

# Modificación de la hostilidad en personas con trastorno de la personalidad grave y su relación con la adherencia terapéutica

Juan M. Ramos, Aintzane Sánchez, Julia Olivares y Alejandra Delgado

Hospital Dr. R. Lafora, Madrid, España

## Modification of hostility in individuals with severe personality disorder and its relationship to therapeutic adherence

### ABSTRACT

**Objective:** This study examines the modifiability of hostility in personality disorders (PD), its relationship with clinical severity and treatment adherence, and the cognitive processes involved in change. **Method:** A total of 483 adults who meet criteria for severe personality disorder (excluding antisocial PD) and consecutively admitted to a hospital-based therapeutic community participated in the study. Hostility, suspiciousness, and obsessiveness were assessed before and after the intervention using the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Personality profiles were obtained using the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II). **Results:** A positive correlation was found between hostility and clinical severity, and a reduction in hostility was associated with the intervention. No significant differences in hostility levels were observed between patients who completed treatment and those who dropped out prematurely. Changes in suspiciousness and obsessiveness accounted for 50% of the variance in hostility change. **Conclusion:** The findings demonstrate that hostility can be reduced in individuals diagnosed with severe PD.

**Keywords:** Personality disorder; hostility; treatment adherence; obsessiveness; paranoid ideation.

### RESUMEN

**Objetivo:** Este trabajo examina la modificabilidad de la hostilidad que se da en el trastorno de la personalidad (TP) grave, su relación con la gravedad clínica y la adherencia al tratamiento, y qué procesos cognitivos están implicados en el cambio. **Método:** Participaron 483 adultos con diagnóstico de trastorno de la personalidad grave (excluyendo el TP antisocial) ingresados sucesivamente en una comunidad terapéutica hospitalaria. Mediante el Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R) se evaluó el nivel de hostilidad, suspicacia y obsesividad antes y después de la intervención; el perfil de personalidad se obtuvo con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). **Resultados:** Encontramos una correlación positiva entre la hostilidad y la gravedad clínica, y una reducción de la hostilidad asociada a la intervención. No se observaron diferencias en el nivel de hostilidad entre los pacientes que completaron el tratamiento y los que lo abandonaron prematuramente. Los cambios en suspicacia y obsesividad predijeron el 50% de varianza del cambio en hostilidad. **Conclusión:** Se demuestra que es factible la reducción de la hostilidad en personas con diagnóstico de TP.

**Palabras clave:** Trastorno de la personalidad; hostilidad; adherencia terapéutica; obsesividad; ideación paranoide.

## Introducción

La hostilidad es un constructo multidimensional que integra aspectos actitudinales (evaluación desconfiada y

cínica hacia los demás), emocionales (rabia, irritabilidad) y conductuales (comportamiento agresivo; Ramírez y Andreu, 2006). El componente actitudinal es equivalente al concepto de rasgo de rabia, definido como una predisposición dimensional de la personalidad antecedente del estado emocional de rabia y de la conducta agresiva (Veenstra et al., 2018). La hostilidad implica la creencia de que la conducta ajena está motivada egoístamente, de que los demás son dañinos y provocadores,

Recibido: 20 de junio 2024; aceptado: 28 de mayo 2025.  
 Correspondencia: Juan Manuel Ramos, Hospital Dr. R. Lafora. Ctra. Colmenar Viejo, Km. 13.800, 28049 Madrid, España. Correo-e: jmramos@cop.es

deshonestos y mezquinos (Eckhardt et al., 2004). Un elevado rasgo de rabia se asocia con atención selectiva a claves sociales hostiles, con interpretación de la conducta ajena en clave hostil y con rumia de experiencias pasadas provocadoras de rabia (Owen, 2011).

El diagnóstico del trastorno de la personalidad (TP) suele asociarse a un incremento del riesgo de desarrollar un comportamiento agresivo y violento (Dunne et al., 2018). Aunque no es su característica central y la relación entre TP y peligrosidad social es compleja (Gilbert et al., 2015), esta asociación puede incrementar el prejuicio y el estigma social hacia los que reciben ese diagnóstico (Girasek et al., 2022). Las personas con trastorno mental se enfrentan a una serie de creencias estigmatizantes, prejuicios y comportamientos de discriminación que empeoran su sintomatología y merman su calidad de vida (Thornicroft et al., 2022). El trabajo de Arbach y Andrés-Pueyo (2007) recoge la evidencia disponible a partir de estudios que investigan la relación entre violencia (el componente conductual de la hostilidad) y salud mental. En relación con personas diagnosticadas de TP se ha sugerido una prevalencia de violencia entre el 11 y el 12.7%, cinco veces mayor que la de las personas no diagnosticadas; el abuso de alcohol comórbido duplicaba la tasa, y el abuso de drogas la triplicaba. Otro estudio encontró en pacientes un riesgo de violencia de 2 a 3 veces mayor que en no pacientes. Los autores destacan el MacArthur Violence Risk Assessment Study, cuyos resultados, combinados con otros estudios derivados de él, indican una prevalencia a lo largo de un año de incidentes violentos cercana al 30% en pacientes psiquiátricos. Por diagnósticos, presentaron conductas violentas en las primeras 20 semanas posteriores al alta el 9% de los pacientes con esquizofrenia, el 19% de los pacientes con depresión, el 15% de los que tenían un trastorno bipolar, el 17.2% de otros trastornos psicóticos, el 29% de los que presentaban abuso de sustancias y el 25% de los diagnosticados con TP. El estudio MacArthur pretendía desentrañar factores de riesgo de conducta violenta en la población psiquiátrica y encontró que el diagnóstico en cuanto tal se asociaba con un nivel bajo de violencia, pero otras variables como el maltrato físico en la infancia, el abuso de sustancias, los pensamientos violentos, la suspicacia y alucinaciones auditivas de pérdida de control interno mostraban una importante relación con la violencia.

La proporción de pacientes psiquiátricos clasificados como agresivos en un metaanálisis citado por Girasek et al. (2022) oscilaba entre el 8 y el 44 %. En el mismo artículo se citan otros estudios que muestran que, de entre las personas diagnosticadas con TP, la agresión se asociaba típicamente al grupo B (antisocial, límite, histrión-

ico y narcisista). Los pacientes con trastorno de la personalidad límite (TPL) y TP antisocial tienen una probabilidad cuatro veces superior de ser hostiles durante un ingreso hospitalario que el resto de los TP. Durante un período de un año, el 73 % de personas con TPL se comportaron agresivamente y el 58 % se vio involucrado en peleas; la autoagresión es, no obstante, su forma más común de dirigir la hostilidad.

Cuando se realizan análisis multivariados, se observa que el trastorno mental grave por sí solo no predice comportamiento violento, sino únicamente cuando se asocia a otros factores biográficos, clínicos y contextuales (Elbogen y Johnson, 2009). Así, un adecuado análisis de factores como el sexo, la edad, el nivel educativo, el estatus socioeconómico, el consumo de sustancias o la conducta agresiva previa ayudará mejor que el diagnóstico de trastorno mental a evaluar el riesgo de conducta agresiva y a potenciar su disminución. Las clasificaciones categoriales de los TP parecen dificultar una comprensión más refinada de esta conexión entre TP y agresión (Dunne et al., 2018). Estos autores, siguiendo el enfoque dimensional alternativo, encuentran que las facetas de hostilidad y de asunción de riesgos se relacionan significativamente con la agresión.

