencia:
 Natalia Calvo
 Servicio de Psiquiatría
 Hospital Universitari Vall d'Hebron
 Passeig Vall d'Hebron, 119-129
 08035 Barcelona, España
 Correo electrónico: nacalvo@vhebron.net

Conclusions. BPD is a construct that can be used to describe three factors of criteria that represent different features of this disorder. The three factors, which could be called Disturbed Relatedness, Affective Instability and Behavioral Dyscontrol, can also be explained by the combination of different diagnostic criteria. The existence of these factors could indicate the presence of different subgroups of BPD patients with different clinical patterns.

Keywords:
Borderline Personality Disorders, PDQ-4+, Self-report, Confirmatory Factor Analyses

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es considerado uno de los diagnósticos psiquiátricos más complejos y controvertidos debido, por un lado a su elevada heterogeneidad clínica, y por otro, a la gran comorbilidad que presenta con otros trastornos. Su diagnóstico, realizado a partir de un listado de nueve criterios politéticos del DSM-IV (DSM-IV)¹, de los cuales son necesarios cinco o más para ser diagnosticado, genera una gran heterogeneidad, ya que es posible realizar el diagnóstico con 151 combinaciones de criterios para el TLP. Esta variedad en la presentación clínica del TLP dificulta la realización de la evaluación y genera controversia. A esta heterogeneidad diagnóstica hay que añadirle las variadas comorbilidades que presenta el TLP, tanto en el eje I como en el eje II, tal y como se describe en la literatura². De hecho, muchos de los criterios diagnósticos de este trastorno, como la inestabilidad emocional y en las relaciones interpersonales o la impulsividad son comunes a otros trastornos psiquiátricos.

Esta complejidad en el diagnóstico ha sugerido que el TLP podría no ser un constructo único, es decir, que podría ser mejor explicado a partir de la existencia de varios constructos o clases latentes. En este sentido, se han publicado hasta la fecha una serie de trabajos que han estudiado la relación entre los criterios TLP del DSM usando diferentes procedimientos estadísticos³⁻¹². Los métodos más empleados han sido el análisis factorial exploratorio (AFE)^{3, 4, 8}, el análisis factorial confirmatorio (AFC)^{5, 7, 9, 10} y el análisis de clases latentes (ACL)^{5, 7, 11}. Los resultados de dichos estudios han identificado, en general, dos posibles estructuras factoriales subyacentes. Mientras que algunos trabajos defienden que los criterios DSM del TLP se organizan siguiendo una estructura de 3 factores^{4, 6, 8, 9, 12}, otros estudios proponen la existencia de un constructo unidimensional^{3, 5, 7}.

Respecto a los trabajos citados que defienden la existencia de un modelo de 3 factores obtenido a partir del uso de

un AFE, destaca el de Clarkin et al⁴. Estos autores examinan la estructura factorial del TLP según los criterios del DSM-III-R. Describen 3 factores que ellos identifican como Problemas de identidad y dificultades interpersonales (incluirla los criterios de alteración de la identidad, sentimientos crónicos de vacío, esfuerzos para evitar el abandono e inestabilidad en las relaciones); Disregulación afectiva (criterios: ira inapropiada, inestabilidad afectiva y suicidio); e Impulsividad (únicamente criterio impulsividad). Posteriormente, Sanislow et al⁹, basándose en la estructura de 3 factores obtenida con anterioridad por estos mismos autores utilizando AFE⁸, analizan los criterios DSM-IV mediante AFC. Los autores proponen la existencia de un modelo de tres factores subyacentes al constructo TLP, los cuales podrían ser definidos como Alteración Relacional (consistente en criterios de inestabilidad en las relaciones, alteración de la autoimagen, y sentimientos crónicos de vacío), Descontrol conductual (criterios impulsividad y suicidio) e Inestabilidad afectiva (criterios de inestabilidad afectiva, ira inapropiada y esfuerzos para evitar el abandono). Dichos resultados son confirmados más tarde por Johansen et al⁶, los cuales replican en una muestra noruega la estructura tridimensional de Sanislow mediante el mismo tipo de análisis, señalando además que dichos factores están altamente correlacionados. La estructura de 3 factores, también ha sido replicada recientemente, por nuestro grupo, en una muestra de pacientes españoles y utilizando la información complementaria de las dos entrevistas semi-estructuradas más utilizadas en la investigación del TLP¹².

