



**Análisis de la relación entre los problemas interpersonales, la sintomatología  
psicopatológica y el malestar subjetivo en una muestra clínica.**

Miriam Pardo Rodríguez

Facultad de Ciencias humanas y sociales, Universidad Pontificia de Comillas

Dra. Elena Gismero González

24 de mayo de 2022

### **Resumen**

El objetivo de este estudio fue analizar la relación ente los problemas interpersonales, la sintomatología psicopatológica y el malestar subjetivo en una muestra clínica. Para ello, se clasificó a los participantes según sus problemas interpersonales empleando el IIP-32 y siguiendo el modelo Circumplejo de la Personalidad de Leary (1957) hallando dos perfiles de paciente. El grupo 1 fue identificado como amigable sumiso con matices hostiles mientras que el grupo 2 se caracterizó por ser amigable sumiso con tendencia a mostrarse dominante. Se estudió posteriormente la sintomatología y el tipo de malestar subjetivo predominante en cada uno de los grupos empleando el SA-45 y el CORE-OM respectivamente. Por último, se examinó si alguno de los perfiles hallados era predictor de un mayor cambio tras 12 sesiones de intervención psicológica a través de un análisis test-retest.

**Palabras clave:** problemas interpersonales, síntomas, malestar subjetivo, patoplasticidad.

### **Abstract**

The aim of this study was to analyze the relationship between interpersonal problems, psychological symptoms and subjective distress in a clinical sample. For this purpose, participants were classified according to their interpersonal problems following Leary's (1959) Circumplex Model of Personality, finding two patient profiles. Group 1 was identified as friendly submissive with hostile overtones while group 2 was characterized as friendly submissive with a tendency to be dominant. he predominant symptomatology and type of subjective distress in each of the groups was then studied using the SA-45 and the CORE-OM respectively. Finally, we examined whether any of the profiles found were predictors of greater change after 12 sessions of psychological intervention by means of a test-retest analysis.

**Words:** interpersonal problemas, psychological symptoms, subjective distress, pathoplasticity.

## Índice

1. Introducción .....	4
1.1 Relación entre los problemas interpersonales y la psicopatología: transdiagnóstico y patoplasticidad.....	6
2. Metodología .....	10
2.2 Participantes .....	10
2.3 Diseño del estudio .....	11
2.4 Instrumentos .....	12
2.5 Procedimiento .....	15
2.6 Análisis de datos .....	16
3. Resultados .....	18
4. Discusión .....	28
5. Conclusiones .....	34
5.1 Limitaciones .....	36
6. Referencias .....	37

## **Análisis de la relación entre los problemas interpersonales, la sintomatología psicopatológica y el malestar subjetivo en una muestra clínica.**

El ser humano está en constante interacción e intercambio con aquellos que le rodean (Leary, 1957). Se ha comprobado que los comportamientos sociales influyen en el autoconcepto, la madurez intelectual, la confianza en uno mismo o la estabilidad emocional (Betina y Contini de González, 2011). Como afirman House et al. (1988), las personas enfermas suelen ser las que reportan una menor calidad en sus relaciones interpersonales. Por ello, la relevancia que tiene el desempeño social en el ser humano lleva a hipotetizar acerca de la relación entre los síntomas psicopatológicos y el funcionamiento interpersonal de los individuos.

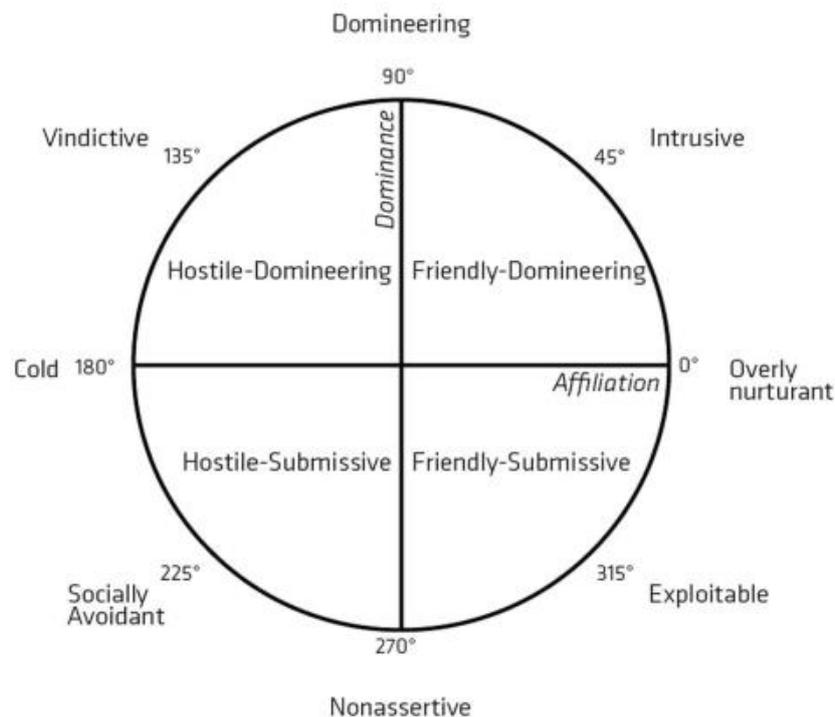
Siendo los problemas interpersonales uno de los principales focos del trabajo en psicoterapia, Horowitz (2004) defiende que la aproximación interpersonal es la más compatible con la psicopatología ya que recoge tanto la parte biológica como la cognitiva-comportamental y los aspectos psicodinámicos de las personas (Horowitz et al., 1988; Horowitz, 2004; Sullivan 1953). Esto hace que la teoría interpersonal explique la formación de psicopatología basándose en la relevancia de la motivación que subyace a los comportamientos relacionales, pudiendo ser las frustraciones y los conflictos los precipitantes de sintomatología en el desempeño interpersonal e incluso definir rasgos desadaptativos de la personalidad que pueden derivar en trastornos (Horowitz, 2004; Bejerke, 2016). Como señala pues Sullivan, las relaciones sociales son el punto nuclear de la psicopatología (Bjerke, 2016).