Así pues, se ha observado un elevado rasgo de hostilidad en diferentes poblaciones clínicas, siendo más de hostilidad reactiva-impulsiva que de proactiva-planificada (Wilkowski y Robinson, 2010). Por lo que se refiere a su componente emocional, la psicología clínica identifica la rabia como un elemento transdiagnóstico que subyace en categorías tales como el trastorno explosivo intermitente, el trastorno negativista desafiante, el trastorno bipolar, el trastorno antisocial de la personalidad o el TPL (Fernández y Johnson, 2016). De acuerdo con la teorización de Wilkowsky y Robinson (2010), cuando el estado emocional de rabia supera en intensidad a la capacidad de regulación o control del impulso agresivo, el comportamiento dañino es la consecuencia más probable. El estado de rabia está inversamente asociado al control de impulsos, particularmente en contextos hostiles (Lievaart et al., 2018). Y precisamente la impulsividad y el déficit de regulación emocional son considerados no sólo características esenciales del diagnóstico de TPL en particular (Leichsenring et al., 2024), sino también procesos contribuyentes para el desarrollo de este trastorno (Chapman, 2019). En este grupo diagnóstico, heterogéneo y controvertido (Leichsenring et al., 2024), el problema de la interrupción de tratamientos es particularmente importante y prevalente (Iliakis et al., 2021). En efecto, un elevado rasgo de hostilidad añade dificultades al abordaje terapéutico por parte de los clínicos y las instituciones (Veenstra et al., 2018). Pues,

además de su complicado manejo durante los periodos de hospitalización, la hostilidad ha sido asociada a un menor deseo de buscar tratamiento y a alarmantes tasas de abandono de intervenciones iniciadas. En su revisión sistemática sobre el TPL, de Freixo-Ferreira et al. (2023) encontraron una tasa de abandonos entre el 30.9 y el 69%, a pesar del sofisticado desarrollo de formas específicas de psicoterapia. Señalan que la interrupción del tratamiento conlleva mayores tasas de hospitalización, peores niveles de funcionamiento global, de gravedad clínica y de funcionamiento interpersonal. También un gasto ineficiente de recursos, un incremento de las listas de espera y una percepción social negativa de la tratabilidad de esta patología. La hostilidad elevada fue identificada como un claro factor predictivo de interrupción terapéutica en pacientes con TPL.

Por otra parte, es conocida la asociación de la hostilidad con hipertensión y enfermedades cardiovasculares (Smith et al., 2004), diabetes, trastornos gástricos y endocrinos (Staicu y Cutov, 2010), hiperglucemia y obesidad (Vassou et al., 2020), uso perjudicial de sustancias (Baharvand y Malekshahi, 2019) y de alcohol (Sharma et al., 2017). Además, la dificultad para regular la hostilidad expone a la persona a acciones desadaptativas, ideación suicida, accidentes de tráfico o violencia doméstica (Richard et al., 2022). Por su relevancia teórica y clínica, están surgiendo propuestas para que los trastornos de la irritabilidad tengan en la nosología médica un espacio equivalente al reservado para los trastornos de la tristeza y de la ansiedad (Yager, 2020).

Se han propuesto diferentes enfoques para conseguir una reducción de la hostilidad y la rabia en población clínica. En su revisión sistemática, Richard et al. (2022) señalan que la rabia está asociada cognitivamente con atención selectiva e impulsividad, y recomiendan una terapia cognitivo-conductual basada en atención plena. Ciecinski et al. (2022), por su parte, encontraron en su revisión y metaanálisis que la terapia dialéctico-conductual reducía la rabia transdiagnóticamente. Más recientemente, Ciecinski et al. (2023) encontraron que la modificación de sesgos cognitivos (que incluye sesgos atencionales e interpretativos) mejoró la agresividad. Un ensayo controlado (Polat y Asi Karakaş, 2021) mostró una reducción del proceso de rumia del enfado y de la impulsividad gracias a una intervención de entrenamiento para el manejo de la rabia basado en la terapia de aceptación y compromiso. Centrándose en la selección de disparadores situacionales, Brondolo et al. (1997) sugirieron una terapia de exposición a claves para reducir la agresión. Desde un punto de vista psicodinámico, Manfredi y Taglietti (2022) propusieron enfocarse en la función de la rabia y en su integración con la identidad.

Finalmente, añadamos que el modelo de comunidad terapéutica, que establece una micro-sociedad controlable que promueve la responsabilidad en el aprendizaje y el sentido de pertenencia (Campling, 2001), ha demostrado obtener una mejora significativa en la agresión dirigida a uno mismo y a otro (Pearce et al., 2017).

Según el modelo cognitivo integrativo de Wilkowski y Robinson (2020), tres procesos convergen en la experiencia de la rabia: la propensión a percibir rasgos hostiles en los demás o suspicacia, la rumia de pensamientos hostiles u obsesividad, y un esfuerzo ineficaz en la regulación emocional o hipocontrol. Según el modelo de evitación de la rabia (Gardner y Moore, 2008), las experiencias aversivas tempranas y crónicas producen sesgos en el procesamiento de la información, dificultades en la regulación emocional y esfuerzos intensos por evitar la rabia. La evitación puede ser cognitiva (rumia de pensamientos hostiles) y comportamental (agresión). La modificación de estos procesos llevaría a una neutralización de las reacciones agresivas y explicaría la reducción de la hostilidad.

La rabia y otras emociones relacionadas como odio, agresividad, venganza, resentimiento o celos surgen de manera habitual en las relaciones interpersonales frustrantes en todas las personas y, aunque tienen su significado evolutivo (Williams, 2017), pueden desencadenar tragedias y crueldad inhumana (Marina, 2021). Además, el contexto histórico contemporáneo de confrontación polarizada y el impacto de la tecnología de la desinformación (Han, 2022) dificultan a las personas proclives a la hostilidad el control esforzado de sus impulsos agresivos. A ello se suma el estigma que existe hacia las personas diagnosticadas con un trastorno mental (Corrigan y Rao, 2012), que puede reforzar en ellas la suspicacia y la reacción hostil. Por ello se considera de especial actualidad y relevancia atender esta dimensión de la personalidad en personas con TP grave, entender mejor los procesos que subyacen y promover su modulación adaptativa.

Los objetivos planteados para este trabajo fueron dos: verificar si el rasgo de hostilidad se asocia al abandono terapéutico en una muestra de personas con TP grave, y comprobar si la eventual modificación del nivel de hostilidad tras 6 meses de intervención es pronosticada por el cambio en la suspicacia y en la obsesividad. En concreto, se plantearon las siguientes hipótesis: (1) el nivel de hostilidad correlacionará positivamente con la gravedad de la sintomatología; (2) los adherentes al programa de tratamiento presentarán menor nivel de hostilidad que los que lo abandonan prematuramente; (3) tras el tratamiento se observará una disminución del nivel de hostilidad; y (4) el cambio en ideación paranoide y en obsesividad predecirán la mejora en hostilidad.

## Método

### *Participantes*

La muestra estuvo compuesta por adultos ( $N = 483$ ) que fueron admitidos sucesivamente entre 2008 y 2023 en una unidad hospitalaria específica para TP. Todos cumplían criterios de TP grave, diagnosticados por los profesionales responsables de su tratamiento en los centros públicos de salud mental de la Comunidad de Madrid, y finalmente aceptados tras verificación diagnóstica y motivacional mediante entrevistas clínicas en la propia unidad de TP. Fueron criterios de exclusión presentar daño cerebral, discapacidad intelectual, trastorno antisocial, grave dependencia de sustancias, grave anorexia nerviosa y estar en algún proceso judicial.

### *Instrumentos*

*Cuestionario de 90 síntomas* (SCL90-R; Derogatis, 2002). Es un listado de autoinforme de un rango amplio de síntomas psicopatológicos. El participante puntúa en una escala tipo Likert (de 0 a 4) el grado de malestar con que ha experimentado en las últimas semanas para cada uno de los 90 síntomas que incluye el cuestionario. Consta de 10 escalas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y 3 índices globales (Índice global de gravedad, Índice de malestar de síntomas positivos y Total de síntomas positivos). Cuenta con una fiabilidad aceptable, con elevados coeficientes de consistencia interna ( $\alpha > .81$ ) y test-retest por encima de .78. En el presente estudio se obtuvieron adecuadas evidencias de fiabilidad para la subescala de hostilidad ( $\alpha = .97$  y de .87). La variable hostilidad fue operativizada mediante la puntuación directa obtenida en la subescala de hostilidad del SCL90-R, que incluye los siguientes ítems: 11. “Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado”; 24. “Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar”; 63. “Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien”; 67. “Tener ganas de romper algo”; 74. “Tener discusiones frecuentes”; y 81. “Gritar o tirar cosas”. Las variables de suspicacia y obsesividad se operativizan como las puntuaciones obtenidas en otras dos escalas del SCL90-R: ideación paranoide y obsesión-compulsión, respectivamente.

