

Inventario de Organización de Personalidad - Brasil: evidencias de validez basadas en criterios externos**Inventário de Organização da Personalidade – Brasil: evidências de validade baseadas em critérios externos****Personality Organization Inventory - Brazil: evidence of validity based on external criteria****Recibido: 10/07/2020****Aprobado: 03/01/2021****Publicado: 27/01/2021****Liége Barbieri Silveira¹****Sérgio Eduardo Silva de Oliveira²****Denise Ruschel Bandeira³**

Este es un estudio cuantitativo realizado entre 2014 y 2015 en las ciudades de Erechim, Canoas y Porto Alegre, RS, Brasil, con pacientes sometidos a tratamiento psicoterápico y/o psiquiátrico (muestra clínica) y estudiantes de la modalidad Enseñanza de Jóvenes y Adultos y de educación superior (muestra no clínica), con el objetivo de examinar la capacidad del *Inventario de Organización de Personalidad - Brasil* para discriminar a las personas con diferentes niveles de organización de personalidad. Participaron 180 personas, de las cuales el 69% eran pacientes en atención psiquiátrica o psicológica y el 31% estudiantes. Las medias del grupo clínico fueron más altas en todas las escalas que las medias del grupo no clínico (d osciló entre 0,60 y 1,30). Al comparar los grupos de participantes según sus niveles de organización de la personalidad, las puntuaciones no discriminaron a todos los grupos, y se observó un patrón de tres niveles: normal; deterioro leve; y deterioro grave. Las puntuaciones tendieron a diferenciar estos tres grupos. Con ello se entiende que hay evidencias de validez, basadas en criterios externos, de que las puntuaciones son capaces de identificar niveles de deterioros en el funcionamiento de la personalidad.

Descriptor: Personalidad; Pruebas de personalidad; Diagnóstico; Psicometría.

Este é um estudo quantitativo realizado entre 2014 a 2015 nas cidades de Erechim, Canoas e Porto Alegre com pacientes em tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico (amostra clínica) e estudantes da modalidade Ensino de Jovens e Adultos e de cursos superiores (amostra não clínica), com o objetivo de examinar a capacidade do *Inventário de Organização de Personalidade – Brasil* em discriminar pessoas com diferentes níveis de organização da personalidade. Participaram 180 indivíduos, sendo 69% pacientes em atendimento psiquiátrico ou psicológico e 31% estudantes. As médias do grupo clínico foram maiores em todas as escalas do que as médias do grupo não clínico (d variou de 0,60 a 1,30). Quando comparados os grupos de participantes de acordo com seus níveis de organização da personalidade, os escores não discriminaram todos os grupos, tendo sido observado um padrão de três níveis: normal; prejuízo leve; e prejuízo grave. Os escores tenderam a diferenciar esses três grupos. Com isso, entende-se que há evidências de validade, baseadas em critérios externos, de que os escores são capazes de identificar níveis de prejuízo no funcionamento da personalidade.

Descritores: Personalidade; Testes de personalidade; Diagnóstico; Psicometria.

This is a quantitative study conducted between 2014 and 2015 in the cities of Erechim, Canoas and Porto Alegre, RS, Brazil, with patients undergoing psychotherapeutic and/or psychiatric treatment (clinical sample) and students of the Youth and Adult Education and higher education (non-clinical sample) modality, with the objective of examining the capacity of the *Personality Organization Inventory - Brazil* to discriminate people with different levels of personality organization. There were 180 participants, of which 69% were patients in psychiatric or psychological care and 31% were students. The averages of the clinical group were higher on all scales than the averages of the non-clinical group (d ranged from 0.60 to 1.30). When the groups of participants were compared according to their levels of personality organization, the scores did not discriminate all groups, with a pattern of three levels being observed: normal; slight injury; and, serious injury. The scores tended to differentiate these three groups. Thus, it is understood that there is evidence of validity, based on external criteria, that the scores are capable of identifying levels of impairment in the functioning of the personality.

Descriptors: Personality; Personality tests; Diagnosis; Psychometrics.

1. Psicóloga. Especialista en Psicodiagnóstico y Evaluación Psicológica. Especialista en Psicología Clínica. Maestra en Psicología. Estudiante de Doctorado en Psicología en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicóloga en la Universidade Federal da Fronteira Sul, Erechim, RS, Brasil ORCID: 0000-0003-1948-9283 E-mail: liegebsilveira@gmail.com

2. Psicólogo. Especialista en Evaluación Psicológica. Maestro y Doctor en Psicología. Profesor de la Universidade de Brasília (UNB), Brasília, DF, Brasil ORCID: 0000-0003-2109-4862 E-mail: sergioeduardos.oliveira@gmail.com

3. Psicóloga. Especialista en Diagnóstico Psicológico. Maestra y Doctor en Psicología. Profesora de la UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. ORCID:0000-0001-9867-2718 E-mail: deniserbandeira@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El estudio y la comprensión de los trastornos de la personalidad han adquirido nuevos contornos en los últimos años, en un contexto más allá del tradicional modelo categórico. Especialmente después de la publicación de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*, DSM-5)¹, los modelos dimensionales han recibido una atención creciente, lo que representa una alternativa prometedora y actualizada para la comprensión futura de estos trastornos^{2,3}.

Entre las diversas teorías con un enfoque dimensional, el trabajo de Kernberg merece un reconocimiento especial por la utilidad del marco construido para organizar los tipos psicológicos por nivel de gravedad desde una perspectiva psicodinámica⁴. Este enfoque describe el funcionamiento de la personalidad, que va de lo normal a lo patológico, basándose en el grado de integración de la identidad, la calidad de las operaciones defensivas predominantemente utilizadas y la capacidad de probar la realidad⁴⁻⁶. En la parte más sana del espectro estarían los individuos con identidad integrada, predominio de defensas maduras y pruebas de realidad estables, mientras que en el otro extremo estarían aquellos con patologías severas en la formación de la identidad, uso de defensas primitivas y fracaso en las pruebas de realidad.

La teoría de Kernberg ayuda a hacer un diagnóstico estructural, y a partir de las funciones psicológicas citadas se define la estructura de la personalidad, es decir, una configuración estable y duradera de los procesos o funciones mentales que organiza el comportamiento y las experiencias subjetivas del individuo^{5,6}. Cuatro grandes organizaciones estructurales conforman el modelo: *Normal*, *Neurótica*, *Borderline* y *Psicótica*. De éstas, la primera está relacionada con la capacidad de adaptación y flexibilidad, mientras que las otras presentan cierto grado de patología de la personalidad y se caracterizan por una rigidez en el funcionamiento psicológico^{5,7}.

Más concretamente, la organización de Personalidad Normal se caracteriza por la concepción integrada de *self* y de otros seres significativos, en la que la *identidad de ego* se hace presente y refleja un sentido interno y externo de autoconcordancia. Una visión integrada de sí mismo y de los otros significativos garantiza diversas capacidades, como la autoestima, la realización de las aspiraciones, la empatía, el tacto social, la posibilidad de preocuparse por el otro y la inversión emocional sin perder el sentido de la autonomía^{4,5}.