Cabe saber que no hay un consenso entre las diferentes teorías relativas a los problemas interpersonales puesto que, mientras que unas adoptan un enfoque categorial, otras apuestan por uno dimensional, lo cual hace que sea complicado aunar las diferentes teorías para aumentar el conocimiento habido en este tema al diferir en la forma de

conceptualizar los problemas interpersonales (Wendt et al., 2019). Leary (1957) propone el modelo circunplejo de comportamiento interpersonal, en el que define que todo comportamiento relacionado de alguna forma con otro ser humano, ya sea de forma ética, simbólica o consciente, es interpersonal. El nombre del modelo apela a su estructura circular que representa que todo comportamiento tiene su origen en dos dimensiones principales: la afiliación, que se dibuja como eje horizontal y la dominancia, eje vertical (Stucke et al., 2020; Bjerke, 2016), Figura 1.

### Figura 1

*Representación gráfica del Modelo Circunplejo de la personalidad de Leary (1957)*



*Nota.* El círculo está dividido por dos ejes principales (dominancia y afiliación) formando cuatro cuadrantes, cada uno de ellos definido por tres problemas interpersonales. Fuente: Ung et al. (2017).

Desde ahí, se conceptualizan cuatro cuadrantes y ocho características del comportamiento interpersonal que servirán para clasificarlo (Ung et al., 2017). Alden et al. (1990) analizando esta estructura, designan 127 ítems y nombran ocho escalas de problemas interpersonales dando lugar al Inventario de problemas interpersonales o IIP-

C, recalcando de nuevo la estructura circunpleja. Será Horowitz et al. (1988) quien matice que los resultados obtenidos por dicho instrumento se pueden interpretar como una versión centrada en los problemas, por lo que presenta el IIP-64 que pretende ser un inventario estandarizado para identificar los problemas más comunes que se ven en la psicología clínica con la capacidad de valorar si ha habido mejoras o cambios tras el tratamiento.

### **Relación entre los problemas interpersonales y la psicopatología: transdiagnóstico y patoplasticidad**

Son muchos los estudios en los que se explicita la relación entre la sintomatología derivada de diferentes trastornos y los problemas interpersonales del diagnosticado. Por ejemplo, en los trastornos de personalidad, Dimaggio et al. (2017) señala una relación sustancial entre la sintomatología psicológica y las dificultades en las relaciones interpersonales, siendo el funcionamiento social más deficitario cuanto mayores son los síntomas. Al ser la disfunción interpersonal un rasgo característico de estos trastornos, Bernstein, en 1998, indica que se puede predecir el pronóstico de la terapia conociendo los problemas interpersonales en estos pacientes (Beheydt et al., 2020). En otros trastornos, como la depresión, parece que la evaluación del funcionamiento interpersonal permite distinguir cualitativamente sujetos con sintomatología depresiva (Simon et al., 2015), algo que ocurre también en los trastornos de ansiedad generalizada (TAG), siendo posible agrupar la sintomatología conforme el funcionamiento relacional aportando evidencia sobre la importancia de analizar los factores interpersonales incluso en pacientes con el mismo diagnóstico (Salzer et al., 2011).

Esto viene a ser la patoplasticidad interpersonal, entendida como la relación de influencia recíproca entre el sistema interpersonal y la psicopatología, defendida por Przeworski et al. (2011) en la aplicación del tratamiento más adecuado en pacientes con

TAG, necesitando comprender realmente la manifestación de los síntomas en cada individuo según su funcionamiento psicológico e identificando el subtipo interpersonal de cada sujeto. Resultados de diversos estudios indican que las diferencias individuales en los problemas interpersonales de sujetos con la misma patología guardan relaciones patológicas con los síntomas psicopatológicos, es decir, que pacientes con fobia social pueden ser clasificados por mostrar problemas interpersonales vengativos o explotables y que cada grupo da lugar a respuestas diferentes siendo el diagnóstico el mismo y no pudiendo ser explicada esta diferencia por la gravedad de la sintomatología (Wright et al. 2009). Pasa también en sujetos con patología obsesiva compulsiva, principalmente clasificables entre dominantes y sumisos, puntuaciones dicotómicas entre sí en el modelo circunplejo de personalidad (Solomonov et al. 2020).

Tener presente la heterogeneidad es fundamental para poder entender con riqueza cómo se desarrolla la sintomatología psicopatológica, algo contrapuesto a los diagnósticos categoriales donde no caben los matices (Achenbach, 2015). A través del transdiagnóstico es posible valorar qué características interpersonales comparten los diferentes trastornos evaluando las similitudes y comorbilidades de los mismos, a la par que los aspectos singulares que los diferencian (Rappaport y Barch, 2020). Evaluar cuán satisfactoria es la capacidad de relacionarse del paciente al llegar a consulta ayuda a individualizar la intervención y a obtener mejores resultados ya que se ha demostrado que “los problemas interpersonales de los pacientes están relacionados tanto con las variables relevantes del proceso de tratamiento como con la alianza terapéutica” (Gómez et al., 2019, p.6). Esto lo avala, entre otros, los resultados de un estudio con pacientes psicóticos en el que se empleó el IIP-64, el cual revela una asociación entre las dimensiones orientadas al yo y la relación terapéutica, anticipando un peor resultado del tratamiento cuanto mayor son las puntuaciones de las subescalas frío y socialmente

evasivo (Johansen et al., 2013; Stucke et al., 2020). Estos avances aportan luz sobre la relevancia de los factores individuales en el tratamiento de la psicopatología.