*Inventario Clínico Multiaxial de Millon* (MCMI-II; Millon, 1999). Consiste en 175 frases con respuesta dicotómica (verdadero/falso) y ofrece un perfil de 10 escalas básicas de personalidad (esquizoide, evitativa, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva/

sádica, compulsiva, pasiva-agresiva y autodestructiva) más 3 escalas de personalidad patológica grave (esquizotípica, límite y paranoide). Incluye además 9 escalas de síndromes clínicos (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol, abuso de drogas, pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). La consistencia interna fue satisfactoria, con coeficientes Kuder-Richardson entre .81 y .95, según datos de la muestra original recogida en el manual. En el presente estudio se obtuvieron adecuadas evidencias de fiabilidad ( $\alpha$  medio = .88).

Teniendo en cuenta que las escalas de personalidad se combinan en cada persona constituyendo un perfil diferenciado, se utilizaron las 13 escalas de personalidad del MCMI-II para realizar, de manera exploratoria, diversos análisis de conglomerados para elegir el perfil más parsimonioso que diferenciara a las personas (no a las escalas) por su nivel de hostilidad. Así se obtuvo una variable categorial de perfil de personalidad hostil frente a perfil(es) no hostiles.

### *Procedimiento*

Tras la firma de un contrato terapéutico, los participantes se implicaron voluntariamente durante 6 meses en un programa de intervención hospitalaria inspirado en el modelo de comunidad terapéutica (Campling, 2001). El programa estaba inserto en la red de recursos de la Comunidad de Madrid y fue diseñado para promover los valores de participación, responsabilidad, respeto y aprendizaje interpersonal. El programa perseguía que los participantes reconceptualizaran sus problemas, validaran sus limitaciones y encararan de manera más eficaz los retos de su específico entorno sociofamiliar. Integraba intervenciones individuales (medicación, psicoterapia, asesoramiento), sesiones familiares y actividades grupales de amplio espectro, en un coordinado esfuerzo multiprofesional (psiquiatría, psicología, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social). El centro de las actividades grupales era la asamblea, espacio que favorece la participación de todos. Otros talleres perseguían ofrecer información, promover la capacitación, la aceptación, la integración, la mentalización, la auto-dirección y el entrenamiento en habilidades.

El programa incluía la evaluación psicosocial mediante una batería en papel de cuestionarios que se completan al principio y al final del mismo. La batería constaba de instrumentos para medir gravedad sintomatológica, impulsividad, pensamientos automáticos, flexibilidad cognitiva, procesos de regulación emocional, estilos de afrontamiento y rasgos de personalidad. De ella se seleccionaron, por su utilidad para responder a las hipótesis planteadas, los dos



instrumentos utilizados para el presente trabajo. Los datos perdidos fueron excluidos según caso (*casewise*). Las puntuaciones fueron procesadas en una base de datos separada para preservar el anonimato. Se recogió un documento de consentimiento informado de utilización de los datos para fines de investigación y publicación y se contó para este proyecto concreto con la aprobación de la Comisión de Investigación del Hospital Dr. R. Lafora (PI 1-2021).

### Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar la muestra en cada variable estudiada. Mediante el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) se realizaron correlaciones bivariadas y se exploró la asociación de la hostilidad (subescala del SCL90-R) con el resto de las variables. Varios análisis de conglomerados a partir de las 13 escalas de personalidad del MCMI-II (con  $k = 2, 3, 4$  y  $5$ ) permitieron elegir la solución más parsimoniosa que discriminara una tipología con mayor nivel de hostilidad (perfil de personalidad hostil). Se contrastaron entonces las diferencias en hostilidad entre adherentes y no adherentes al programa con la prueba  $t$ -Student, y con  $\chi^2$  se comprueba la independencia entre las variables adherencia y perfil de personalidad.

El cambio en hostilidad tras la intervención fue examinado con un ANOVA de medidas repetidas, tomando el tiempo (pre, post) como factor intrasujetos y el perfil de personalidad como factor intersujetos. El efecto de interacción detectaría eventuales diferencias en la magnitud del cambio en hostilidad según el perfil de personalidad. Finalmente, se efectuaron análisis de regresión lineal jerárquica del cambio en ideación paranoide y en obsesividad (predictores) sobre el cambio en hostilidad (criterio). Estos dos predictores fueron seleccionados de acuerdo con el modelo teórico de Wilkowsky y Robinson (2010). En un primer bloque se introdujeron los dos predictores (análisis confirmatorio) y en un segundo bloque se añaden por pasos el resto de las escalas de SCL90-R, para observar si alguna otra variable explicaba mejor el cambio en hostilidad (análisis exploratorio). Se verificaron las asunciones de linealidad, homocedasticidad, normalidad de residuos, independencia de errores (Durbin-Watson) y de no multicolinealidad (VIF). Los análisis se realizaron con el programa SPSS Statistics v.26 (IBM Corp., 2019).

### Resultados

Las características demográficas y clínicas de la muestra se presentan en la Tabla 1. La mayoría eran solteros (67.1%), vivían con algún familiar (78.8%) y no tenían vivienda propia (81.2%). Contaban con estudios universi-

tarios el 27%. El 50.8% estaba desempleado, el 28.3% tenía una discapacidad laboral temporal y el 20.9% permanente. Tenían reconocido un grado de discapacidad (entre 33% y 75%) el 41.9%. El diagnóstico predominante de derivación al programa (63.1%) era TPL; el resto, TP no especificado (20.7%), mixto (12.6%), u otros TP (3.6%).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la muestra (N = 483)

| Variables               | n         | %     |      |
|-------------------------|-----------|-------|------|
| Sexo                    |           |       |      |
| Mujer                   | 390       | 80.7  |      |
| Varón                   | 93        | 19.3  |      |
| Adherencia              |           |       |      |
| No adherentes           | 192       | 39.7  |      |
| Adherentes              | 291       | 60.3  |      |
| Perfil de personalidad* |           |       |      |
| Perfil 1                | 237       | 57.7  |      |
| Perfil 2                | 174       | 42.3  |      |
|                         | Rango     | M     | DT   |
| Edad                    | 18-58     | 35.94 | 8.99 |
| Gravedad de síntomas**  | 0.41-3.84 | 2.48  | 0.69 |
| Hostilidad***           | 0-4       | 2.15  | 1.12 |

Nota. \* Resultado del análisis de conglomerados de las 13 escalas de personalidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millón (MCMI-II) con  $k = 2$  en  $n=411$ \*\* Índice de gravedad global (GSI) del Listado de 90 síntomas (SCL90-R); \*\*\* Subescala de hostilidad del Listado de 90 síntomas (SCL90-R).

La puntuación media en la escala de hostilidad (ver Tabla 1) ocupó el puesto octavo de las 10 escalas del SCL90-R ordenadas de mayor a menor intensidad, y su dispersión (DT) es la mayor. En la muestra predominó la sintomatología depresiva y ansiosa (depresión:  $M = 3.13$ ,  $DT = 0.70$ ; ansiedad:  $M = 2.70$ ,  $DT = 0.88$ ; obsesión/compulsión:  $M = 2.70$ ,  $DT = 0.79$ ; escala adicional:  $M = 2.60$ ,  $DT = 0.81$ ; sensibilidad interpersonal: ideación paranoide:  $M = 2.32$ ,  $DT = 0.92$ ; somatización:  $M = 2.24$ ,  $DT = 0.98$ ; ansiedad fóbica:  $M = 2.03$ ,  $DT = 1.12$ ; psicoticismo:  $M = 1.99$ ,  $DT = 0.87$ ). La puntuación en las escalas de personalidad del MCMI-II mostraron un predominio de las escalas límite ( $M = 63.21$ ,  $DT = 13.90$ ), pasivo/agresiva ( $M = 45.01$ ,  $DT = 10.94$ ), fóbico/evitativa ( $M = 43.17$ ,  $DT = 12.85$ ), autodestructiva ( $M = 42.08$ ,  $DT = 10.52$ ) y esquizotípica ( $M = 38.54$ ,  $DT = 12.83$ ). Las medias de todas estas escalas corresponden con una puntuación de tasa base superior a 85.