En la organización de la personalidad normal, los afectos son complejos y bien modulados, e incluso en situaciones de grande intensidad afectiva, se mantiene el control de los impulsos. De esta manera, el individuo es capaz de desarrollar la confianza, la reciprocidad, los compromisos, así como de manejar satisfactoriamente sus motivaciones sexuales y agresivas, a partir de la internalización de un sistema de valores integrado y maduro⁵.

El nivel de organización Neurótico de la Personalidad tiene como supuestos una identidad normal consolidada, el predominio de defensas basadas en la represión y una prueba de realidad estable⁴. Por lo tanto, lo que la distingue de la personalidad normal es el criterio de rigidez, es decir, una activación automática de los rasgos de personalidad no adaptados que escapan al control voluntario. Este nivel de organización está relacionado con la capacidad de sublimar, de tolerar las frustraciones, de controlar los impulsos, de constituir relaciones profundas y de cuidar a los demás, el amor sexual y la intimidad emocional. Sin embargo, los sentimientos inconscientes de culpa pueden desencadenar patrones patológicos de interacción en relación con la intimidad sexual, y de inflexibilidad ante las situaciones cotidianas⁵.

La organización *Borderline* de Personalidad se caracteriza por una formación patológica de identidad (también llamada difusión de la identidad), el uso predominante de defensas primitivas y prueba de realidad relativamente intacta, pero dañada en situaciones que implican una intensidad afectiva⁴. Esta organización suele provocar una perturbación crónica en las relaciones interpersonales, comprometiendo una lectura más profunda del comportamiento y

el estado interno de otras personas. Además, el tipo *borderline* se asocia con la agresividad y un sentido inestable de sí mismo y de los demás, una combinación de intensidad y superficialidad, predominio de afectos negativos, problemas en las relaciones de trabajo y un exceso de componentes agresivos en las relaciones íntimas y sexuales⁴⁻⁶.

La organización Psicótica de Personalidad implica fundamentalmente la pérdida del test de realidad, es decir, la pérdida de la diferenciación entre el yo y el no-yo, y entre los estímulos internos y externos, cuya manifestación se produce a menudo a través de delirios y alucinaciones⁶. Este nivel de organización abarca la difusión de la identidad, resultante de la falta de integración del concepto de sí mismo y de otros significantes, así como el predominio de los mecanismos de defensa primitivos, especialmente la escisión⁵.

Como puede verse, el modelo de Kernberg entiende la patología de la personalidad en un continuo de funcionamiento, en el que las categorías se destacan a lo largo del espectro. Este modelo permite un diagnóstico basado en el grado de deterioro típico de los niveles de organización de la personalidad (OP). Para ayudar en el proceso diagnóstico, se desarrolló un instrumento de autoinforme llamado *Inventory of Personality Organization* (IPO). El IPO ya ha sido traducido a diferentes idiomas, con adaptaciones para diferentes culturas, incluyendo Brasil⁸, y ha presentado propiedades psicométricas adecuadas⁹⁻¹⁷.

Inicialmente, el IPO se desarrolló para medir cinco dimensiones de la personalidad, siendo las tres primeras las denominadas Escalas Clínicas Primarias, diseñadas para evaluar el grado de patología de la identidad (Difusión de la Identidad), el nivel de utilización de mecanismos defensivos inmaduros (Defensas Primitivas) y el grado de deterioro de la capacidad de probar la realidad (Prueba de Realidad). Las otras dos dimensiones, Escalas Adicionales, tienen por objeto estimar el nivel de agresión dirigida contra la propia persona y contra los demás (Agresión) y el grado de deterioro en la formación de valores morales y éticos (Valores morales)⁴.

Sin embargo, estudios empíricos recientes sobre la matriz de covarianza de los datos han indicado una solución factorial diferente de la establecida teóricamente^{2,11,14}. Las Escalas Clínicas Primarias han presentado una estructura tetrafactorial en lugar de trifactorial, denominándose los dominios Inestabilidad del Self y Otros (ISO), Inestabilidad en los Objetivos (IO), Inestabilidad del Comportamiento (IC) y Psicosis (PSI)^{2,11,14}.

Estos factores están intrínsecamente relacionados con la propuesta teórica de Kernberg^{4,5}, siendo los dominios ISO e IO componentes del síndrome de difusión de la identidad. El dominio del IC refleja las características impulsivas y erráticas de la Organización de Personalidad Borderline. Y el factor PSI se compuso por elementos que reflejan alteraciones sensorio-perceptivas, que son los aspectos centrales de la Organización de la Personalidad Psicótica.

En cuanto a las Escalas Adicionales, Oliveira¹⁴ encontró una solución de tres factores en lugar de dos, donde el factor Agresión se dividió en Agresión Autodirigida (AA) y Agresión Sádica (AS), y el factor Valores Morales fue prácticamente el mismo, aunque se denominó Distorsión de los Valores Morales (DVM) para representar el nivel débilmente adaptativo de esta dimensión.

La mayor parte de la concepción de los estudios realizados con el IPO tuvo por objeto investigar la relación de la escala con otras medidas psicológicas^{9,11-15,17}. Concepciones que buscaron la comparación de grupos son más escasas. Entre ellas, se puede citar una investigación que identificó que los pacientes de los servicios de salud mental tienden a tener puntuaciones más altas en las escalas del IPO que las personas del control¹⁰.

También puede mencionarse otro, en la que las escalas del IPO pudieron diferenciar a las personas en tres grupos distintos: control (puntuaciones más bajas), pacientes con trastornos mentales (puntuaciones intermedias) y pacientes con trastornos de la personalidad (puntuaciones más altas)¹⁶. Sin embargo, no se encontraron estudios que comprobaran la

capacidad discriminativa del IPO en relación con los niveles de OP propuestos en el modelo teórico de Kernberg^{4,5}.

Así pues, este estudio tiene por objeto examinar la capacidad del *Inventario de Organización de Personalidad - Brasil* para discriminar a las personas con diferentes niveles de organización de personalidad.

MÉTODO

Este es un estudio cuantitativo realizado entre 2014 y 2015 en las ciudades de Erechim, Canoas y Porto Alegre con pacientes sometidos a tratamiento psicoterápico y/o psiquiátrico (muestra clínica) y estudiantes de la modalidad Enseñanza de Jóvenes y Adultos (EJA) y de la enseñanza superior (muestra no clínica).

Se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos y de salud. A continuación se utilizó el Inventario de Organización de Personalidad - Brasil (IPO-Br): Adaptado de la versión original del IPO, es un instrumento de autoinforme compuesto por 83 ítems contestados en una escala tipo *Likert* de 5 puntos (1=Nunca verdadero hasta 5=Siempre verdadero), distribuidos en siete factores. Cuatro de ellos conforman las Escalas Clínicas Primarias - Inestabilidad del Self y los Otros (ISO), Inestabilidad del Comportamiento (IC), Inestabilidad en los Objetivos (IO) y Psicosis (PSI) - y evalúan las funciones centrales para el diagnóstico estructural según el modelo de Kernberg^{4,5}. Los otros tres factores constituyen las Escalas Adicionales: Agresión Autodirigida (AA), Agresión Sádica (AS) y Distorsión de los Valores Morales (DVM). Estudios presentan propiedades psicométricas adecuadas de la versión brasileña^{14,17}.