Respecto a los estudios que defienden el TLP como un constructo unidimensional, destaca el trabajo de Fossati et al⁷, realizado a partir de un AFC y también un ACL de los criterios del DSM-IV. Los autores encuentran evidencias a favor de la descripción del TLP como un factor único, aunque los autores afirman que estos resultados no implicarían necesariamente la no existencia de subtipos de pacientes. Posteriormente y coincidiendo con estos resultados, Clifton y Pilkonis⁵ comparan modelos unidimensionales y de 3 factores a partir de los mismos análisis estadísticos (AFC y ACL) en muestras clínicas y no clínicas. Concluyen que, si bien el modelo de 3 factores obtiene índices de ajuste aceptables, el diagnóstico del TLP se explica mejor a partir de un modelo unidimensional. Para estos autores, es preferible el unidimensional dada la elevada correlación existente entre los factores cuando se trata de un modelo tridimensional. El modelo unidimensional también ha sido confirmado recientemente por Becker et al³, aunque éste realizado a partir de un AFE.

La revisión de los citados estudios indica, pues, falta de unanimidad respecto a cual de los modelos empíricos descritos (uno o tres factores) puede explicar mejor la estructura factorial del TLP. Considerando que la mayoría de los trabajos realizados se han basado en entrevistas clínicas semiestructuradas, el presente estudio plantea replicar los trabajos anteriormente citados, analizando la estructura factorial a partir de un autoinforme que sigue los criterios DSM-IV para el diagnóstico de Trastornos

de Personalidad (TP). La confirmación de algunos de los resultados anteriormente descritos partiendo de la utilización de un procedimiento diferente de evaluación incrementará la validez de la estructura obtenida⁹. En este sentido, el presente trabajo se propone estudiar la estructura factorial de los criterios DSM-IV del TLP a partir del *Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+)*¹³, examinando y comparando las dos estructuras factoriales que han recibido un mayor apoyo empírico previo en la literatura: la estructura unifactorial defendida por autores como Fossati et al⁷ y la de tres factores de Sanislow et al⁹.

METODOLOGÍA

Participantes

En el estudio participaron 159 pacientes psiquiátricos consecutivamente atendidos en nuestro programa ambulatorio del Servicio de Psiquiatría del Hospital, para evaluación y tratamiento del TLP. Los criterios de exclusión fueron: pacientes mayores de 50 años; retraso intelectual; diagnóstico en el pasado o en la actualidad de trastornos psicóticos o trastorno bipolar tipo I; presencia de enfermedad orgánica que pudiera explicar mejor los síntomas; y trastorno por dependencia a sustancias activo. Ningún paciente fue excluido del estudio por estos criterios.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético del Hospital. Todos los pacientes fueron debidamente informados por escrito del estudio, aceptaron participar voluntariamente y firmaron consentimiento informado después de haber recibido una completa información sobre el estudio.

El 76,7% (n=122) del total de la muestra eran mujeres. La edad media de los pacientes era de 29,14 años (DE=7,80). El 73,5% de los pacientes (n=117) eran solteros. El 38,2% (n=58) había alcanzado un nivel de estudios equivalente a graduado escolar, mientras que únicamente el 11,3% (n=18) tenían o estaban cursando estudios universitarios. Del total de la muestra, el 37,9% (n=58) estaban activos laboralmente, mientras que el 49% (n=75) estaban inactivos (desempleados, paro o baja laboral). Los trastornos comórbidos más frecuentemente diagnosticados en el Eje I eran el trastorno por uso de sustancias (TUS) de alcohol (n=52; 33,3%) y de cannabis (n=46; 29,5%), así como los trastornos de ansiedad sin agorafobia (n=47; 30,1%) y el trastorno depresivo mayor (n=37; 23,9%). En cuanto a las comorbilidades con el Eje II, éstas eran más frecuentes con el TP Obsesivo-Compulsivo (n=31; 19,6%), seguido de los TP Paranoide y Antisocial (en ambos n=28; 17,8%) y el TP Evitativo (n=27; 17,1%).

Instrumentos

Para la realización del diagnóstico del TLP siguiendo los criterios del DSM-IV se utilizaron la entrevista SCID-II y

el autoinforme PDQ-4+. La Entrevista Clínica Estructurada para los TP del Eje II del DSM-IV (SCID-II)¹⁴ es una entrevista clínica estructurada que permite la valoración de todos los TP específicos del Eje II del DSM-IV, así como los 2 TP del Apéndice y el TP inespecífico. La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)¹⁵ es una entrevista que valora todos los trastornos del Eje I descritos en el DSM-IV.