La escala de hostilidad correlacionó por encima de  $r = .39$  ( $p < .001$ ) con el resto de las escalas del SCL90-R. En la Tabla 2 se muestra su correlación con las escalas de personalidad y de síndromes clínicos del MCMI-II.

Tabla 2. Correlaciones de la escala de hostilidad del Cuestionario de 90 síntomas (SCL90-R) con las escalas del Inventario Clínico Mutiaxial de Millon (MCMI-II)

|                         | Hostilidad |
|-------------------------|------------|
| Escalas de personalidad |            |
| Esquizoide              | .00        |
| Fóbico-evitativo        | .16**      |
| Dependiente             | -.19**     |
| Histriónica             | .04        |
| Narcisista              | .06        |
| Antisocial              | .20**      |
| Agresivo-sádica         | .30**      |
| Compulsiva              | -.19**     |
| Pasivo-agresivo         | .44**      |
| Autodestructiva         | .22**      |
| Esquizotípica           | .19**      |
| Límite                  | .43**      |
| Paranoide               | .13**      |
| Síndromes clínicos      |            |
| Ansiedad                | .26**      |
| Histeriforme            | .27**      |
| Hipomanía               | .19**      |
| Distimia                | .28**      |
| Abuso de alcohol        | .14**      |
| Abuso de drogas         | .26**      |
| Pensamiento psicótico   | .27**      |
| Depresión mayor         | .32**      |
| Trastorno delirante     | .09        |

Nota. \*\*  $p < .01$

El 60.3% de los participantes completaron el programa de intervención. Entre los adherentes y los que abandonaron el programa antes de completar los 6 meses del

mismo no se observaron diferencias por sexo ( $\chi^2 = 0.24$ ,  $p > .05$ ), pero sí por edad. Así, los que se mantuvieron en el programa eran 4 años mayores ( $t = -4.86$ ,  $p < .001$ ,  $g = 0.47$ , IC 95% [2.36, 5.57]). No se encontraron diferencias en el nivel de hostilidad de ambos grupos; tampoco en las demás subescalas del SCL90-R ni, consecuentemente, en el índice de gravedad global (ver Tabla 3). En cambio, dos escalas del MCMI-II sí mostraron diferencias: la escala narcisista (adherentes:  $n = 256$ ,  $M = 33.5$ ,  $DT = 10.6$ ; no adherentes:  $n = 151$ ,  $M = 36.0$ ,  $DT = 10.9$ ;  $t = 2.30$ ,  $p = .022$ ,  $g = 0.23$ , IC 95% [0.37, 4.68]) y la escala antisocial (adherentes:  $n = 256$ ,  $M = 35.45$ ,  $DT = 11.4$ ; no adherentes:  $n = 151$ ,  $M = 38.2$ ,  $DT = 12.1$ ;  $t = 2.35$ ,  $p = .019$ ,  $g = 0.24$ , IC 95% [0.46, 5.16]).

En los análisis de conglomerados ( $\lambda$  de Wilks = .34,  $\chi^2 = 436.11$ ,  $p < .001$ , autovalor = 1.95, correlación canónica = .81) se obtuvo una solución de 2 perfiles ( $n_1 = 237$  y  $n_2 = 174$ ; ver Tabla 4) que discriminaba el nivel de hostilidad ( $t = 5.38$ ,  $p < .001$ , IC 95% [0.28, 0.74]), pero no diferenciaba la adherencia al programa ( $\chi^2 = 0.001$ ,  $p > .05$ ). Las soluciones de  $k = 3$ ,  $k = 4$  ó  $k = 5$  conglomerados eran también independientes de la adherencia. El perfil 1 obtuvo puntuaciones más altas ( $p < .001$ ) que el perfil 2 en todas las escalas del SCL90-R. El perfil 2 presentó rasgos más histriónicos ( $t = -3.29$ ,  $p = .001$ ) que el perfil 1, cuyas puntuaciones medias fueron superiores en los rasgos esquizoide, fóbico-evitativo, dependiente, antisocial, agresivo-sádico, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico y límite. El perfil 1 presentó mayor alteración ( $t = 17.67$ ,  $p < .001$ , IC 95% [10.4, 13.0]), y menor deseabilidad que el perfil 2 ( $t = -4.58$ ,  $p < .001$ , IC 95% [-2.2, -0.9]).

Tabla 3. Diferencia de medias entre no adherentes y adherentes al programa de intervención en las subescalas del SCL90-R y en su índice de gravedad global –em

|                            | No adherentes ( $n = 190$ ) |      | Adherentes ( $n = 288$ ) |      | $t$   | 95% IC   |
|----------------------------|-----------------------------|------|--------------------------|------|-------|----------|
|                            | $M$                         | $DT$ | $M$                      | $DT$ |       |          |
| Somatización               | 2.18                        | 1.00 | 2.27                     | 0.97 | -1.05 | -0.3–0.1 |
| Obsesión-compulsión        | 2.64                        | 0.83 | 2.72                     | 0.76 | -1.18 | -0.2–0.1 |
| Sensibilidad interpersonal | 2.57                        | 0.90 | 2.60                     | 0.84 | -0.35 | -0.2–0.1 |
| Depresión                  | 3.07                        | 0.77 | 3.18                     | 0.64 | -1.72 | -0.2–0.1 |
| Ansiedad                   | 2.69                        | 0.90 | 2.70                     | 0.86 | -0.14 | -0.2–0.1 |
| Hostilidad                 | 2.18                        | 1.14 | 2.12                     | 1.11 | 0.51  | -0.1–0.3 |
| Ansiedad fóbica            | 1.99                        | 1.15 | 2.04                     | 1.10 | -0.45 | -0.2–0.2 |
| Ideación paranoide         | 2.35                        | 0.91 | 2.30                     | 0.92 | 0.66  | -0.1–0.2 |
| Psicoticismo               | 1.99                        | 0.88 | 2.01                     | 0.87 | -0.79 | -0.2–0.1 |
| Adicional                  | 2.57                        | 0.82 | 2.62                     | 0.80 | -0.68 | -0.2–0.1 |
| Gravedad global            | 2.45                        | 0.73 | 2.50                     | 0.66 | -0.80 | -0.2–0.1 |

Tabla 4. Análisis discriminante de los dos conglomerados de personalidad tomando como predictores las 13 escalas de personalidad del MCMI-II y como criterio la clasificación derivada del análisis de conglomerados

| Predictores <sup>1</sup> | Función 1                    |                             |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|
|                          | Coefficientes estandarizados | Coefficientes estructurales |
| Fóbico-evitativa         | .39                          | .76                         |
| Esquizotípica            | .34                          | .76                         |
| Autodestructiva          | .42                          | .71                         |
| Límite                   | .08                          | .59                         |
| Pasivo-agresiva          | .23                          | .42                         |
| Esquizoide               | -.02                         | .36                         |
| Paranoide                | .09                          | .24                         |
| Agresivo-sádica          | .06                          | .14                         |
| Dependiente              | -.12                         | .14                         |
| Histriónica              | -.01                         | -.12                        |
| Antisocial               | .04                          | .10                         |
| Narcisista               | -.02                         | -.05                        |
| Obsesivo-compulsiva      | .03                          | -.02                        |

Nota. <sup>1</sup> Variables ordenadas por el tamaño absoluto de la correlación dentro de la función.