Se ha utilizado el *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), un instrumento elaborado por la Organización Mundial de la Salud para la detección de trastornos mentales comunes en los servicios de atención primaria. La versión brasileña tiene 20 preguntas indicativas de trastornos no psicóticos. Las alternativas de respuestas son del tipo 'sí' o 'no', y cuanto más alta sea la puntuación, mayores son los riesgos de la presencia de trastornos mentales. El punto límite utilizado en este estudio para determinar la presencia de trastornos mentales comunes fue de 8 puntos para ambos sexos¹⁸.

También se aplicó la *Guía Descriptora de Perfiles de Personalidad Según el Modelo de Organización de Personalidad*, desarrollado exclusivamente para esta investigación, con el fin de estandarizar el sistema de indicación de la OP de los pacientes por sus clínicos. Se trata de un documento que contiene las descripciones de los funcionamientos psicológicos típicos de cada una de las cinco categorías que representan el continuo de la OP, a saber: Normal, Neurótica, *Borderline* Superior, *Borderline* Inferior y Psicótica.

Se optó por describir por separado las categorías *Borderline* Superior e Inferior en vista de las diferencias cualitativas entre estos niveles de OP, a fin de facilitar la comprensión de los clínicos sobre los perfiles prototípicos de estas categorías. La aplicación del instrumento consistió en presentar los perfiles a los clínicos, quienes, tras leer las descripciones, indicaron un paciente para participar en la investigación que tenía un perfil psicológico similar a una de las categorías.

La recogida con los participantes del grupo no clínico se realizó de forma presencial y colectiva. Los instrumentos se aplicaron al azar para evitar el sesgo de la respuesta a la fatiga y cada participante respondió individualmente a los instrumentos. Se utilizó la escala SRQ-20 en la selección del grupo no clínico, de modo que sólo se incluyeron en este grupo los participantes que tuvieron una puntuación igual o inferior a siete en la escala. Esto se debe a que la puntuación de ocho puntos es indicativa del riesgo de trastornos mentales comunes¹⁸.

Con el grupo clínico, la recogida fue en presencial. La primera etapa de la recogida implicó el contacto con el clínico (profesional de la psicología o pasante del último año de graduación) que atendía al paciente. Estos profesionales y estudiantes se entrenaron en cuestiones teóricas sobre el modelo estructural de la personalidad propuesto.

También se explicaron la propuesta de estudio, la gestión en la aplicación de los protocolos y el perfil de los pacientes indicados. Posteriormente, los clínicos eligieron, mediante la Guía Descriptora de Perfiles de Personalidad según el Modelo de Organización de la Personalidad, a un paciente con un perfil psicológico similar a uno de los cinco perfiles prototípicos que se les presentaron. La indicación hecha por el clínico sobre la estructura de la personalidad de su paciente funcionó, en este estudio, como un criterio externo para los estudios de validación del IPO-Br.

Para la aplicación de los protocolos de investigación con los participantes de la muestra clínica se emplearon diferentes estrategias, según el lugar de aplicación. El procedimiento de aplicación en clínicas de atención, servicios-escuelas de universidades y clínicas ambulatorias de salud mental se llevó a cabo con la colaboración del profesional/pasante, que invitaba a sus pacientes a responder a los instrumentos.

Se invitó a participar en la investigación a pacientes que tenían condiciones físicas y psicológicas, ya que responderían a los instrumentos de forma autónoma, sin ayuda para rellenar las preguntas. Sin embargo, en algunos casos específicos fue necesario que el clínico ayudara al paciente a rellenar los protocolos, los casos con alguna patología más grave y/o de baja escolaridad, lo que podía comprometer la calidad de las respuestas si el paciente respondía al protocolo solo. Sin embargo, la asistencia del profesional/pasante se limitó a rellenar las respuestas, y no a elegir las. En el caso de los pacientes procedentes de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS-II) y de las clínicas de hospitalización, toda la aplicación fue realizada por un investigador del grupo, teniendo en cuenta el grado de compromiso psicológico de los pacientes para rellenar los cuestionarios de forma individual.

Los datos fueron analizados por el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, v.18.0). Inicialmente, se realizaron análisis descriptivos de los instrumentos utilizados en el estudio para el grupos clínico y no clínico y la muestra total. El tamaño del efecto de la diferencia entre las medias de los grupos se calculó utilizando el indicador *d* de Cohen. La consistencia interna de las escalas de los instrumentos fue analizada por el método *Alpha* de Cronbach

En la elección de las pruebas estadísticas a utilizar se observaron los índices de asimetría y curtosis de las escalas del IPO-Br, que señalaban la normalidad para la mayoría de ellas, optando por el uso de pruebas estadísticas paramétricas.

Para verificar la necesidad de variables de control, se realizaron las correlaciones de *Pearson* entre la edad y las variables de interés, así como las diferencias entre los sexos se verificaron mediante la prueba *t*.

Para investigar la validez del IPO-Br a partir de criterios externos, es decir, para verificar la capacidad del instrumento para discriminar las diferentes organizaciones de la personalidad, se realizaron análisis de varianza (ANOVA), con las pruebas post-hoc de Tukey.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Instituto de Psicología de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE de Plataforma Brasil: 31610114.9.0000.5334). Todos los participantes en el estudio acordaron participar en la investigación voluntariamente después de firmar el Término de Consentimiento Libre e Informado.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 180 personas, 124 (68,9%) de la muestra clínica y 56 (31,1%) de la muestra no clínica. La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas y el estado de salud.

Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud. Río Grande del Sur, 2014 a 2015.