Los resultados sobre el poder predictivo de los problemas interpersonales en el tratamiento terapéutico parecen poco esclarecedores. Mientras hay estudios que no encuentran relación, otros defienden o bien que puntuaciones elevadas en problemas interpersonales predicen una mayor eficacia de la terapia o, por el contrario, que, a mayor nivel de problemas interpersonales, peor resultado terapéutico (Ung et al., 2017). Otros concluyen que es el perfil interpersonal lo que mejor predice el éxito de la terapia, siendo mayor cuando el paciente es amigable-sumiso y peor cuando se trata de una persona hostil-dominante (Ung et al., 2017). En esta línea, los resultados del estudio de Wei et al. (2020), definieron tres perfiles diferentes de problemas interpersonales y sus respectivos problemas psicopatológicos: el Flexible-Adaptativo siendo el más saludable, el Explotador-Subordinado, caracterizado por alto distrés y angustia en sus relaciones y el Hostil-Evitador, con dificultad para ser flexible en las interacciones y un mayor sentimiento de soledad, así como sintomatología depresiva y ansiosa.

La intención de este trabajo es analizar si hay una asociación entre los diferentes problemas interpersonales y la sintomatología psicopatológica puesto que diferentes estudios han identificado cada trastorno con unos problemas interpersonales determinados: los trastornos emocionales se muestran más presentes en personas hostiles y dependientes (Gómez et al., 2019) mientras que los sujetos diagnosticados con trastornos de alimentación tienden a ser menos asertivos y más sumisos (Ung et al., 2017) y los pacientes con esquizofrenia puntúan más alto en las escalas de auto-orientado (Stucke et al., 2020).

Estos resultados podrían ayudar a los terapeutas a adaptar sus intervenciones sabiendo que la literatura apunta que “los subgrupos de individuos pueden afrontar o actuar sobre

estos síntomas de manera diferente en lo que respecta a su comportamiento interpersonal” (Przeworski et al., 2011, p.3). Evaluar los problemas interpersonales con los que inicia el paciente la terapia fomenta una formulación de caso más detallada incidiendo en una mejor planificación del tratamiento para obtener resultados más óptimos (Pascual-Leone y Kramer, 2017). A su vez, intervenir directamente y de forma dirigida hacia las habilidades relacionales de los pacientes modificando su forma de actuar con los demás y disminuyendo los problemas interpersonales que presentan, podría disminuir gratamente la probabilidad de recaídas mejorando la calidad de los resultados.

El objetivo general de este estudio será analizar la relación entre los problemas interpersonales, la sintomatología psicopatológica y el malestar subjetivo. Tras este objetivo general, se plantean como objetivos específicos:

- 1) hacer una clasificación de los perfiles de problemas interpersonales que presente la muestra,
- 2) analizar si hay relación entre cada uno de los perfiles interpersonales medidos por el IIP-32 con: a) los síntomas psicopatológicos evaluados por el SA-45, y b) el nivel de malestar subjetivo y el funcionamiento general (evaluados por el CORE-OM).
- 3) Por último, se pretende estudiar si hay perfiles del IIP predictores de un mejor resultado en psicoterapia (operativizado por un mayor cambio en el SA-45 o en el CORE-OM).

## **Metodología**

### **Participantes**

Se contó con un total de 529 participantes, aunque hubo que descartar un número considerable de registros al haber pacientes que no cumplimentaron adecuadamente el formulario, quedando la muestra final constituida por 415 sujetos usuarios de la Unidad Clínica de Psicología (UNINPSI), perteneciente a la Universidad Pontificia Comillas, en Madrid. Todos ellos eran mayores de edad, entre 18 y 87 años, con una edad media de 33.62 años. 52.77% fueron mujeres (N = 219) y 34,94% hombres (N= 145) (51 personas (12,29%) prefieren no contestar su edad).

Al tratarse de una clínica a pie de calle con más de cuarenta terapeutas la muestra recogida fue muy heterogénea. La riqueza de este centro está en ofertar un abanico de psicólogos y psiquiatras que forman grupos de supervisión según la orientación principal en la que trabajen. Dependiendo de la demanda del paciente y el motivo de consulta, será derivado a uno de los cuatro equipos: el humanista, el sistémico (especializado en problemas de familia o pareja), el cognitivo conductual y uno dedicado a las personas consagradas religiosas. Ello supone la posibilidad de abordar una variedad muy extensa de problemáticas y trastornos.

Los perfiles a los que se atienden también son muy diversos, pues, aunque se trata de una clínica privada, es frecuente encontrar estudiantes que cuentan con reducción económica debido a su vinculación con la Universidad Pontificia Comillas, así como casos derivados por asociaciones cuya atención es totalmente gratuita. También son diversas las profesiones, el nivel de estudios o la etapa laboral en la que se encuentran los pacientes.

Los datos fueron recogidos a través del formulario protocolario que la clínica establece rellenar de forma previa a iniciar la terapia. Pasar estos instrumentos permite valorar el cambio terapéutico de forma objetiva dando lugar a la posibilidad de que cada terapeuta valore si los resultados obtenidos corresponden a los esperados. De no ser así, permite replantear el trabajo con el paciente pudiendo focalizarse en las áreas que denotan carencias y causan malestar.

Los criterios de inclusión de la muestra se limitaron a que el paciente aceptase formar parte de los estudios promovidos por el equipo de investigación de la Uninpsi. El principal criterio de exclusión lo delimita la edad del usuario, puesto que el protocolo inicial de la clínica es diferente en caso de ser menor de edad. Otro criterio excluyente es que el usuario presente alguna limitación física o discapacidad que vaya a impedir que pueda contestar o entender los ítems de los cuestionarios correctamente, condiciones que no suelen darse en la práctica diaria de la clínica.