Tras los 6 meses de intervención, los participantes que completaron el programa obtuvieron una reducción significativa del nivel de hostilidad ( $M_{pre} = 2.13$  (1.1),  $M_{post} = 1.31$  (1.1),  $t(257) = 11.25$ ,  $p < .001$ ,  $g = 0.74$ , IC 95% [0.68, 0.97]). La reducción no fue diferente según el perfil de personalidad ( $t = 0.80$ ;  $p > .05$ ), a pesar de que el nivel de hostilidad pretratamiento era mayor en el perfil 1. El cambio en hostilidad logrado por cada uno de los

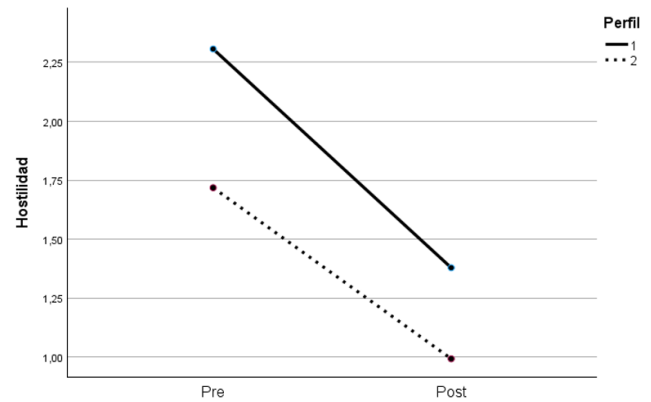


Figura 1. Nivel de hostilidad pre y post intervención según la pertenencia a cada uno de los dos perfiles de personalidad establecidos tras el análisis de conglomerados.

perfiles se muestra en la Figura 1. En el ANOVA de medidas repetidas se constataron diferencias en hostilidad tanto en el factor intrasujetos (cambio pre-post intervención:  $F = 116.447$ ,  $p < .001$ ) como en el factor intersujetos (perfil de personalidad:  $F = 116.45$ ,  $p < .001$ ), pero no hubo efectos de interacción ( $F = 1.74$ ,  $p > .05$ ).

El análisis de regresión (Durbin-Watson = 1.95; VIF medio = 1.70 [paso 1], 2.06 [paso 2] y 2.36 [paso 3]) mostró:  $R^2 = .50$  (paso 1);  $\Delta R^2 = .03$ ,  $p < .001$  (paso 2);  $\Delta R^2 = .02$ ,  $p = .004$  (paso 3). Los cambios en ideación paranoide y en obsesividad explicaron el 50% de la varianza del cambio en hostilidad (ver Tabla 5). El cambio en ideación paranoide se confirmó como el mejor predictor del cambio en hostilidad; su coeficiente estandarizado  $\beta$  era el mayor en los tres modelos de regresión, y explicaba por sí solo el 42% de la varianza.

Tabla 5. Modelo lineal de predictores del cambio en hostilidad

|                               | <i>B</i> | <i>ET</i> | <i>IC 95%</i> | $\beta$ | <i>p</i> |
|-------------------------------|----------|-----------|---------------|---------|----------|
| <b>Paso 1</b>                 |          |           |               |         |          |
| Constante                     | 0.11     | 0.07      | -0.01, 0.24   |         | ns       |
| Cambio en ideación paranoide  | 0.48     | 0.07      | 0.35, 0.61    | .41     | < .001   |
| Cambio en obsesión compulsión | 0.44     | 0.07      | 0.30, 0.57    | .37     | < .001   |
| <b>Paso 2</b>                 |          |           |               |         |          |
| Constante                     | 0.07     | 0.07      | -0.07, 0.20   |         | ns       |
| Cambio en ideación paranoide  | 0.39     | 0.07      | 0.26, 0.53    | .34     | < .001   |
| Cambio en obsesión compulsión | 0.29     | 0.08      | 0.14, 0.44    | .24     | < .001   |
| Cambio en somatización        | 0.31     | 0.07      | 0.16, 0.46    | .25     | < .001   |
| <b>Paso 3</b>                 |          |           |               |         |          |
| Constante                     | 0.05     | 0.07      | -0.08, 0.18   |         | ns       |
| Cambio en ideación paranoide  | 0.31     | 0.07      | 0.17, 0.46    | .27     | < .001   |
| Cambio en obsesión compulsión | 0.23     | 0.08      | 0.07, 0.38    | .19     | .004     |
| Cambio en somatización        | 0.24     | 0.08      | 0.09, 0.39    | .20     | .002     |
| Cambio en psicoticismo        | 0.24     | 0.08      | 0.08, 0.40    | .20     | .004     |

## Discusión

El presente estudio pretendía clarificar el efecto del rasgo de hostilidad sobre la gravedad de los síntomas psicopatológicos y la adherencia terapéutica. También examinó la modificabilidad de la hostilidad tras la intervención, y el papel de dos procesos asociados a su posible cambio, i.e., la suspicacia y la obsesividad.

Se observó un nivel medio elevado de hostilidad, superior al referido por otros estudios para poblaciones diferentes (Caparrós-Caparrós et al., 2007; Derogatis, 2002; Lee et al., 2020). Pero la alta dispersión de su puntuación y la obtención de un perfil de personalidad diferenciado de pacientes con tendencia hostil frente a otro con baja hostilidad confirman los hallazgos de Elbogen y Johnson (2009). El trastorno mental por sí solo no predice hostilidad ni agresión, sino una combinación de factores que pueden darse independientemente del diagnóstico. Este resultado acentúa la pertinencia de las investigaciones que intentan desvelar los procesos subyacentes a la respuesta hostil de las personas con TP (Williams, 2017) y así contrarrestar el estigma hacia dicho colectivo.

Los resultados corroboran la primera hipótesis, i.e., el grado de hostilidad correlaciona positivamente con la gravedad de síntomas. Es cierto que todas las escalas del SCL90-R presentan una correlación significativa entre sí, pero observamos que el perfil de personalidad hostil (configurado a partir del MCMI-II) abala la misma afirmación, al constatare una sintomatología de mayor gravedad en las personas con mayor hostilidad (perfil 1).

No se confirma, sin embargo, la segunda hipótesis, pues el nivel de hostilidad no diferencia entre los pacientes que completan el programa y los que lo abandonan prematuramente. Este hallazgo parece contradecir la idea de que la tendencia a experimentar más frecuentemente episodios de rabia puede explicar, junto con la impulsividad, las dificultades de los pacientes con TP en mantener la adherencia terapéutica (Veenstra et al., 2018). También discrepa de los hallazgos de una reciente revisión sistemática (de Freixo Ferreira et al., 2023) que sustentan la afirmación de que los pacientes con mayor hostilidad y débil alianza terapéutica presentan mayor tasa de abandonos. Esta revisión cita el trabajo de Arntz et al. (2015) para informar de que un mayor nivel de hostilidad (SCL90-R) se asocia a mayor abandono terapéutico en la terapia de esquemas y en la psicoterapia focalizada en la transferencia. Pero sólo uno de tres estudios examinados (Wnuk et al., 2013) encontró una asociación significativa de rabia, evaluada mediante el STAXI, con el abandono. La variabilidad de diseños, intervenciones, duración o ámbito de los estudios sobre

abandono terapéutico puede explicar la heterogeneidad en los resultados (Leichsenring et al., 2024).

Es posible que dos características de nuestro programa de intervención hayan frenado los abandonos. Por una parte, la labor que se realiza en la fase de preparación para el ingreso, cuando se anticipan y preparan potenciales situaciones disparadoras del deseo de abandono. Por otra parte, el acuerdo recogido en el contrato terapéutico según el cual solo se produciría una interrupción del programa tras haber sopesado durante 24 horas la decisión de abandono. Estas medidas parecen ayudar a frenar la impulsividad y a fomentar la capacidad de evitar tomar decisiones precipitadas. El incremento de la disposición para el tratamiento (Howells y Day, 2003) logra que el paciente se mantenga y consolide sus progresos.

No obstante, la tasa de abandonos (40%) sigue siendo demasiado elevada, aunque en línea con lo esperado para personas con TP, cuya idiosincrasia hace muy probables las rupturas de la alianza terapéutica (Leichsenring et al., 2024). En el metaanálisis de Iliakis et al. (2021) se encontró en el TPL una tasa de abandono terapéutico del 22.3% en pacientes ambulatorios, pero advierten que este es un dato minimizado por el sesgo de publicación que, corregido, ascendería al 29.9%. En un metaanálisis posterior (de Freixo Ferreira et al., 2023), el abanico de la tasa de abandonos es mayor, entre el 30.9 y el 69%. Los estudios seleccionados corresponden también a tratamientos ambulatorios, no hospitalarios, de diversa duración y características, lo que explica su elevada dispersión y por lo que sus tasas no son directamente comparables. Contar con una elevada probabilidad de discontinuidad en el tratamiento de los TP puede ser un estímulo que promueva por parte de los clínicos una evaluación continuada y una reparación cotidiana de la quebradiza interacción terapéutica, así como un diseño amplio, coordinado y flexible de la intervención. Además, abordar el problema de la auto-estigmatización podría garantizar un mejor cumplimiento terapéutico (Viscardi et al., 2024).