VARIABLES	Muestra Clínica	Muestra no Clínica	Total
Participantes (<i>f</i> , %)	124 (68,9)	56 (31,1)	180 (100)
Edad (<i>M</i> , <i>SD</i>)	35,4 (12,4)	31,8 (11,7)	34,2 (12,2)
Sexo (<i>f</i> , %)			
Masculino	38 (21,1)	32 (17,8)	70 (38,9)
Femenino	86 (47,8)	24 (13,3)	110 (61,1)
Estado Civil (<i>f</i> , %)			
Soltero	68 (39,3)	29 (16,7)	97 (56,1)
Casado o viviendo junto	32 (18,5)	25 (14,5)	57 (32,9)
Divorciado	10 (5,8)	2 (1,2)	12 (6,9)
Viudo	5 (2,9)	0 (0)	5 (2,9)
Otros	2 (1,2)	0 (0)	2 (1,2)
Nivel Socioeconómico (<i>f</i> , %)			
Menos de un salario mínimo	3 (1,8)	3 (1,8)	6 (3,7)
Entre 1 y 5 salarios mínimos	76 (46,3)	32 (19,5)	108 (65,9)
Entre 6 y 10 salarios mínimos	16 (9,8)	11 (6,7)	27 (16,5)
Entre 11 y 15 salarios mínimos	9 (5,5)	2 (1,2)	11 (6,7)
Más de 15 salarios mínimos	5 (3,0)	7 (4,3)	12 (7,3)
Etnia (<i>f</i> , %)			
Blanco	99 (57,2)	39 (21,6)	138 (79,8)
Negro/Pardo	17 (9,8)	15 (13,1)	32 (18,5)
Otros	3 (1,7)	0 (0)	3 (1,7)
Tiene hijos (<i>f</i> , %)			
Sí	54 (31,2)	26 (15,0)	80 (46,2)
No	63 (36,4)	30 (17,3)	93 (53,8)
Ciudad de residencia (<i>f</i> , %)			
Capital o región metropolitana	52 (41,9)	47 (83,9)	99 (55,0)
Interior del estado	72 (58,1)	9 (16,1)	81 (45,0)
Educación (<i>f</i> , %)			
Escuela primaria	15 (9,0)	0 (0)	15 (9,0)
Escuela secundaria	41 (24,0)	20 (11,7)	61 (35,1)
Enseñanza superior	59 (34,5)	36 (21,1)	95 (52,7)
Ocupación (<i>f</i> , %)			
Estudiante	14 (8,0)	8 (4,6)	22 (12,6)
Trabajador	55 (31,6)	46 (26,4)	101 (58,1)
Desempleado/Aplazado/Doméstico	34 (19,5)	2 (1,1)	36 (20,6)
Licencia por razones de salud	9 (5,2)	0 (0)	9 (5,2)
Otro	6 (3,4)	0 (0)	6 (3,4)
Diagnóstico Psiquiátrico (<i>f</i> , %)*			
Sí	92 (51,1)	0 (0)	92 (51,1)
No	32 (17,7)	56 (31,1)	86 (48,8)
Categorías Diagnósticas (<i>f</i> , %)			
Trastornos de Estado de Ánimo	53 (37,9)	0 (0)	53 (37,9)
Trastornos de Ansiedad	34 (24,3)	0 (0)	34 (24,3)
Trastornos Psicóticos	29 (20,7)	0 (0)	29 (20,7)
Trastornos de Personalidad	17 (12,1)	0 (0)	17 (12,1)
Otros trastornos	7 (5,0)	0 (0)	7 (5,0)
Uso de Medicación Psiquiátrica (<i>f</i> , %)*			
Sí	79 (45,9)	1 (0,6)	80 (46,5)
No	38 (22,1)	54 (31,4)	92 (53,5)

Nota: *f* - Frecuencia de participantes en cada categoría; % - Porcentaje válido de participantes en cada categoría; * Variables que presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los grupos.

En la Tabla 2 se presentan los resultados de las medias y las desviaciones estándar de las escalas IPO-Br y SRQ-20 para el grupo clínico, no clínico y la muestra total. El índice d de Cohen, utilizado como indicador del tamaño del efecto en comparaciones de medias entre grupos, apuntó a un efecto de tamaño grande ($d \geq |0,80|$) para casi todas las escalas, excepto para la Distorsión de los Valores Morales y la Agresividad Sádica, que presentaron un efecto de tamaño moderado. Además, en todas las escalas del instrumento, las diferencias de medias entre los grupos clínicos y no clínicos fueron estadísticamente significativas utilizando la prueba t . En cuanto a la fiabilidad, los resultados mostraron índices satisfactorios de consistencia interna para todas las dimensiones del IPO-Br y el SRQ-20.

Tabla 2. Estadísticas descriptivas de los factores IPO-Br y SRQ-20 para muestras clínicas, no clínicas y totales, incluyendo el tamaño del efecto de las diferencias medias y los coeficientes de consistencia interna. Río Grande del Sur, 2014 a 2015.

	Muestra clínica <i>M (SD) n = 124</i>	Muestra no clínica <i>M (SD) n = 56</i>	Total <i>M (SD) n = 180</i>	<i>d</i>	α
IPO-Br					
ISO	2,86 (0,83)	1,95 (0,54)	2,57 (0,86)	1,30	0,94
IC	2,51 (0,84)	1,77 (0,48)	2,27 (0,82)	1,08	0,89
IO	2,70 (1,23)	1,73 (0,66)	2,39 (1,17)	0,98	0,78
PSI	2,20 (1,02)	1,44 (0,36)	1,96 (0,94)	0,99	0,90
AA	1,95 (0,89)	1,37 (0,24)	1,77 (0,79)	0,88	0,80
DVM	2,36 (0,70)	1,97 (0,52)	2,23 (0,67)	0,63	0,74
AS	1,45 (0,63)	1,16 (0,25)	1,35 (0,55)	0,60	0,81
SRQ-20	10,02 (5,29)	2,49 (1,98)	7,36 (5,70)	1,88	0,91

Nota: IPO-Br - Inventario de Organización de la Personalidad - Brasil; ISO - Inestabilidad del Self y Otros; IC - Inestabilidad del Comportamiento; IO - Inestabilidad en los Objetivos; PSI - Psicosis; AA - Agresividad Autodirigida; DVM - Distorsión de los Valores Morales; AS - Agresividad Sádica; SRQ-20- *Self-Reporting Questionnaire*.

Para examinar la capacidad del IPO-Br para discriminar a las personas con diferentes niveles de OP, se realizaron análisis de varianza (ANOVA), cuyos resultados se presentan en la Tabla 3. Los grupos se formaron de acuerdo con las clasificaciones hechas por los clínicos que atendieron a los pacientes. Esta clasificación se hizo de forma independiente, sin que el clínico tuviera acceso a las puntuaciones de sus pacientes en los instrumentos de esta investigación.

Se observa que, en todos los factores, las puntuaciones medias más bajas obtenidas fueron las del grupo de participantes clasificados en el nivel de OP normal, como se esperaba. Sin embargo, sólo los factores ISO y IC presentaron una diferencia estadísticamente significativa con respecto a todos los demás grupos. Además, en general, las medias de los factores de IPO-Br no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del grupo de OP neurótica y los del grupo de OP *borderline* superior. Lo mismo ocurrió entre los pacientes con OP *borderline* inferior y OP psicótica.

Así pues, aunque algunos detalles entre los diferentes niveles de OP no fueron captados por las escalas IPO-Br, el instrumento demostró la capacidad de discriminar el patrón de funcionamiento psicológico, en general, en tres grandes grupos: normal, neurótico-*borderline* superior y *borderline* inferior-psicótico. Basándose en esta evidencia empírica, los cinco niveles de OP se reorganizaron en tres grupos, a los que se les dio un nuevo nombre: OP normal, OP con deterioro leve (neurótico - *borderline* superior) y OP con deterioro grave (*borderline* inferior - psicótico).

Tabla 3. Comparación de los promedios (ANOVA) de los factores IPO-Br entre grupos de personas con diferentes niveles de organización de personalidad. Río Grande del Sur, 2014 a 2015.