### **Diseño del estudio**

La primera parte del estudio, que pretendía explorar la relación entre los problemas interpersonales que presentaba la muestra y la relación de estos con sus síntomas psicológicos y el malestar subjetivo, fue diseñada como un estudio observacional descriptivo transversal, dado que no hubo control de variables y no interviene el factor tiempo. Por el contrario, el tercer objetivo requirió de un diseño observacional longitudinal puesto que se midieron las variables en un segundo momento de la terapia, a las doce semanas de tratamiento, con la intención de ver qué pacientes tenían mejor pronóstico. Al ser análisis exploratorios, no fueron guiados por hipótesis. La validez de constructo debería ser alta puesto que las medidas empleadas para recoger las variables representan adecuadamente los constructos que se pretendieron medir.

Sobre el control experimental se utilizó un diseño de doble ciego (tanto los terapeutas como los pacientes iban codificados, de forma que la investigadora no conocía a quiénes correspondían) con el fin de evitar que las expectativas pudieran afectar al resultado. Debido a que la muestra recogida es grande y los perfiles incluidos en la misma muy diversos, la validez externa no debería verse amenazada, siendo posible generalizar los resultados a otros contextos clínicos.

### **Variables e instrumentos**

Los instrumentos que se emplearon en este estudio fueron, en primer lugar, el “Inventory of Interpersonal Problems” abreviado (IIP-32) de Barkham et al. (1996) y validado en español por Salazar et al. (2010). Se utilizó el Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) en español (Sandín et al., 2008) como versión breve del SCL-90 (Derogatis et al., 1973). En tercer lugar, se escogió la versión española del Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) de Feixas et al., (2012).

El IIP-32, versión breve del IIP-64 de Horowitz et al. (1988), mide los problemas interpersonales que presenta en el momento actual el sujeto. Con sus 32 ítems, este cuestionario evalúa cuatro escalas cada una compuesta por dos polos que da lugar a ocho dimensiones. La primera hace referencia a la competencia, que implica la incapacidad para ser asertivo o, contrariamente, muy dominante. La segunda dimensión se refiere a la sociabilidad, compuesta por la dificultad para ser sociable o, en el extremo opuesto, el problema de ser demasiado abierto. La afiliación sería lo que designaría la quinta y la sexta subescala, identificando como uno de los problemas la complicación para brindar apoyo, inverso a la problemática de ser demasiado implicado. Por último, la dificultad para implicarse o el inconveniente de ser demasiado dependiente serían las últimas dos dimensiones referentes a la independencia. Se trata

de una escala Likert donde 0 es “nada en absoluto” y 5 es “extremadamente”, siendo la puntuación máxima de cada una de las 8 subescalas de 16 puntos.

En cuanto a la fiabilidad y validez del test es alta ( $\alpha = .87$ ), coincidiendo con el alfa de Cronbach de .85 que reportan Salazar et al. (2010) al validar el instrumento al español. La consistencia interna de las subescalas en la muestra recogida presenta algunas características llamativas. La fiabilidad de las dimensiones dificultad para ser asertivo y dificultad para ser sociable es la más alta con un  $\alpha = .85$ . Es la subescala que mide la apertura social de los sujetos la que obtiene una fiabilidad más baja ( $\alpha = .70$ ) siendo aun así suficiente para asegurar la fiabilidad de la subescala, Tabla 1. Esto supone que la validez de la conclusión estadística va a ser alta.

**Tabla 1**

*Fiabilidad subescalas IIP-32*

<b>Dimensiones</b>	<b>Subescalas IIP-32</b>	<b>Media</b>	<b>sd</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Competencia	Dominante/ Controlador	.64	.69	.72
	Dificultad para ser asertivo	1.80	1.04	.85
Sociabilidad	Dificultad para ser sociable	1.33	1.04	.85
	Demasiado abierto	1.21	.86	.70
Afilación	Demasiado involucrado	2.02	.91	.75
	Distante emocional	.87	.88	.82
Independencia	Autocentrado	.75	.86	.82
	No auto-afirmativo	1.94	.88	.70

*Nota.* La tabla indica las cuatro dimensiones que mide la versión breve del inventario de problemas interpersonales (IIP-32) y los dos polos en las que se divide cada una de ellas dando lugar a las ocho subescalas.

Por otro lado, la importancia de incluir el SA-45 en un protocolo de evaluación inicial radica en la ayuda que aporta a los terapeutas conocer qué sintomatología presenta el usuario y en qué grado. Esta versión breve del SCL-90 es un gran avance puesto que facilita su aplicación clínica, reduce el solapamiento de ítems y aumenta la validez factorial del instrumento. Muchas veces los pacientes tienen dificultades a la hora de

expresar lo que sienten o padecen y este instrumento permite ponerle palabras y cuantificarlo. No se trata de un instrumento diagnóstico, pero sí permite conocer en qué medida la persona 1) somatiza, 2) es hostil o 3) padece sensibilidad interpersonal, así como si presenta 4) sintomatología obsesiva-compulsiva, 5) depresiva, 6) ansiosa, 7) ideación paranoide, 8) ansiedad fóbica o 9) rasgos de psicoticismo. Cada una de estas 9 escalas está compuesta por cinco ítems. El coeficiente alfa es de 0.95 denotando una fiabilidad alta. La consistencia interna de todas las subescalas es mayor al  $\alpha = 0.69$  obtenida en la dimensión de ideación paranoide, alcanzándose la mayor en depresión ( $\alpha = .86$ ).

**Tabla 2**

*Fiabilidad de las subescalas del SA-45*

<b>Subescalas SA-45</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Depresión	.86
Hostilidad	.81
Sensibilidad interpersonal	.83
Somatización	.82
Ansiedad	.83
Psicoticismo	.77
Obsesión compulsión	.80
Ansiedad fóbica	.79
Ideación paranoide	.69

En cuanto al tercer instrumento empleado, la información que proporciona el CORE-OM permite valorar el estado global del sujeto, informando sobre en qué medida la persona 1) tiene problemas o síntomas, 2) es funcional de forma general en su día a día, 3) supone un riesgo para su propia vida o para los demás y 4) el grado de bienestar subjetivo. Está compuesto por 34 ítems puntuables del 0 al 4 por el sujeto según concuerden los ítems con su estado actual, lo cual hace que sea un instrumento fácil de emplear y de rápida aplicación.