El PDQ-4+ (*Personality Diagnostic Questionnaire-4+*)¹³ es un autoinforme de 99 ítems diseñado para evaluar los 12 TP del Eje II del DSM-IV (10 TP específicos incluidos en el Eje II y 2 del Apéndice B de diagnósticos pendientes de estudio). Cada ítem se corresponde con un criterio diagnóstico y los ítems están ordenados de forma aleatoria. Por tanto, cada TP consta del mismo número de ítems que definen cada entidad psicopatológica del Eje II. La Escala TLP del PDQ-4+ está formada por los nueve ítems establecidos como criterios diagnósticos del DSM (ítems 6, 19, 32, 45, 58, 69, 78, 93 y 98). Este autoinforme permite obtener, en primer lugar, un índice general de presencia *versus* ausencia de TP en general. En segundo lugar, el PDQ-4+ obtiene una puntuación específica para cada TP, establecida según la puntuación umbral del DSM-IV. El PDQ-4+ ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas¹³ y ha sido validada al castellano por Calvo et al¹⁶. Aunque la mayoría de trabajos han utilizado la versión completa del instrumento, un gran número de estudios recientes han analizado las propiedades psicométricas de la escala TLP del PDQ-4+ de forma independiente en muestras clínicas¹⁷⁻²¹, obteniéndose adecuados coeficientes de consistencia interna^{17, 18, 22}.

Procedimiento

Se realizaron tres entrevistas a todos los pacientes. La primera era una entrevista clínica de cribado para el diagnóstico clínico del TLP según los criterios del DSM-IV, así como el estudio de los criterios de inclusión. Posteriormente, en las dos siguientes se administraron las entrevistas SCID-II para el diagnóstico de TLP, la SCID-I para los diagnósticos en el Eje I, así como el autoinforme PDQ-4+ para el estudio de la presencia de criterios TLP. Estas entrevistas fueron administradas por tres psicólogos entrenados para el uso de estos instrumentos.

Análisis estadístico

Con el fin de examinar cual de los dos modelos factoriales representaba más adecuadamente la estructura de los criterios TLP según el PDQ-4+, se utilizó el programa estadístico AMOS (*Analysis of Moment Structures Software*)²³. La bondad de ajuste de los modelos se evaluó mediante diferentes índices de ajuste²⁴. Se utilizaron el valor de Chi cuadrado dividido por los grados de libertad (χ^2/g), el in-

| Tabla 1 | Índices de Bondad de Ajuste de los diferentes modelos basados en Análisis Factorial Confirmatorio | | | | | | |
|------------|---|--------------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| | $\chi^2(\text{gl})$ | χ^2/gl | CFI | RMSEA | TLI | AIC | GFI |
| 1 Factor | 53,14(27) | 1,968 | 0,860 | 0,078 | 0,813 | 89,137 | 0,939 |
| 3 Factores | 41,52(24) | 1,730 | 0,906 | 0,068 | 0,859 | 83,518 | 0,953 |

$\chi^2(\text{gl})$ = Chi cuadrado (grados de libertad); χ^2/gl = Chi cuadrado dividido por los grados de libertad; CFI = Comparative Fit Index de Bentler; RMSEA = Root Mean Square Error of Aproximation; TLI = Tucker-Lewis coefficient; AIC = Akaike Information Criterion; GFI = Goodve fit index.

dice de ajuste comparativo de Bentler (CFI; *Comparative Fit Index*), la raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA; *Root Mean Square Error of Aproximation*) y el coeficiente Tucker-Lewis (TLI; *Tucker-Lewis coefficient*). Este estudio, siguiendo los criterios de Hu y Bentler²⁴, considero que un modelo era aceptable cuando el χ^2/gl era $\leq 2,0$ (a menor índice, mejor ajuste); el CFI tenía unos valores alrededor de 0,95 para aceptar el modelo; el RMSEA, unos valores iguales o inferiores a 0,06 para indicar un muy buen ajuste (cuanto menor sea el valor, mejor ajuste), considerándose los valores alrededor de 0,08 como aceptables; y el TLI con valores alrededor de 0,95 para aceptar el modelo. Se completó el grupo de índices con el criterio de información de Akaike (AIC; *Akaike Information Criterion*) y el índice de bondad de ajuste Lisrel (GFI; *Goodve fit index*). El AIC es un indicador relativo: en ausencia de otros criterios sustantivos, el mejor modelo es el que posea un AIC más bajo (a menor valor, mejor ajuste). Para que exista un buen ajuste, el valor GFI debería acercarse al valor 0,90 (cuanto mayor sea el valor, mejor será el ajuste). Finalmente, se calculó la significación de la diferencia de los estadísticos χ^2 de los dos modelos (χ^2_{diff}). La significación de χ^2_{diff} muestra la superioridad del modelo controlado por los grados de libertad.