	Normal <i>M (SD) n = 61</i>	Neurótico <i>M (SD) n = 38</i>	Borderline Superior <i>M (SD) n = 16</i>	Borderline Inferior <i>M (SD) n = 36</i>	Psicótico <i>M (SD) n = 29</i>	<i>F (gl)</i>	<i>p</i>
ISO	1,92 ^a (0,53)	2,55 ^b (0,77)	2,74 ^b (0,78)	3,33 ^c (0,77)	2,95 ^{bc} (0,64)	27,68 (4)	< 0,001
C	1,74 ^a (0,47)	2,18 ^b (0,69)	2,16 ^{bc} (0,62)	2,96 ^d (0,89)	2,71 ^{cd} (0,77)	21,51 (4)	< 0,001
IO	1,72 ^a (0,65)	2,63 ^b (1,14)	2,36 ^{ab} (1,21)	2,93 ^b (1,31)	2,87 ^b (1,26)	9,99 (4)	< 0,001
PSI	1,43 ^a (0,35)	1,76 ^a (0,64)	1,82 ^{ab} (0,80)	2,43 ^{bc} (1,05)	2,85 ^c (1,16)	19,70 (4)	< 0,001
AA	1,35 ^a (0,25)	1,52 ^a (0,53)	1,45 ^a (0,44)	2,54 ^b (1,01)	2,16 ^b (0,84)	23,89 (4)	< 0,001
VM	1,93 ^a (0,52)	2,16 ^a (0,62)	2,06 ^a (0,61)	2,62 ^b (0,77)	2,60 ^b (0,50)	10,44 (4)	< 0,001
AS	1,15 ^a (0,24)	1,27 ^{ab} (0,41)	1,29 ^{ab} (0,45)	1,71 ^c (0,87)	1,51 ^{bc} (0,53)	7,33 (4)	< 0,001

Nota: En cada línea, letras iguales significan que los promedios de cada Organización de Personalidad no difieren estadísticamente de manera significativa entre sí en las dimensiones del IPO-Br (Post-hoc: Prueba de Tukey); ISO - Inestabilidad del Self y Otros; IC - Inestabilidad del Comportamiento; IO - Inestabilidad en los Objetivos; PSI - Psicosis; AA - Agresividad Autodirigida; DVM - Distorsión de los Valores Morales; AS: Agresividad Sádica.

Basándose en las nuevas configuraciones de OP, los promedios se compararon utilizando análisis de varianza y los resultados se presentan en la Tabla 4. Como se muestra en la Tabla 4, los factores ISO, IC y PSI del IPO-Br fueron capaces de diferenciar todas las estructuras. En la escala IO, los valores medios fueron estadísticamente diferentes entre las personas del grupo de OP normal y las de OP con deterioros leves, pero la diferencia de medias en este factor entre la OP con deterioros leves y OP con deterioros graves no fueron estadísticamente significativas. En cuanto a los factores de las Escalas Adicionales, los promedios no fueron estadísticamente significativos entre los grupos de OP normal y OP con deterioros leves, pero fueron estadísticamente diferentes del grupo de OP con deterioros graves.

Tabla 4. Comparación de los promedios (ANOVA) de las escalas IPO-Br entre las organizaciones de personalidad reagrupadas. Río Grande del Sur, 2014 a 2015.

	Normal <i>M (SD) n = 61</i>	Deterioro leve <i>M (SD) n = 54</i>	Deterioro grave <i>M (SD) n = 65</i>	<i>F (gl)</i>	<i>p</i>
ISO	1,92 ^a (0,53)	2,60 ^b (0,77)	3,17 ^c (0,74)	46,89 (2)	< 0,001
IC	1,74 ^a (0,47)	2,18 ^b (0,66)	2,85 ^c (0,84)	41,90 (2)	< 0,001
IO	1,72 ^a (0,65)	2,55 ^b (1,16)	2,90 ^b (1,20)	56,07 (2)	< 0,001
PSI	1,43 ^a (0,35)	1,78 ^b (0,68)	2,61 ^c (0,95)	39,79 (2)	< 0,001
AA	1,35 ^a (0,25)	1,50 ^a (0,51)	2,38 ^b (0,75)	19,26 (2)	< 0,001
DVM	1,93 ^a (0,52)	2,13 ^a (0,61)	2,98 ^b (0,74)	56,86 (2)	< 0,001
AS	1,15 ^a (0,24)	1,27 ^a (0,42)	1,62 ^b (0,74)	48,62 (2)	< 0,001

Nota: En cada línea, letras iguales significan que los promedios de cada Organización de Personalidad no difieren estadísticamente de manera significativa entre sí en las dimensiones del IPO-Br (Post-hoc: Prueba de Tukey); ISO - Inestabilidad del Self y Otros; IC - Inestabilidad del Comportamiento; IO - Inestabilidad en los Objetivos; PSI - Psicosis; AA - Agresividad Autodirigida; DVM - Distorsión de los Valores Morales; AS: Agresividad Sádica.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue investigar la capacidad del IPO-Br para diferenciar entre grupos de personas con diferentes niveles de organización de personalidad. Hasta la fecha, no se han encontrado estudios que se hayan concebido para abordar esta cuestión, y ésta parece ser la primera investigación que ha intentado hacerlo.

Lo más cercano a esta propuesta fue el estudio de Smits y colaboradores¹⁶ que investigaron la capacidad de los factores del IPO para discriminar a los pacientes de los grupos A, B y C de trastornos de personalidad, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos y atribuyendo este fracaso a un posible efecto de subrepresentación de los pacientes de los grupos A y C. De todos modos, los grupos A, B y C están organizados teóricamente según las similitudes de los rasgos de los trastornos¹ y no por la gravedad funcional de la personalidad.

Los resultados obtenidos en este estudio mostraron que el IPO-Br fue capaz de diferenciar el grupo clínico del grupo no clínico con efectos de tamaños grandes en las diferencias de promedios en casi todos los factores. Estos resultados son congruentes con otros estudios^{2,10,16} que también informan de diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los grupos clínico y no clínico. Estos datos sugieren que el IPO-Br es una herramienta útil para identificar psicopatologías relacionadas con la personalidad. Además, los índices satisfactorios de coherencia interna en todas las escalas indican una fiabilidad adecuada del instrumento. Por lo tanto, hay pruebas adecuadas de la validez y la fiabilidad de la medida.

Los factores Distorsión de los Valores Morales y Agresividad Sádica presentaron un efecto de tamaño moderado en la diferencia de promedios entre los grupos clínico y no clínico. Este efecto de tamaño algo menor puede estar relacionado con el hecho de que las respuestas a los elementos de estas escalas pueden ser más susceptibles a la interferencia de la deseabilidad social¹⁰.

Como resultado, la gente tiende a no aprobar los elementos que describen comportamientos que indican fracaso en el desarrollo moral y placer en el sufrimiento de otros porque son socialmente indeseables. Otra hipótesis que puede explicar esta diferencia moderada en el tamaño del efecto es el hecho de que los elementos capturan comportamientos muy severos y/o específicos de un solo trastorno, en este caso, el antisocial¹⁹. Así pues, para la investigación específica de esos factores, sería importante que la muestra se basara en grupos previamente establecidos, como una muestra de personas con trastornos de personalidad antisocial o acusados confesados de delitos cometidos intencionalmente contra otros.