Para el CORE -OM la subescala de bienestar subjetivo tiene un alfa de Cronbach de .73, lo cual indica una buena consistencia interna, si bien es la que menor capacidad discriminativa presenta frente a las demás. La fiabilidad de la subescala de Problemas-síntomas, es alta ( $\alpha = .87$ ) estando compuesta por 12 ítems, 4 enfocados a síntomas sobre ansiedad, otros 4 se centran en la depresión, 2 se focalizan en los problemas físicos y otros dos en experiencia de trauma. La subescala de funcionamiento general se puede dividir en 3 bloques de 4 ítems cada uno que recogen información sobre: el funcionamiento global del paciente, su funcionamiento en las relaciones íntimas y el funcionamiento relacional social. La fiabilidad de esta subescala también es alta ( $\alpha = .88$ ). Por último, para la subescala de riesgo, compuesta por 4 preguntas acerca de la peligrosidad que supone el sujeto para sí mismo y 2 exploratorias sobre la posibilidad de hacer daño a terceros, la consistencia interna es elevada, mostrando un valor de  $\alpha = .77$ . Los resultados obtenidos concuerdan con los obtenidos por Feixas et al. (2012) en la validación de la versión española, quienes reportan que, de todas las subescalas, el menor alfa de Cronbach fue de 0.75 y el mayor de 0.90.

### **Procedimiento**

Los formularios, que contienen los tres instrumentos, se aplicaron dos veces a cada sujeto adulto: en la primera entrevista para valorar el estado inicial y tras doce semanas de tratamiento. A raíz de esta línea basal, se pudo analizar posteriormente el avance del proceso terapéutico comparando las puntuaciones del momento pre de la terapia con el momento post, correspondiente a la semana 12 (S12), siendo posible valorar si hubo mejoría.

Se propuso a los pacientes dos formatos para completar los formularios, pudiendo ser contestados tanto de forma on-line como en papel. El tiempo estimado para completarlo fue de unos quince minutos aproximadamente. Se excluyeron aquellos registros que no

estaban debidamente cumplimentados con la intención de excluir registros que pudieran introducir ruido en los resultados.

En cuanto a los factores éticos del estudio, los participantes previamente a completar los formularios, fueron informados de su participación en este estudio y debieron firmar un acuerdo de conformidad aceptando las condiciones de protección de datos y el uso de sus respuestas para investigación, sabiendo que podían retirar su consentimiento, así como retirarse del estudio si lo deseaban en cualquier momento. A su vez, todos los pacientes se identificaron con una clave aleatoria por lo que los datos empleados eran totalmente anónimos. Se asignó un número siguiendo el orden de los registros de forma cronológica, que fue lo empleado para identificar a los participantes a lo largo del estudio.

### **Análisis de datos**

Se pretendió analizar la relación entre los problemas interpersonales y la sintomatología psicopatológica habiendo sido dividida en tres objetivos específicos. Para abordar el primer objetivo específico se propuso hacer un análisis de clúster k-medias con el fin de clasificar la muestra según las puntuaciones que los sujetos habían obtenido en las subescalas del IIP-32. Lo que se consigue a través de este método es agrupar a los pacientes que tengan puntuaciones relativamente homogéneas en el número de clústeres que se indique. Para ello, previamente se realizaron tres análisis de clúster jerárquicos, seleccionando el 10% de la muestra aleatoriamente en las tres ocasiones, con el fin de obtener qué número de clústeres identificaba el programa estadístico. Se empleó el SPSS, que identificó que la muestra se podía dividir en dos conglomerados agrupando a los sujetos por sus puntuaciones en las diferentes dimensiones de problemas interpersonales. Lo que hace que el análisis K-medias sea más eficaz que otros análisis

de conglomerados es que no crea los grupos calculando la distancia entre el emparejamiento de los casos.

Una vez clasificada la muestra y creados los dos perfiles de sujetos, definidos por los problemas interpersonales que reporta la muestra, se procedió a encarar el segundo objetivo específico: analizar en qué medida las puntuaciones obtenidas con los otros dos tests (SA-45 y CORE-OM) difieren en los pacientes que pertenecen al grupo 1 de aquellos que pertenecen al grupo 2. Con esto se pretende ver las diferencias que muestran los grupos en cuanto a la sintomatología y el bienestar psicológico siendo empleada la t- Student para muestras independientes. Se hicieron dos T-test: para evaluar la diferencia de los resultados obtenidos en el SA-45 en ambos grupos y otra para hacer lo mismo con las puntuaciones obtenidas en el CORE-OM. Cabe destacar que no se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas, motivo por el cual se calculó la t de Welchs, así como tampoco se cumple el supuesto de normalidad en la t de Student, pero, dado que esta prueba es bastante robusta en cuanto a este, se considera adecuada para ser empleada para evaluar los resultados del análisis.