Aunque se ha observado que el grupo no adherente al tratamiento presenta una puntuación mayor en las escalas narcisista y antisocial del MCMI-II, la media de ambas era inferior al punto de corte clínico, por lo que no existiría patología en esas dimensiones o rasgos. Las dos escalas presentan una correlación negativa con la edad, que se muestra como un claro factor de discontinuidad terapéutica. Además, el conjunto de los rasgos interacciona en las personas concretas formando perfiles. El análisis de conglomerados determinó dos perfiles, uno más patológico que el otro. El perfil 1 exhibía una sintomatología mayor en todas las escalas del SCL90-R (incluida la de hostilidad), y superaba también al perfil 2 en el índice de



alteración del MCMI-II y en la mayoría de las escalas de personalidad patológica. Pero la gravedad resultó ser una variable independiente de la terminación del programa de tratamiento, en línea con otros estudios en los que se apunta a otras variables (insatisfacción con el tratamiento, expulsión y falta de motivación) como influyentes en la interrupción terapéutica (Iliakis et al., 2023).

Tras la intervención se observó una reducción significativa del nivel de hostilidad (hipótesis 3), que se mantiene, no obstante, por encima del de la población general y es equivalente al de las muestras de pacientes psiquiátricos (Caparrós-Caparrós et al., 2007; Derogatis, 2002; Lee et al., 2020). El diseño de este estudio, al no incluir grupo de control, no permite atribuir al tratamiento la causa del cambio, pero el hecho mismo del cambio es ya un hallazgo destacable frente a los prejuicios estigmatizadores. Más aún si se tiene en cuenta que la rabia suele ser una experiencia más persistente y duradera incluso que la conducta suicida en personas con TPL (Zanarini et al., 2005) y es uno de los aspectos que menos mejoran con las intervenciones ( $g = 0.707$ , según el metaanálisis de Rameckers et al., 2021). En nuestro estudio, el perfil de gravedad no intervino en la rebaja de la hostilidad, lo que puede interpretarse en el sentido de que la posibilidad de reducir la hostilidad es extensible a todos los perfiles y, por tanto, un objetivo esperanzador.

Se ha podido confirmar (hipótesis 4) que la reducción de la ideación paranoide y de la obsesividad predicen la reducción de la hostilidad, tal como plantea el modelo de Wilkowski y Robinson (2010). Ambos predictores explican hasta el 50 % de la varianza del cambio en hostilidad tras la intervención. Al añadir exploratoriamente el resto de las escalas del SCL90-R al análisis de regresión, se comprueba que otras dos variables (el cambio en somatización y en psicoticismo) contribuyen significativamente a la predicción del cambio en hostilidad, pero la magnitud de su contribución es muy inferior. Este hallazgo va en la línea de otros estudios empíricos que asocian el rasgo de rabia con la atención selectiva a claves sociales, la interpretación ajena del comportamiento como hostil y la tendencia a rumiar pasadas situaciones provocadoras de rabia (Owen 2011). La atribución hostil y la rumia cognitiva median secuencialmente la conexión entre rasgo de rabia y agresión (Quan et al., 2022). En una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual (Alcázar-Olán et al., 2018), se redujo no sólo la frecuencia y expresión negativa de la ira, sino también la rumiación de la ira, lo que apoya el papel mediador de este factor. Los resultados del presente trabajo corroboran el modelo teórico de partida, que ve la hostilidad como un constructo multidimensional cuyo componente actitudinal es una predisposición personal antecedente

del estado emocional de rabia y de la conducta agresiva, que implica la creencia de que los demás son amenazantes y que la rumia cognitiva de esta convicción amplifica su efecto.

La intervención del presente trabajo, basada en el modelo de comunidad terapéutica ofrece una exposición sostenida a la convivencia, que suele ser una fuente frecuente de conflicto interpersonal y estrés. Múltiples episodios de la vida cotidiana provocan frustración, reacciones de rabia y rumia de pensamientos hostiles en personas proclives a la suspicacia. Esta reacción, para que no acabe en agresión directa por el impulso de aproximación que genera (Veenstra, 2017), tiende a ser refrenada mediante la evitación de situaciones interpersonales (Gardner y Moore, 2008). La activación repetida de estos procesos permite su neutralización mediante la potenciación grupal de la función reflexiva que ayuda a su reconocimiento consciente, de la mentalización que reanima la flexibilidad de perspectivas, del entrenamiento en autorregulación emocional que expande las habilidades de afrontamiento y del hábito del diálogo para incrementar la cohesión que evidencia el valor del beneficio común. El déficit de efectividad interpersonal (Linehan, 1993) conduce a la persona a una condición de extrañamiento, desajuste y exclusión a la que responderá con agresividad, resentimiento, o negación de la necesidad de pertenencia. La comunidad terapéutica es una microsociedad manejable que fomenta el aprendizaje de la responsabilidad y promueve el sentido de pertenencia (Campling, 2001). Un ensayo controlado encontró que las agresiones a terceros y las autoagresiones se redujeron significativamente en la condición de comunidad terapéutica democrática frente al grupo de tratamiento habitual (Pearce et al., 2017). El rasgo de hostilidad está inversamente relacionado con el control de impulsos, especialmente en contextos hostiles (Lievaart et al., 2018). Si se consigue una mayor eficacia en la regulación emocional, puede contenerse la respuesta agresiva. Ello no supondría un mero cambio puntual, porque la conducta agresiva fomenta el autoconcepto de persona agresiva, creencia identitaria que socaba el necesario esfuerzo autorregulador. La exposición a la convivencia permite poner a prueba los prejuicios hostiles, moderando la actitud suspicaz; en cambio, la evitación de situaciones interpersonales impide hacer el aprendizaje de la confianza (Fonagy et al., 2015).

Diversos factores contribuyen a expandir la idea normativa de que el trastorno mental eleva la percepción social de un individuo como peligroso (Girasek et al., 2022). Pero cualquier persona con mayor propensión hacia la rabia tiende a percibir como hostiles las situaciones interpersonales, lucha por controlar sus propios pensa-

mientos hostiles y experimenta una reacción de aproximación en entornos amenazantes (Wilcowski y Robinson, 2010). Tener rabia se relaciona con la frustración de objetivos personales y ocurre en múltiples escenarios, desde la exposición al calor o la privación de sueño hasta la decepción por no recibir una recompensa esperada, sentirse rechazado o tratado injustamente (Richard et al., 2022). Berenson et al. (2011) identificaron sentimientos de rechazo interpersonal asociados a rabia en personas con TPL, pero no en controles, evidenciando algo peculiar y distintivo de este diagnóstico. Las personas con TPL experimentan un aumento mayor de la rabia en situaciones de frustración inducida (Bertsch et al., 2021); incluso la percepción de otros como emocionalmente fríos dispara en ellos un afecto negativo que predice conductas agresivas (Sadikaj et al., 2013). Los estudios sobre el trauma (van der Kolk, 2022) y sobre el apego (Serván, 2023) indican que las experiencias tempranas de daño interpersonal dificultan el aprendizaje social y desorganizan la estructura de la personalidad. La calidad de la interacción temprana del bebé con su cuidador o figura de apego, condiciona el estilo de interacción interpersonal adulta. El apego inseguro es un marcador de psicopatología, se relaciona con la desregulación emocional y predice el desajuste social (Bosmans y Borelli, 2022). Por ello, sería un reduccionismo concebir la hostilidad como mero síntoma de un trastorno mental.