En cuanto a los niveles de OP establecidos teóricamente en el modelo de Kernberg^{4,5}, los factores del IPO-Br no discriminaron con precisión los grupos. Como resultado, los modelos psicométricos no siempre son capaces de captar los detalles cualitativos que distinguen a los diferentes grupos²⁰. La no diferenciación de grupos puede haberse producido, por un lado, porque los elementos y factores del IPO-Br no comprenden todos los detalles que califican estos niveles teóricamente establecidos.

Por otro lado, puede ser que la no diferenciación se haya producido debido a que los agrupamientos teóricamente establecidos no se corresponden con la realidad empírica. Así, el presente estudio aporta evidencias de que el IPO-Br es capaz de discriminar tres niveles de funcionamiento psicológico: normal, deterioro leve y deterioro grave.

Los nuevos modelos de diagnóstico de los trastornos de la personalidad, tanto el modelo alternativo del DSM-5¹ como el modelo dimensional propuesto para la 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)²¹, comprenden la patología de la personalidad en términos de gravedad funcional. El diagnóstico de un trastorno de la personalidad está ahora determinado por el nivel de deterioro subjetivo e interpersonal.

Un grave trastorno de la personalidad ha sido determinado por deterioros graves en la constitución del *self*, con problemas en la integración de la identidad y el autogobierno, así como graves deterioros en los estilos de relación interpersonal, con problemas en la empatía y la intimidad. Estos nuevos modelos están intrínsecamente alineados con el modelo de OP de Kernberg²²⁻²⁴. De hecho, un estudio incluso encontró elementos en el IPO que cubren todos los constructos del modelo alternativo para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad descritos en el DSM-5¹.

Considerando que cuanto mayor sea el deterioro en el funcionamiento de la personalidad, más altas deberían ser las puntuaciones de las escalas, teóricamente se esperaban valores medios crecientes partiendo del grupo de OP normal para el de OP psicótica. Este resultado no se produjo como se esperaba, y los promedios más altos se obtuvieron del grupo de participantes clasificados con OP *borderline* inferior, excepto en el factor Psicosis.

Estos valores divergentes del esperado pueden ser el efecto del bajo tamaño de la muestra de los grupos y/o de las diferencias de tamaño de la muestra en cada grupo. Además, esta divergencia puede indicar la necesidad de una revisión en forma de clasificación de los

niveles de OP, teniendo en cuenta que, empíricamente, los grupos se diferencian de manera alternativa a la teoría. Además, el IPO parece cubrir mejor las características típicas del funcionamiento *borderline*, siendo más sensible a la captura de aspectos de este nivel de OP que los otros niveles¹¹.

Los promedios de los factores del IPO-Br en la OP psicótica fueron menores que en el grupo de OP *borderline* inferior. Aunque la organización psicótica presenta inestabilidad de self y otros, e inestabilidad en el comportamiento, la cuestión central de esta organización, que incluso la distingue del *borderline*, es el grave deterioro en la prueba de realidad, que se manifiesta particularmente en delirios y alucinaciones⁵.

De hecho, las puntuaciones de los pacientes con OP psicótica fueron más altas en la escala Psicosis, ya que los ítems están formulados de tal manera que investigan los deterioros en el curso del pensamiento, en la sensopercepción y en la forma en que la persona se evalúa a sí misma en términos de conductas y sentimientos de acuerdo a las normas sociales. Sin embargo, la diferencia entre los valores medios de este factor entre OP *borderline* inferior y OP psicótica no fue estadísticamente significativa. Este resultado puede haber estado influido por el compromiso en la función de pensamiento que presentan los pacientes con psicosis. Las respuestas a algunos elementos de IPO-Br exigen una mayor autorreflexión y claridad sobre las emociones experimentadas y la forma en que la persona se ve a sí misma.

Los fallos en esta capacidad de autorreflexión, junto con los deterioros de juicio, pueden generar puntuaciones en un instrumento de autorreflexión que no representen adecuadamente al paciente²⁵. Además, está el hecho de que la OP *borderline* se estudia ampliamente, mientras que hay muy pocos estudios sobre la OP psicótica desde la perspectiva de la teoría psicodinámica de las relaciones entre objetos, lo que da lugar a lagunas en el conocimiento y la profundización del funcionamiento estructural psicótico²⁶. Además de la diferenciación del DSM-5, que incluye personalidades del espectro esquizofrénico mediante el dominio del psicotismo en el modelo alternativo, y la CIE-11, que elimina toda mención de los rasgos psicóticos de los trastornos de la personalidad, dejando a todos en la categoría del espectro de la esquizofrenia²⁷.

Aunque el presente estudio fue un enfoque cuantitativo, las recogidas presenciales con pacientes graves permitieron ampliar la comprensión de las diferencias de puntuación entre los grupos de OP psicótica e OP *borderline* inferior. Un ejemplo que puede ilustrar mejor esta situación es que un paciente psicótico participante, cuando se le preguntó sobre el tema "*Me siento aliviado al lastimarme, cortarme o causarme dolor físico*" del factor Agresividad Autodirigida, dio una respuesta de alto puntaje, comentando "*Sí, hago esto. A veces hay que cortarse para renovar la sangre*".

Un paciente *borderline*, a la misma pregunta, respondió: "*Sí, tengo tanta rabia dentro de mí, de todo, del mundo, que realmente me corto... Me rasco o me paso una cuchilla en el brazo, pero no me duele tanto, prefiero cortarme o golpearme contra la pared hasta que me sangre la mano, que ir allí y luchar con la gente*". La complementariedad de los enfoques cualitativo y cuantitativo²⁰ permite comprender que los comportamientos de agresión autodirigida en pacientes con una estructura psicótica son más puntuales, como en un brote por ejemplo, mientras que en los pacientes con una estructura *borderline* tienden a ser más crónicos.

Esto puede explicar el mayor promedio de este factor para las personas con OP *borderline* inferior en comparación con las que tienen OP psicótica. Del mismo modo, los elementos de los factores Distorsión de los Valores Morales y Agresividad Sádica están diseñados para investigar las actitudes antisociales y hostiles. Por lo tanto, se espera que sean más respaldados por los pacientes con OP *borderline* que por los psicóticos, ya que es característico de los primeros un superego arcaico, persecutorio y sádico, estableciendo relaciones de objetos basadas en la exploración y el control omnipotente sobre el objeto²⁸.

Sobre la base de las pruebas empíricas encontradas, y considerando que las estructuras que no presentaban diferencias significativas entre sí se configuran en un *continuum* en

relación con el nivel de psicopatología en la organización de la personalidad, se decidió reorganizar los cinco niveles de organización de la personalidad en tres grandes grupos, que se denominaron: 1) Normal, 2) Deterioro leve de la personalidad (neurótico - *borderline* superior) y 3) Deterioro grave de la personalidad (*borderline* inferior - psicótico).