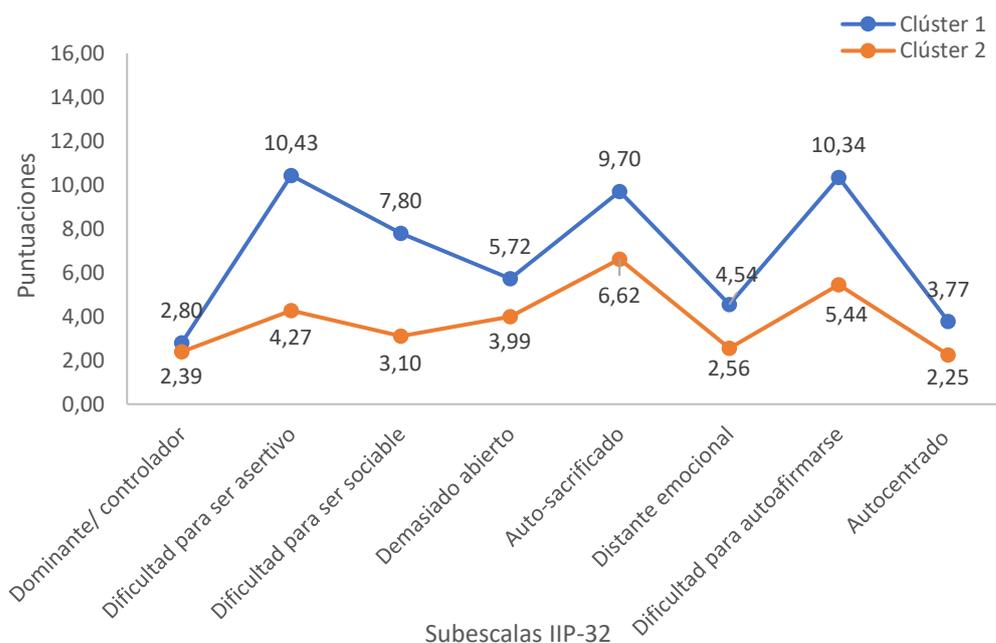
Finalmente, para el tercer y último objetivo específico, se procedió a realizar un análisis test-retest con las puntuaciones de los pacientes de cada grupo obtenidos en los dos momentos de terapia: al principio (pre) y a las 12 semanas de tratamiento (S12). No todos los pacientes completaron el formulario post por lo que la muestra es menor (N= 106). Se llevaron a cabo diferentes t-Student para muestras relacionadas: 1.a) una comparando las puntuaciones de los participantes del grupo 1 obtenidas en el SA-45 en ambas fases de la terapia, 1.b) otro t-test comparando los resultados del grupo 2 para ese mismo instrumento, 2.a) una tercera para analizar las subescalas CORE-OM del primer grupo y 2.b) un último para comparar los datos del grupo 2 en esta variable.

## Resultados

Los clústeres resultantes del análisis K-medias fueron desiguales en cuanto al número de participantes que conformaron cada uno de ellos, constanding el primero de 197 sujetos y el segundo de 218, siendo la distancia entre los centros de ambos clústeres de 10.14. La tabla ANOVA sobre los resultados del análisis K-medias, mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p < .001$ ) entre ambos grupos en todas las subescalas salvo en dominancia ( $p > .05$ ).

**Figura 2**

*Representación gráfica de los centros de los clústeres finales según el IIP-32*



*Nota.* El gráfico muestra las puntuaciones obtenidas por cada clúster en las subescalas del IIP-32 (Barkham et al., 1996). De izquierda a derecha, las dos primeras subescalas corresponden a la dimensión de competencia, seguida por las que indican sociabilidad, a continuación, los dos polos que componen la afiliación y las dos últimas subescalas que señalan independencia.

Los sujetos pertenecientes a cada clúster parecen diferir en gran medida en la dificultad que presentan los mismos para ser asertivos (6.16). A simple vista se pudo apreciar

que los centros del clúster 1 son mayores en todas las subescalas a los centros del clúster 2. En este sentido, la primera diferencia fue que los pacientes que pertenecían al grupo 1 reportaron mayores niveles de problemas interpersonales, Figura 2.

Se podría decir que los participantes que compusieron este grupo se caracterizaron por una mayor dificultad para ser asertivos (10.43), una tendencia a ser poco auto afirmativos (10.34), problemas por ser muy auto sacrificados (9.70) y altas puntuaciones en dificultad para ser sociable (7.80). Por tanto, se trataría de personas que en la dimensión de competencia encuentran problemas para decir no, expresar sus deseos y necesidades, así como reportaron baja tendencia a mostrarse dominantes o controladores (2.80) en sus relaciones. A su vez, parece que su habilidad para ser sociables no es adecuada, como tampoco lo son sus capacidades para mostrar firmeza y preocuparse por ellos mismos antes que por los demás, indicadores de independencia (Barkham et al., 1994). En cuanto a la dimensión de afiliación, ser auto sacrificados supone implicarse y ser generoso en exceso con quienes los rodean afectándolos demasiado lo que les suceda a los otros.

Por su parte, las puntuaciones más altas del clúster 2 se encontraron en primer lugar en la subescala auto sacrificado (6.62), habiendo aun así una diferencia de 3.08 puntos con el centro del clúster del grupo 1 para la misma. La siguieron las subescalas de dificultad para autoafirmarse (5.44), dificultad para ser asertivo (4.70) y tendencia a mostrarse demasiado abierto (3.99). Fueron menores los problemas interpersonales que indicaron los pacientes clasificados en este grupo, puntuando además muy bajo en la variable dificultad para ser sociable (3.10). Si bien, respecto a la dimensión de sociabilidad, a este grupo le cuesta guardar su intimidad y habla demasiado de cosas personales o secretos pudiendo ser para atraer la atención de los receptores.

Las principales diferencias halladas entre los grupos en cuanto a las puntuaciones en las subescalas del IIP-32 se encontraron en la dificultad para ser asertivos ( $F(413) = 496.62, p < .001$ ), la dificultad para ser auto afirmativos ( $F(413) = 383.49, p < .001$ ), la dificultad para ser sociable ( $F(413) = 195.07, p < .001$ ) y en la problemática de ser auto sacrificados ( $F(413) = 90.64, p < .001$ ). Tabla 4.