Se examinó la estructura factorial de los ítems de la escala TLP del PDQ-4+ (DSM-IV) comparando los dos modelos informados en trabajos anteriores con AFC: el modelo unifactorial defendido por Fossati et al⁷ y el modelo de tres factores descrito por Sanislow et al⁹. Este último constaba de 3 factores que agrupaban distintos criterios DSM-IV para el TLP cada uno. El Factor 1, definido como "Alteración relacional", comprendía los criterios 2 (relaciones interpersonales inestables e intensas), 3 (alteración de la identidad) y 7 (sentimientos crónicos de vacío); el Factor 2, denominado "Descontrol conductual", los criterios 4 (impulsividad) y 5 (comportamientos suicidas o de automutilación); y el Factor 3, etiquetado como "Inestabilidad afectiva", los criterios 6 (inestabilidad emocional por notable reactividad del estado de ánimo), 8 (ira inapropiada e intensa y dificultades para controlarla) y 1 (esfuerzos para evitar el abandono).

RESULTADOS

De la muestra total de 159 pacientes evaluados, 93 pacientes (58,5%) cumplían criterios para el diagnóstico de TLP, mientras que 66 (41,5%) no recibieron dicho diagnóstico.

Los índices de bondad obtenidos del análisis factorial confirmatorio (AFC) de los dos modelos estudiados (unifactorial y de tres factores) se presentan en la Tabla 1. Estos resultados indican que las dos estructuras poseen, en general, niveles de ajuste entre aceptables y excelentes. Los índices para el modelo unifactorial eran $\chi^2/\text{gl}=1,97$; CFI=0,86; RMSEA=0,08; TLI=0,81; AIC=89,14 y GFI=0,94. El modelo de un factor mostraba unos pesos factoriales estandarizados para los criterios de TLP que oscilaban entre 0,06 (ítem 98 del PDQ-4+ que se corresponde con el criterio 4 del DSM-IV) y 0,41 (ítem 58: criterio 6).

En cuanto al modelo de 3 factores, los índices de ajuste obtenidos eran $\chi^2/\text{gl}=1,73$, CFI=0,91; RMSEA=0,07; TLI=0,86; AIC=83,52 y GFI=0,95 (ver Tabla 1). Tal y como se observa en la Figura 1, los tres factores muestran correlaciones entre moderadas y elevadas ($r=0,59$; 0,68 y 0,78). En referencia a los pesos factoriales estandarizados obtenidos entre los criterios de cada uno de los tres factores, el Factor de Alteración Relacional presentaba unos pesos factoriales entre 0,21 (ítem 93 del PDQ-4+ correspondiente al criterio 9 del DSM-IV) y 0,44 (ítem 32: criterio 3); el Factor de Inestabilidad Afectiva entre 0,10 (ítem 6: criterio 1) y 0,69 (ítem 58: criterio 6); y por último, el Factor Descontrol Conductual entre 0,08 (ítem 98: criterio 4) y 0,19 (ítem 45: criterio 5).

Finalmente, los dos modelos fueron comparados calculando la significación de las diferencias de los estadísticos (χ^2_{diff}). La comparación de los dos modelos mostró de manera significativa la superioridad del modelo de 3 factores ($\chi^2_{\text{diff}}=11,62$; $\text{gl}=3$; $p=0,01$).

DISCUSIÓN

Este estudio es, a nuestro conocimiento, el primero en analizar la estructura factorial del TLP a partir de un autoin-

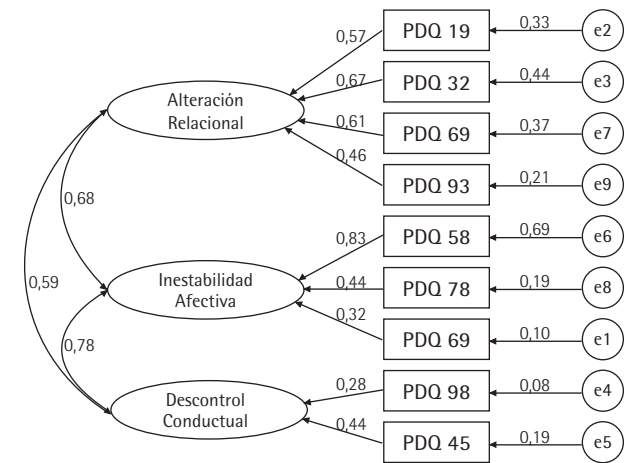


Figura 1 Correlaciones y pesos factoriales entre criterios TLP del PDQ-4+ en Modelo de 3 Factores