Una de las limitaciones de este estudio es su naturaleza correlacional, que no permite inferir causalidad. Además, el muestreo por conveniencia reduce la generalización de los resultados. Otra limitación es la falta de un seguimiento que examine a medio y largo plazo la evolución del cambio logrado en hostilidad, que se plantea como objetivo para ulteriores investigaciones. La operativización de las variables de interés mediante las puntuaciones en tres escalas del SCL90-L ha de tomarse como una aproximación y, por tanto, las conclusiones con cautela, dadas las críticas a la validez que se han vertido (Caparrós-Caparrós et al., 2007), aunque la escala de hostilidad sí parece contar con robustez psicométrica (Gomes et al., 2019; Lignier et al., 2022). Tampoco se han controlado los posibles efectos asociados al tiempo de la evaluación, que abarcó los años 2008-2023. No se ha subdividido la muestra según diagnósticos categoriales, ni se ha seleccionado específicamente al grupo con TPL pretendiendo reducir heterogeneidad. De esta manera se garantizaría mejor la validez ecológica y la capacidad de generalización de los resultados al sector de pacientes con TP grave, a los que se imputa un cambio más dificultoso.

En la práctica clínica, los pacientes con TP presentan una amplia gama de dificultades, trastornos y comorbili-

dades. Esa heterogeneidad no está reflejada en los diagnósticos tradicionales, por lo que se ha abierto paso la perspectiva de la gravedad dimensional sobre la de las categorías específicas (Kvarstein et al., 2023). Así, el solapamiento con el factor general de patología de la personalidad sugiere que el TPL refleja una disfunción general más que un trastorno categorial distinguible (Leichsenring et al., 2024), y la propuesta dimensional de las revisiones más recientes de las clasificaciones internacionales (DSM-5 y CIE-11) así lo refrenda. La clasificación de la OMS es novedosa al proponer una graduación genérica de gravedad (categoría 6D10) y sólo después, especificar patrones o rasgos prominentes de personalidad (categoría 6D11). Esta perspectiva enfatiza la disfunción de la identidad y de la interacción con otros, relegando la caracterización de las tendencias individuales a un segundo plano, en paralelo con el modelo de personalidad general de los cinco factores. De esta manera, evita un diagnóstico estereotipado que posiblemente alimenta el prejuicio y la discriminación. En esta línea, se van abriendo paso conceptos alternativos como “necesidades emocionales complejas” (Ledden et al., 2022), y se prefiere poner el foco en el funcionamiento de la personalidad, algo que podría capturar mejor las características comunes de los diferentes TP (Kvarstein et al., 2023). Añadamos que, desde una perspectiva sociocultural (Rodríguez-Seijas, 2022), decantar un trastorno “personal” frente a uno “interpersonal” resulta una falsa dicotomía. Como Arbach y Andrés-Pueyo (2007) señalan, concebir la peligrosidad como una disposición innata de ciertos individuos es una visión obsoleta del trastorno mental, que irá perdiendo resonancia social en la medida en que deje de aplicarse como predictor de un posible comportamiento violento futuro. La mejor manera de reducir el estigma es garantizar que los pacientes reciben el tratamiento adecuado (Torrey, 2011). Por esto, una interpretación anti-estigmatizante de la patología de la personalidad ve en las personas caracterizadas por una tendencia hostil (expuestas a experiencias adversas en las que la rabia cumple una función adaptativa), ciudadanos activos participantes en una sociedad más sana. Si la promoción de sentimientos prosociales a través de la educación es crucial como imperativo ético para la sociedad (Marina, 2021), su restauración en personas afectadas por un alto rasgo de hostilidad también lo es. Si la sociedad puede proveer soluciones a los trastornos mentales mediante las instituciones sanitarias, los pacientes pueden proveer soluciones a los trastornos sociales fomentando una cultura de cooperación que es cada vez más urgente para todos (Valladares, 2023).

En conclusión, el presente trabajo muestra que el rasgo de hostilidad en personas con diagnóstico de TP gra-

ve es una dimensión relacionada con la gravedad sintomatológica y, por tanto, indicada como objetivo de abordaje terapéutico. También apoya una actitud esperanzadora al comprobar que el riesgo de abandono de tratamientos puede ser minimizado y que una intervención que rebaje la suspicacia y la obsesividad puede resultar eficaz en su reducción.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### Referencias

- Alcázar-Olán, R. J., Merckel-Niehus, N., Toscano-Barranco, D., Barrera-Muñoz, O., y Proal-Sánchez, M. F. (2018). Adherencia al tratamiento y efectividad de un programa cognitivo conductual sobre la rumiación y expresión de la ira. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(1), 13–23. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.19248>
- Arbach, K., y Andrés-Pueyo, A. A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 174–186. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828304>
- Baharvand, P., & Malekshahi, F. (2019). Relationship between anger and drug addiction potential as factors affecting the health of medical students. *Journal of Education Health Promotion*, 8, 157. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_145\\_19](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_145_19)
- Berenson, K. R., Downey, G., Rafaeli, E., Coifman, K. G., & Paquin, N. L. (2011). The rejection-rage contingency in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 120(3), 681–690. <https://doi.org/10.1037/a0023335>
- Bertsch, K., Back, S., Flechsenhar, A., Neukel, C., Krauch, M., Spieß, K., Panizza, A., & Herpertz, S. C. (2021). Don't Make Me Angry: Frustration-Induced Anger and Its Link to Aggression in Women With Borderline Personality Disorder. *Frontiers in psychiatry*, 12, 695062. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.695062>
- Bosmans, G., & Borelli, J. L. (2022). Attachment and the Development of Psychopathology: Introduction to the Special Issue. *Brain sciences*, 12(2), 174. <https://doi.org/10.3390/brainsci12020174>
- Brondolo, E., DiGiuseppe, R., & Tafrate, R. C. (1997). Exposure-Based Treatment for Anger Problems: Focus on the Feeling. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 75–98.
- Campling, P. (2001). Therapeutic communities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(5), 365–372. <https://doi.org/10.1192/apt.7.5.365>
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., y Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: Fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781–794. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770314>
- Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1143–1156. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000658>
- Ciesinski, N. K., Himelein-Wachowiak, M., Krick, L. C., Sorgi-Wilson, K. M., Cheung, J. C. Y., & McCloskey, M. S. (2023). A systematic review with meta-analysis of cognitive bias modification interventions for anger and aggression. *Behaviour Research and Therapy*, 167, 104344. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104344>
- Ciesinski, N. K., Sorgi-Wilson, K. M., Cheung, J. C., Chen, E. Y., & McCloskey, M. S. (2022). The effect of dialectical behavior therapy on anger and aggressive behavior: A systematic review with meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 154, 104122. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104122>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/2F070674371205700804>
- De Freixo Ferreira, L., Guerra, C., & Vieira-Coelho, M. A. (2023). Predictors of psychotherapy dropout in patients with borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), 1324–1337. <https://doi.org/10.1002/cpp.2888>
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. TEA*.
- Dunne, A. L., Gilbert, F., & Daffern, M. (2018). Elucidating the relationship between personality disorder traits and aggression using the new DSM-5 dimensional-categorical model for personality disorder. *Psychology of Violence*, 8(5), 615–629. <https://doi.org/10.1037/vio0000144>
- Eckhardt, C., Norlander, B., & Deffenbacher, J. (2004). The assessment of anger and hostility: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 9(1), 17–43. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(02\)00116-7](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(02)00116-7)
- Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152–161. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.537>
- Fernández, E., & Johnson, S. L. (2016). Anger in psychological disorders: Prevalence, presentation, etiology and prognostic implications. *Clinical Psychology Review*, 46, 124–135. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.012>
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575–609. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>
- Gardner, F. L., & Moore, Z. E. (2008). Understanding clinical anger and violence: The anger avoidance model. *Behavior Modification*, 32(6), 897–912. <https://doi.org/10.1177/0145445508319282>
- Garofalo, C., Holden, C. J., Zeigler-Hill, V., & Velotti, P. (2016). Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation. *Aggressive Behavior*, 42(1), 3–15. <https://doi.org/10.1002/ab.21601>
- Gilbert, F., Daffern, M., Talevski, D., & Ogloff, J. R. (2015). Understanding the personality disorder and aggression relationship: An investigation using contemporary aggression theory. *Journal of Personality Disorders*, 29, 100–114. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2013\\_27\\_077](https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_077)