Estos grupos se discriminaban entre sí en todas las Escalas Clínicas Primarias de IPO-Br, excepto IO, que no diferenció entre los grupos de OP con deterioro leve y de OP con deterioro grave. Por lo tanto, aunque el IPO-Br no pudo captar las diferencias entre algunas organizaciones, demostró ser un buen instrumento para indicar el grado de gravedad del funcionamiento de la personalidad, presentando evidencias de validez en relación con criterios externos.

En cuanto a las Escalas Adicionales del IPO-Br, las diferencias en las medias que fueron estadísticamente significativas sólo se produjeron con la OP con deterioro grave. En el modelo de Kernberg⁵, la agresividad y la falta de interiorización de un sistema de valores morales son condiciones características de los casos más graves de patología de la personalidad. La agresión se ha caracterizado como un punto central en los trastornos que abarcan la OP *borderline* de personalidad²⁹.

Sin embargo, según la teoría psicodinámica de las relaciones de objeto, hay una subdivisión de esta OP. La organización *borderline* superior incluye trastornos de la personalidad como el evitativo, dependiente y el histriónico, que tienen características psicopatológicas menos marcadas en comparación con la *borderline* inferior y no presentan características agresivas. La OP *borderline* inferior, dentro de la estructura *borderline*, se asocia con trastornos de la personalidad como el antisocial, el esquizotípico y el propio trastorno *borderline*⁶.

Crawford y colaboradores³⁰ afirman que la mayoría de los trastornos de la personalidad presentan problemas asociados a las relaciones interpersonales, con el establecimiento del apego caracterizado por mucha ansiedad y evitación. En este sentido, la agresión es el aspecto que diferencia la OP *borderline* superior e inferior, así como que distingue los trastornos de la personalidad del Grupo B del DSM-5, especialmente el trastorno de la personalidad *borderline*, de otros trastornos que también tienen altos niveles de ansiedad en el establecimiento de vínculos, como el dependiente y el evitativo. Además, las altas puntuaciones de agresión obtenidas en este estudio pueden ser el efecto de un sesgo hacia la OP *borderline* inferior, ya que la mayoría de los participantes en este grupo son pacientes con trastorno de personalidad *borderline*.

CONCLUSIÓN

Este estudio presentó evidencias de la validez del IPO-Br a partir de la comparación de las puntuaciones entre las muestras clínica y no clínica. La mayoría de las investigaciones anteriores que han utilizado el IPO han investigado las relaciones de este instrumento con otras mediciones y constructos psicológicos. En este sentido, una de las principales contribuciones del presente estudio fue verificar el valor clínico del IPO para diferenciar a los individuos con diferentes estructuras de personalidad, desde las no patológicas hasta las de funcionamiento gravemente deteriorado. Esto se considera un diferencial en relación con los conocimientos previamente acumulados en el área.

Una limitación del estudio, que puede haber influido en el hecho de que el IPO-Br no discriminara los detalles entre las cinco estructuras, se refiere al método de agrupación de los participantes en las categorías diagnósticas estructurales. Los grupos se formaron a partir de la evaluación de la estructura de la personalidad hecha por el juicio del clínico basado en los perfiles prototípicos construidos para este estudio.

Aunque el estudio tiene una riqueza clínica porque se basa en la posición del terapeuta sobre el paciente, este método utilizado no permitió estimar la fiabilidad de este diagnóstico estructural. El uso de instrumentos estandarizados puede ayudar en este asunto. De esta

manera, investigaciones futuras podrán aplicar métodos más fiables para clasificar a los participantes según sus estructuras de personalidad.

A fin de reducir al mínimo los sesgos subjetivos de los clínicos y de disminuir los posibles errores relacionados con el método de clasificación de los participantes, se aplicó tanto la capacitación de los clínicos en el modelo teórico considerado como la construcción de la Guía Descriptora de Perfiles de Personalidad según el Modelo de Organización de la Personalidad.

Otra limitación se refiere al tamaño reducido de la muestra. La recogida de datos con los pacientes se realizó de forma individual, lo que exigió una logística a veces compleja para obtener los datos. Así pues, el contexto en el que se llevó a cabo este estudio permitió el acceso a este número de participantes.

Cuando los participantes se clasificaron dentro de las categorías de los niveles de OP, el número de individuos por grupo fue bajo. Se sabe que el tamaño de la muestra influye en la potencia de varias estadísticas, lo que hace que los resultados obtenidos aquí sean considerados con cautela. Por lo tanto, se sugiere que en los estudios ulteriores se incluya un mayor número de participantes en cada categoría de diagnóstico para examinar si los factores del IPO-Br podrían discriminar las diferencias entre los grupos de OP. Además, el aumento de los casos tiende a favorecer la heterogeneidad de los estilos patológicos de personalidad dentro de cada categoría estructural. Así pues, la subrepresentación de otros rasgos característicos de los niveles de OP ya no es un problema.

A pesar de las limitaciones aquí expuestas, es posible observar que la presente investigación avanza en el conocimiento del IPO-Br, como herramienta útil en la práctica clínica para la evaluación estructural de la personalidad. Además de indicar la gravedad de la patología de la personalidad, el IPO-Br también permite, a través de las puntuaciones de sus factores, describir los rasgos patológicos que más demandan atención clínica.

Con esto, los resultados del IPO-Br pueden subvencionar la elaboración de planes de intervenciones terapéuticas específicos para cada paciente. En términos científicos, esta investigación también contribuye a los debates sobre los modelos diagnósticos de la patología de la personalidad en relación con la gravedad de los deterioros funcionales. El IPO-Br ha demostrado ser un modelo de medición útil, válido y fiable para la estimación de la gravedad de la patología de la personalidad.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais. 5ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 948p.
2. Preti E, Prunas A, De Panfilis C, Marchesi C, Madeddu F, Clarkin J. The facets of identity: personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization. *Personal Disord.* [Internet]. 2015 [citado en 07 ene 2021]; 6(2):129-40. DOI: <https://doi.org/10.1037/per0000119>
3. Krueger RF, Hobbs KA. An overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology* [Internet]. 2020 [citado en 07 ene 2021]; 53(3):126-32. DOI: <https://doi.org/10.1159/000508538>
4. Oliveira SES, Bandeira DR. Avaliação da patologia da personalidade por meio do Inventário de Organização da Personalidade. In: Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM., organizadores. *Avaliação psicológica da inteligência e da personalidade*. Porto Alegre: Artmed; 2018, p. 265-79.
5. Kernberg OF, Caligor E. A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Lenzenweger MF, Clarkin JF, editors. *Major theories of personality disorder*. 2ed. New York: Guilford Press; 2005, p. 114-56.
6. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington: American Psychiatric Pub; 2007. 595p.
7. Clarkin JF, Cain NM, Lenzenweger MF. Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: clinical insights with a focus on mechanism. *Curr*