forme basado en los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-IV en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios que presentaban previamente sospecha de TLP. El propósito de este estudio era examinar la estructura factorial de los criterios diagnósticos DSM-IV del TLP en el PDQ-4+¹³, utilizando un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). A diferencia de otros trabajos previos^{6, 7, 9}, el presente estudio incluyó un autoinforme y no una entrevista para estudiar dichas estructuras factoriales. Se compararon los dos modelos estructurales de TLP más replicados en la literatura científica con anterioridad: el modelo unidimensional defendido por Fossati et al⁷ y el modelo de 3 factores propuesto por Sanislow et al⁹.

Aunque los índices de bondad obtenidos en el AFC cuando se usaba el PDQ-4+ resultaban adecuados en los dos modelos propuestos, éstos eran superiores en el modelo de 3 factores. Además, la comparación de ambos modelos muestra de forma significativa que el modelo de 3 factores es superior al unifactorial. Nuestros resultados replicarían los obtenidos por Sanislow et al⁹, los cuales defienden la existencia de una estructura de tres factores subyacentes al constructo TLP. A diferencia de dicho trabajo y también del de Johansen et al⁶, que observaron correlaciones entre factores superiores a 0,85, en nuestro estudio resultaron inferiores, aunque también altos, con valores entre 0,59 y 0,78. Aún así, la existencia de correlaciones entre factores no implicaría necesariamente que debieran ser considerados como un único constructo. La existencia de diferentes constructos que presentan altas correlaciones es algo bastante habitual en el campo de la medicina, donde se encuentran fenómenos similares. Por ejemplo, la diabetes: a pesar de que

los síntomas manifiestos pueden hacer creer que ésta es un síndrome unitario, los hallazgos de laboratorio muestran la existencia de dos tipos diferentes de esta enfermedad⁷. Al contrario, estos datos ponen en evidencia de forma aún más clara que bajo la etiqueta del TLP existen diferentes factores, los cuales podrían representar subtipos de dicho trastorno.

La propuesta del diagnóstico del TLP como un constructo de 3 factores podría explicar mejor su heterogeneidad, y por tanto sus diferentes presentaciones clínicas. La idea de la existencia de subgrupos de pacientes TLP ha sido defendida previamente^{11, 25}. De hecho, cuando las características de pacientes TLP son analizadas en función de la comorbilidad que presentan los pacientes se han observado la existencia de perfiles diferentes entre pacientes TLP en función de la presencia o no de determinados trastornos comórbidos. En esta línea, un reciente trabajo de nuestro grupo²⁵, en el que se comparan pacientes TLP con y sin comorbilidad con el Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH), apunta la existencia de un subtipo de TLP con mayor impulsividad y mayor homogeneidad comórbida intragrupos cuando presenta de forma comórbida un TDAH, comparado con los pacientes con diagnóstico de TLP y sin TDAH comórbido. Estos últimos se caracterizarían por una mayor heterogeneidad en los trastornos comórbidos, con mayor frecuencia de trastornos afectivos, de ansiedad y menor consumo de sustancias ilegales.

CONCLUSIONES

El presente estudio concluye que el TLP parece ser un trastorno mejor descrito a partir de la existencia de 3 diferentes factores, en función de las combinaciones de sus criterios DSM-IV. Estos diferentes factores podrían estar reflejando la existencia de diferentes subtipos de pacientes TLP con características diferenciales. El estudio de la posible existencia de subgrupos de pacientes TLP, los cuales podrían caracterizarse por el predominio de sintomatología de uno de los factores, permitirá una mayor comprensión de la heterogeneidad del trastorno; mejorar el estudio y conocimiento de la etiología, definiendo las posibles bases etiopatogénicas diferentes que puedan existir detrás de esta complejidad; así como una mejor identificación de diferentes perfiles psicopatológicos, los cuales pueden presentar distintos perfiles clínicos con distinto pronóstico. Todo ello podría ser de gran utilidad, para establecer la base del estudio de las diferentes opciones terapéuticas más adecuadas para el TLP, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha contado con el apoyo del *Pla Director de Salut Mental i Addiccions (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya)* y la subvención de la *Obra Social – Fundació "la Caixa"* (2007-2010).