- Girasek, H., Nagy, V. A., Fekete, S., Ungvari, G. S., & Gazdag, G. (2022). Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. *World Journal of Psychiatry*, 12(1), 1–23. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i1.1>
- Gomes, J., Barroca, G. & Pimentel, C. E. (2019). Psychometric parameters of the subscale of hostility from the Symptom Checklist 90 (SCL-90). *Psico-USF, Bragança Paulista*, 24(2), 373–381. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240213>
- Han, B. (2022). *Infocracia. La digitalización y la crisis de la democracia*. Taurus.
- Howells, K., & Day, A. (2003). Readiness for anger management: Clinical and theoretical issues. *Clinical Psychology Review*, 23(2), 319–337. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00228-3](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00228-3)
- Iliakis, E. A., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2021). Dropout rates from psychotherapy trials for borderline personality disorder: A meta-analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(3), 193–206. <https://doi.org/10.1037/per0000453>
- Kvarstein, E. H., Frøyhaug, M., Pettersen, M. S., Carlsen, S., Ekberg, A., Fjermestad-Noll, J., Ulvestad, D. A., Gikling, E. L., Hjermann, E., Lindberget, K., Omvik, S., Eikenæs, I. U., Hummelen, B., Morken, K. T. E., Wilberg, T., & Pedersen, G. A. F. (2023). Improvement of personality functioning among people treated within personality disorder mental health services. A longitudinal, observational study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1163347. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1163347>
- Ledden, S., Rains, L. S., Schlieff, M., Barnett, P., Ching, B. C. F., Hallam, B., Günak, M. M., Steare, T., Parker, J., Labovitch, S., Oram, S., Pilling, S., Johnson, S., & C. E. N. Mental Health Policy Research Unit Group (2022). Current state of the evidence on community treatments for people with complex emotional needs: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 22(1), 589. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04171-z>
- Lee, Y. J., Keum, M. S., Kim, H. G., Cheon, E. J., Cho, Y. C., & Koo, B. H. (2020). Defense Mechanisms and Psychological Characteristics According to Suicide Attempts in Patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Investigation*, 17(8), 840–849. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0102>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 4–25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Lievaart, M., van der Veen, F. M., Huijding, J., Hovens, J. E., & Franken, I. H. A. (2018). The Relation Between Trait Anger and Impulse Control in Forensic Psychiatric Patients: An EEG Study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 43(2), 131–142. <https://doi.org/10.1007/s10484-018-9393-5>
- Lignier, B., Petot, J. M., Canada, B., Nicolas, M., Courtois, R., & De Oliveira, P. (2024). The structure of the Symptom Checklist-90-Revised: Global distress, Somatization, Hostility, and Phobic Anxiety scales are reliable and robust across community and clinical samples from four European countries. *Psychiatry Research*, 331, 115635. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115635>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Manfredi, P., & Taglietti, C. (2022). A psychodynamic contribution to the understanding of anger - The importance of diagnosis before treatment. *Research in Psychotherapy (Milano)*, 25(2), 587. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.587>
- Marina, J. A. (2021). *Biografía de la inhumanidad. Historia de la crueldad, la sinrazón y la insensibilidad humanas*. Planeta.
- Millon, T. (1999). *Inventario clínico multiaxial de Millon-II (MCMI-II)*. TEA.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Clark Robins, P., Mulvey, E. P., et al. (2001). *Rethinking risk assessment. The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford University Press.
- Owen J. M. (2011). Transdiagnostic cognitive processes in high trait anger. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 193–202. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.003>
- Pearce, S., Scott, L., Attwood, G., Saunders, K., Dean, M., De Ridder, R., Galea, D., Konstantinidou, H., & Crawford, M. (2017). Democratic therapeutic community treatment for personality disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(2), 149–156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.184366>
- Polat, H., & Asi Karakaş, S. (2021). The effect of acceptance and commitment therapy orientated anger management training on anger ruminations and impulsivity levels in forensic psychiatric patients: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric care*, 57(4), 1616–1627. <https://doi.org/10.1111/ppc.12726>
- Quan, F., Wang, L., Gong, X., Lei, X., Liang, B., & Zhang, S. (2022). Hostile Attribution Bias and Anger Rumination Sequentially Mediate the Association Between Trait Anger and Reactive Aggression. *Frontiers in Psychology*, 12, 778695. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.778695>
- Rameckers, S. A., Verhoef, R. E. J., Grasman, R. P. P. P., Cox, W. R., van Emmerik, A. A. P., Engelmoer, I. M., & Arntz, A. (2021). Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types. *Journal of Clinical Medicine*, 10(23), 5622. <https://doi.org/10.3390/jcm10235622>
- Ramírez, J. M., & Andreu, J. M. (2006). Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity); some comments from a research project. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30(3), 276–291. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.04.015>
- Richard, Y., Tazi, N., Frydecka, D., Hamid, M. S., & Moustafa, A. A. (2022). A systematic review of neural, cognitive, and clinical studies of anger and aggression. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1–13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03143-6>
- Rodríguez-Seijas, C. (2022). Sociocultural context and the DSM–5 alternative model of personality disorder: Comment on Widiger and Hines (2022). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4), 356–359. <https://doi.org/10.1037/per0000535>
- Sadikaj, G., Moskowitz, D. S., Russell, J. J., Zuroff, D. C., & Paris, J. (2013). Quarrelsome behavior in borderline personality disorder: Influence of behavioral and affective



- reactivity to perceptions of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 195–207. <https://doi.org/10.1037/a0030871>
- Serván, I. (2023). *La desorganización del apego*. DDB.
- Sharma, M. K., Suman, L. N., Murthy, P., & Marimuthu, P. (2017). Relationship of anger with alcohol use treatment outcome: Follow-up study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(4), 426–429. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.211757>
- Smith, T. W., Glazer, K., Ruiz, J. M., & Gallo, L. C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1217–1270. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00296.x>
- Staicu, M., & Cutov, M. (2010). Anger and health risk behaviors. *Journal of Medicine and Life*, 3(4), 372–375.
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., Hosny, N., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet (London, England)*, 400(10361), 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- Torrey, E. F. (2011). Stigma and violence: Isn't it time to connect the dots? *Schizophrenia Bulletin*, 37(5), 892–896. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr057>
- Valladares, F. (2023). *La recivilización. Desafíos, zancadillas y motivaciones para arreglar el mundo*. Destino.
- Van der Kolk, B. (2020). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.
- Vassou, C., D'Cunha, N. M., Naumovski, N., & Panagiotakos, D. B. (2020). Hostile personality as a risk factor for hyperglycemia and obesity in adult populations: A systematic review. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 19(2), 1659–1669. <https://doi.org/10.1007/s40200-020-00551-y>
- Veenstra, L., Bushman, B. J., & Koole, S. L. (2018). The facts on the furious: A brief review of the psychology of trait anger. *Current Opinion in Psychology*, 19, 98–103. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.014>
- Viscardi, L. H., Rosa, V., Vilanova, F., Grevet, E. H., Dotto-Bau, C. H., Rodrigues-Lobato, M. I., Cavalcante-Passos, I., & Costa, A. B. (2024). The association between personal stigma and adherence to treatment in patients diagnosed with bipolar mood disorder, attention deficit/ hyperactivity disorder and schizophrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(1), 71–81. <https://doi.org/10.5944/rppc.37815>
- Wilkowski, B. M., & Robinson, M. D. (2010). The anatomy of anger: An integrative cognitive model of trait anger and reactive aggression. *Journal of Personality*, 78(1), 9–38. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00607.x>
- Williams, R. (2017). Anger as a Basic Emotion and Its Role in Personality Building and Pathological Growth: The Neuroscientific, Developmental and Clinical Perspectives. *Frontiers in Psychology*, 8, 1950. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01950>
- Yager, J. (2020). Irritability Disorders in Adults: Diagnostic Categories Missing in Plain Sight? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(6), 459–465. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001158>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 505–523. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.505>