**Tabla 4**

*Comparación de las puntuaciones obtenidas por los clústeres para las subescalas del IIP-32*

	Clúster		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
Dificultad para ser sociable	2282.12	1	11.70	413	195.07	0.00
Dificultad para ser asertivo	3926.09	1	7.91	413	496.62	0.00
Demasiado agresivo	17.02	1	7.69	413	2.21	0.14
Auto sacrificado	981.30	1	10.83	413	90.64	0.00
Auto centrado	241.38	1	11.21	413	21.53	0.00
Demasiado abierto	308.56	1	11.12	413	27.75	0.00
Distante emocional	408.33	1	11.61	413	35.18	0.00
No auto afirmativo	2483.17	1	6.48	413	383.49	0.00

*Nota.* La tabla muestra los resultados del ANOVA de la comparación de las puntuaciones obtenidas en las subescalas del IIP-32 para los dos grupos creados por el análisis K-medias.

En segundo lugar, empleando la t-Student para muestras independientes se pudo constatar que había diferencias estadísticamente significativas ( $p < .001$ ) para todas las variables medidas por el SA-45 entre los dos conjuntos. El grupo 1 reflejó un mayor nivel de síntomas respecto del grupo 2 como lo indica el análisis descriptivo de la puntuación total del test para cada uno (grupo 1:  $M = 59.08, Md = 56$ ; grupo 2:  $M = 36.65, Md = 34$ ) denotando una diferencia considerable entre ellos ( $T(354.57) = 9.32, \alpha = .92, SE = 17.70$ ), Tabla 5. Las puntuaciones más altas para el clúster 1 se dieron en las

subescalas de depresión (M= 10.79, Md= 11), obsesión compulsión (M=9.12, Md=9) y ansiedad (M=8.97, Md= 9). En el grupo 2 destaca esta sintomatología, pero con diferente orden: depresión (M= 7.39, Md= 7), seguida de la ansiedad (M= 6.87, Md= 6) y la subescala obsesión compulsión (M=5.69, Md=5). Los síntomas psicopatológicos que menos abundan en ambos clústeres son ansiedad fóbica (grupo 1: M= 3.34, Md= 2; grupo 2: M=1.58, Md= 0) y psicoticismo (grupo1: M= 3.09, Md=2; grupo 2: M= 1.50, Md= 1).

Algo a destacar es que no se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas entre los grupos, según el test de significancia de Levene, para lo cual resulta necesario calcular la T de Welchs. Se halló la mayor diferencia en la subescala de sensibilidad interpersonal (T (359.81) =10.28,  $\alpha$ = 1.02). También destacó el tamaño del efecto de ideación paranoide (T (384.06) = 8.06,  $\alpha$ = .80). Los clústeres parecen ser más similares, mostrando diferencias más pequeñas, en las subescalas de hostilidad (T (354) = 3.79,  $\alpha$ = .38) y somatización (T (353.13) = 4.46,  $\alpha$  = .44), Tabla 6.

**Tabla 5**

*Descriptivos de los grupos según los resultados del SA-45*

	<b>Group</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>
Hostilidad	1	197	3.55	2.00	4.01	0.29
	2	218	2.24	1.00	2.90	0.20
Somatización	1	197	5.50	4.00	4.90	0.35
	2	218	3.62	3.00	3.53	0.24
Depresión	1	197	10.79	11.00	5.04	0.36
	2	218	7.39	7.00	4.51	0.31
Obsesión compulsión	1	197	9.12	9.00	4.76	0.34
	2	218	5.69	5.00	4.05	0.27
Ansiedad	1	197	8.97	9.00	4.18	0.30
	2	218	6.87	6.00	3.94	0.27
Sensibilidad interpersonal	1	197	8.38	8.00	4.66	0.33

**Tabla 5***Descriptivos de los grupos según los resultados del SA-45*

	<b>Group</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>
Ansiedad fóbica	2	218	4.20	3.00	3.47	0.24
	1	197	3.34	2.00	3.92	0.28
Ideación Paranoide	2	218	1.58	0.00	2.60	0.18
	1	197	6.32	6.00	3.76	0.27
Psicoticismo	2	218	3.56	3.00	3.15	0.21
	1	197	3.09	2.00	3.40	0.24
Total	2	218	1.50	1.00	2.06	0.14
	1	197	59.08	56.00	27.81	1.98
	2	218	36.65	34.00	20.19	1.37

**Tabla 6***Comparación de los resultados del SA-45 obtenidos por los dos grupos*

		<b>Statistic</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Mean difference</b>	<b>SE difference</b>	<b>95% IC</b>		<b>Effect Size</b>
							<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	
Hostilidad	Student's t	3.85 <sup>a</sup>	413	<.001	1.31	0.34	0.64	1.99	0.38
	Welch's t	3.79	354	<.001	1.31	0.35	0.63	2.00	0.38
Somatización	Student's t	4.53 <sup>a</sup>	413	<.001	1.89	0.42	1.07	2.70	0.45
	Welch's t	4.46	353.13	<.001	1.89	0.42	1.05	2.72	0.44
Depresión	Student's t	7.27	413	<.001	3.41	0.47	2.49	4.33	0.71
	Welch's t	7.23	395.43	<.001	3.41	0.47	2.48	4.34	0.71
Obsesión compulsión	Student's t	7.93 <sup>a</sup>	413	<.001	3.43	0.43	2.58	4.28	0.78
	Welch's t	7.86	386.93	<.001	3.43	0.44	2.57	4.29	0.78
Ansiedad	Student's t	5.27	413	<.001	2.10	0.40	1.32	2.88	0.52
	Welch's t	5.26	402.73	<.001	2.10	0.40	1.32	2.89	0.52
Sensibilidad interpersonal	Student's t	10.43 <sup>a</sup>	413	<.001	4.18	0.40	3.39	4.97	1.03
	Welch's t	10.28	359.81	<.001	4.18	0.41	3.38	4.98	1.02
Ansiedad fóbica	Student's t	5.43 <sup>a</sup>	413	<.001	1.76	0.32	1.12	2.39	0.53