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
2. Zanarini MC, Frakenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis II comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Compr Psychiatry*. 1998;39(5):296-302.
3. Becker DF, Añez LM, Paris M, Grilo, CM. Exploratory factor analysis of Borderline Personality criteria in monolingual Hispanic outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Research*. 2010;178(2):305-8.
4. Clarkin JF, Hull JW, Hurt SW. Factor structure of borderline personality disorder criteria. *J Personal Disord*. 1993;7(2):137-43.
5. Clifton A, Pilkonis PA. Evidence for a single latent class of diagnostic and statistical manual of mental disorders borderline personality pathology. *Compr Psychiatry*. 2007;48:70-8.
6. Johansen M, Karterud S, Pedersen G, Gude T, Falkum E. An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(4): 289-98.
7. Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Donati D, Namia C, Novella L. Latent structure analysis of DSM-IV Borderline Personality Disorder Criteria. *Compr Psychiatry*. 1999;40(1):72-9.
8. Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Factor analysis of the DSM-IV-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1629-33.
9. Sanislow CA, Grilo CM, Morey LC, Bender DS, Skodol AE, Gunderson JG, et al. Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for Borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Am J Psychiatry*. 2002;159(2):284-90.
10. Sanislow CA, Morey LC, Grilo CM, Gunderson JG, Shea M, Skodol AE, et al. Confirmatory factor analysis of DSM-IV borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105(1):28-36.
11. Bornovalova MA, Levy R, Gratz KL, Legues CW. Understanding the heterogeneity of BPD symptoms through Latent Class Analysis: Initial results and clinical correlates among inner-city substance users. *Psychol Assess*. 2010;22(2):233-45.
12. Andión O, Ferrer M, Gancedo B, Calvo N, Barral C, Torrubia R, et al. Confirmatory Factor Analysis of Borderline Personality Disorder symptoms based on two different interviews: the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorder and the Revised Diagnostic Interview for Borderline. *Psychiatry Res* (in press).
13. Hyler SE. *PDQ-4+ Personality Diagnostic Questionnaire-4+*. New York: New York State Psychiatric Institute, 1994.
14. Firts MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. The structured clinical interview for DSM-IV axis II disorders (SCID-II). New York: Biometrics Research Department (NY): New York State Psychiatric Institute, 1999.
15. Firts MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. The structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I). New York: Biometrics Research Department (NY): New York State Psychiatric Institute, 1997.
16. Calvo N, Caseras X, Gutiérrez F, Torrubia R. Adaptación Española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:7-13.
17. Hopwood CJ, Morey LC, Edelen MO, et al. A Comparison of Interview and Self-Report Methods for the Assessment of Borderline Personality Disorder Criteria. *Psychol Assess*. 2008;20(1):81-5.
18. Sansone RA, Reddington A, Sky K, Wiederman MW. Borderline Personality Symptomatology and History of Domestic Violence among women in a Internal Medicine Setting. *Violence and Victims*. 2007;22(1):120-6.
19. Sansone RA, Barnes J, Muennich E, Wiederman MW. Borderline personality symptomatology and sexual impulsivity. *Int J Psychiatry Med*. 2008;38(1):53-60.
20. Sansone RA, Nighat AT, Buckner VR, Wiederman MW. The relations between Borderline Personality Symptomatology and somatic preoccupation among internal medicine outpatients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10:286-90.
21. Sansone RA, Schumacher D, Wiederman MW, Routsong-Weichers. The prevalence of binge eating disorder and borderline personality symptomatology among gastric surgery. *Eating Behaviors (ScienceDirect)*. 2008;9:197-202.
22. Yang J, McCrae RR, Costa PT, Yao S, Dai X, Cai T, et al. The cross-cultural generalizability of Axis II constructs: An evaluation of two personality disorder assessment instruments in the people's Republic of China. *J Personal Disord*. 2000;14:249-63.
23. Arbuckle JL. *AMOS 7.0 user's guide*. Chicago: Smallwaters Corporation, 2006.
24. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus alternatives. *Structural Equation Modeling*. 1999;6:1-55.
25. Ferrer M, Andión O, Matalí J, Valero S, Navarro JA, Ramos-Quiroga JA, et al. Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Borderline patients defines an impulsive subtype of Borderline Personality Disorder. *J Personal Disord*. 2010;24(6):813-23.