- Opin Psychol. [Internet]. 2018 [citado en 07 ene 2021]; 21:80-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.09.008>
8. Oliveira SE, Bandeira DR. Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Depress Anxiety*. [Internet]. 2011 [citado en 07 ene 2021]; 1(1):1-7. DOI: <https://doi.org/10.4172/2167-1044.1000105>
9. Barreto JF, Matias M, Carvalho HM, Matos PM. Uncovering personality structure with the Inventory of Personality Organization: an exploration of factor structure with a Portuguese sample. *Eur Rev Appl Psychol*. [Internet]. 2017 [citado en 07 ene 2021]; 67(5):247-57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.erap.2017.08.001>
10. Berghuis H, Kamphuis JH, Boedijn G, Verheul R. Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bull Menninger Clin*. [Internet]. 2009 [citado en 07 ene 2021]; 73(1):44-60. DOI: <https://doi.org/10.1521/bumc.2009.73.1.44>
11. Ellison WD, Levy KN. Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling. *Psychol Assess*. [Internet]. 2012 [citado en 07 ene 2021]; 24(2):503-17. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0026264>
12. Igarashi H, Kikuchi H, Kano R, Mitoma H, Shono M, Hasui C, et al. The Inventory of Personality Organisation: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. *Ann Gen Psychiatry*. [Internet]. 2009 [citado en 07 ene 2021]; 8(9):1-21. DOI: <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-9>
13. Lowyck B, Luyten P, Verhaest Y, Vandeneede B, Vermote R. Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. *J Pers Disord*. [Internet]. 2013 [citado en 07 ene 2021]; 27(3):320-36. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.3.320>
14. Oliveira SES. Diagnóstico estrutural e dimensional da personalidade: estudos psicométricos e de aplicação clínica. [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. 331p.
15. Ruiz LR, Sánchez AR. Description of the structural organization of the personality in adolescents who studied first semester in a psychology program in the city of Barranquillla. *Psychol Av Discip*. [Internet]. 2008 [citado en 07 ene 2021]; 2:65-91. DOI: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225162002.pdf>
16. Smits DJ, Vermote R, Claes L, Vertommen H. The inventory of personality organization–revised: construction of an abridged version. *Eur J Psychol Assess*. [Internet]. 2009 [citado en 07 ene 2021]; 25(4):223-30. DOI: <https://doi.org/10.1027/1015-5759.25.4.223>
17. Silveira LB, Oliveira SES, Bandeira DR. Validity evidences of the Inventory of Personality Organization–Brasil (IPO-Br): its relation with the Five-Factor Model of Personality. *Trends Psychol*. [Internet]. 2018 [citado en 07 ene 2021]; 26(4):1891-905. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2018.4-07En>
18. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2008 [citado en 07 ene 2021]; 24:380-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>
19. Hörz-Sagstetter S, Volkert J, Rentrop M, Benecke C, Gremaud-Heitz DJ, Unterrainer HF, et al. A bifactor model of personality organization. *J Pers Assess*. [Internet]. 2020 [citado en 07 ene 2021]; 9:1-12. DOI: <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1705463>
20. Rahman MS. The advantages and disadvantages of using qualitative and quantitative approaches and methods in language “Testing and Assessment” research: a literature review. *EduLearn*. [Internet]. 2017 [citado en 07 ene 2021]; 6(1):102-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.5539/jel.v6n1p102>
21. Tyrer P, Mulder R, Kim YR, Crawford MJ. The development of the ICD-11 classification of personality disorders: an amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annu Rev Clin Psychol*. [Internet]. 2019 [citado en 07 ene 2021]; 7(15):481-502. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>

22. Oltmanns JR, Widiger TA. Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. *Psychol Assess.* [Internet]. 2019 [citado en 07 ene 2021]; 31(5):674-84. DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000693>
23. Waugh MH, McClain CM, Mariotti EC, Mulay AL, DeVore EN, Lenger KA, et al. Comparative content analysis of self-report scales for level of personality functioning. *J Pers Assess.* [Internet]. 2020 [citado en 07 ene 2021]; 9:1-3. DOI: <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1705464>
24. Zimmermann J, Müller S, Bach B, Hutsebaut J, Hummelen B, Fischer F. A common metric for self-reported severity of personality disorder. *Psychopathology.* [Internet]. 2020 [citado en 07 ene 2021]; 53(3):161-71. DOI: <https://doi.org/10.1159/000507377>
25. Moriyama TS, Van OS J, Gadelha A, Pan PM, Salum GA, Manfro GG, et al. Differences between self-reported psychotic experiences, clinically relevant psychotic experiences, and attenuated psychotic symptoms in the general population. *Front Psychiatry.* [Internet]. 2019 [citado en 07 ene 2021]; 10(782):1-13. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00782>
26. Dagnall N, Denovan A, Parker A, Drinkwater K, Walsh RS. Confirmatory factor analysis of the inventory of personality organization-reality testing subscale. *Front Psychol.* [Internet]. 2018 [citado en 07 ene 2021]; 9(1116):1-12. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01116>
27. Bach B, Sellbom M, Kongerslev M, Simonsen E, Krueger RF, Mulder R. Deriving ICD-11 personality disorder domains from dsm-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatr Scand.* [Internet]. 2017 [citado en 07 ene 2021]; 136(1):108-17. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.12748>
28. Kernberg OF. What is personality? *J Pers Disord.* [Internet]. 2016 [citado en 07 ene 2021]; 30(2):145-56. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2106.30.2.145>
29. Critchfield KL, Levy KN, Clarkin JF, Kernberg OF. The relational context of aggression in borderline personality disorder: using adult attachment style to predict forms of hostility. *J Clin Psychol.* [Internet]. 2008 [citado en 07 ene 2021]; 64(1):67-82. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.20434>
30. Crawford TN, Shaver PR, Cohen P, Pilkonis PA, Gillath O, Kasen S. Self-reported attachment, interpersonal aggression, and personality disorder in a prospective community sample of adolescents and adults. *J Pers Disord.* [Internet]. 2006 [citado en 07 ene 2021]; 20(4):331-51. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.4.331>

CONTRIBUCIONES

Liége Barbieri Silveira contribuyó en el diseño del estudio, la recogida de datos, el análisis e interpretación de los datos y la redacción. **Sérgio Eduardo Silva de Oliveira** y **Denise Ruschel Bandeira** colaboraron en el diseño del estudio, la interpretación de los datos, la redacción y la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Silveira LB, Oliveira SES, Bandeira DR. Inventario de Organización de Personalidad - Brasil: evidencias de validez basadas en criterios externos. *REFACS* [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(1):29-42. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

SILVEIRA, L. B.; OLIVEIRA, S. E. S. de; BANDEIRA, D. R. Inventario de Organización de Personalidad - Brasil: evidencias de validez basadas en criterios externos. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 9, n. 1, p. 29-42, 2020. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Silveira, L.B., Oliveira, S.E.S., & Bandeira, D.R. (2020). Inventario de Organización de Personalidad - Brasil: evidencias de validez basadas en criterios externos. *REFACS*, 9(1), 29-42. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.