	Welch's t	5.33	334.87	<.001	1.76	0.33	1.11	2.41	0.53
Ideación Paranoide	Student's t	8.13 <sup>a</sup>	413	<.001	2.76	0.34	2.09	3.43	0.80
	Welch's t	8.06	384.06	<.001	2.76	0.34	2.09	3.43	0.80
Psicoticismo	Student's t	5.83 <sup>a</sup>	413	<.001	1.59	0.27	1.06	2.13	0.57
	Welch's t	5.70	316.60	<.001	1.59	0.28	1.04	2.14	0.57
Total	Student's t	9.47 <sup>a</sup>	413	<.001	22.43	2.37	17.77	27.09	0.93
	Welch's t	9.32	354.57	<.001	22.43	2.41	17.70	27.17	0.92

*Nota.* Resultado de la t-Student para muestras independientes. <sup>a</sup> indica que la variable no cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas según el Test de Levene, IC= intervalo de confianza, df= grados de libertad.

Los descriptivos de las puntuaciones obtenidas en las subescalas del CORE-OM indican que ambos grupos puntúan alto en la subescala de bienestar subjetivo que, contrario a su nombre, indica mayor nivel de malestar en el sujeto cuanto mayor es la puntuación obtenida (grupo1: M= 2.47, Md= 2.01; grupo 2: M= 2.01, Md= 2). Son llamativos a su vez los resultados obtenidos en la subescala de riesgo siendo la media de ambos grupos mayor a 0 (grupo 1: M= .43, Md= .33; grupo 2: M=. 24, Md=0), valor a partir del cual los creadores de este instrumentan indican la obligatoriedad del terapeuta de abordar esta cuestión con el paciente, Tabla 7.

Fue posible afirmar con un intervalo de confianza del 95% ( $p < .001$ ) que ambos perfiles de pacientes, designados por los grupos, difirieron en el nivel de malestar subjetivo total medido por el CORE-OM ( $T(413) = 7.89, \alpha = .78$ ), Tabla 8. Los resultados de la t-Student para muestras independientes señalaron que la mayor diferencia entre los grupos se daba en la subescala de funcionamiento general ( $T(395) = 8.90, \alpha = .88$ ), siendo mayor en el grupo 1 que en el grupo 2, a la par que pasa en las puntuaciones de bienestar subjetivo ( $T(413) = 6.61, \alpha = .65$ ). Se observó la menor diferencia intra grupos en las puntuaciones de riesgo de hacerse daño a sí mismo o a terceros ( $T(383) = 4.00, \alpha = .39$ ).

**Tabla 7***Descriptivos de los grupos según las puntuaciones obtenidos en el CORE-OM*

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Bienestar subjetivo	1	197	2.47	2.50	0.69	0.05
	2	218	2.01	2.00	0.74	0.05
Problemas síntomas	1	197	2.18	2.17	0.70	0.05
	2	218	1.78	1.83	0.67	0.05
Funcionamiento general	1	197	1.71	1.67	0.59	0.04
	2	218	1.22	1.21	0.57	0.04
Riesgo	1	197	0.43	0.33	0.52	0.04
	2	218	0.24	0.00	0.43	0.03
Total	1	197	1.74	1.77	0.54	0.04
	2	218	1.34	1.32	0.50	0.04

**Tabla 8***Comparación de las puntuaciones de los grupos obtenidas en el CORE-OM*

	Statistic	df	p	Mean difference	SE difference	95% IC		Effect Size	
						Lower	Upper		
Bienestar subjetivo	Student's t	6.59	413	<.001	0.46	0.07	0.33	0.60	0.65
	Welch's t	6.61	413	<.001	0.46	0.07	0.33	0.60	0.65
Problemas /síntomas	Student's t	5.95	413	<.001	0.40	0.07	0.27	0.53	0.58
	Welch's t	5.93	404	<.001	0.40	0.07	0.27	0.53	0.58
Funcionamiento general	Student's t	8.95 <sup>a</sup>	413	<.001	0.49	0.05	0.38	0.60	0.88
	Welch's t	8.90	395	<.001	0.49	0.06	0.38	0.60	0.88
Riesgo	Student's t	4.04 <sup>a</sup>	413	<.001	0.19	0.05	0.10	0.28	0.40
	Welch's t	4.00	383	<.001	0.19	0.05	0.10	0.28	0.40
Total	Student's t	7.89	413	<.001	0.40	0.05	0.30	0.50	0.78
	Welch's t	7.85	400	<.001	0.40	0.05	0.30	0.50	0.77

*Nota.* Resultado de la t-Student para muestras independientes. <sup>a</sup> indica que la variables no cumplen el supuesto de homogeneidad de varianzas, analizadas por el Test de Levene, para las cuales se calcula la t de Welchs. IC= intervalo de confianza. df= grados de libertad.

Finalmente, se analizó si había distinción en el grado de mejoría de los usuarios de la clínica comparando los resultados obtenidos en el momento pre y en el momento s12 de terapia según perteneciesen a un grupo o a otro. En primer lugar, se cotejan los resultados obtenidos en el SA-45. En el clúster 1, se vio un cambio moderado con una confianza estadística del 95% en las puntuaciones de las subescalas de depresión ( $T(48) = 4.72$  y  $\alpha = .68$ ), ansiedad ( $T(48) = 4.24$  y  $\alpha = 0.61$ ) y sensibilidad interpersonal ( $T(48) = 3.83$  y  $\alpha = .55$ ). Aunque, el mayor cambio apreciado se da en la puntuación total del test ( $T(48) = 5.10$ ,  $\alpha = .72$ ), Tabla 9.

**Tabla 9**

*Comparación entre las puntuaciones PRE y S12 que el grupo 1 obtiene en el SA-45*

		<b>statistic</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Mean difference</b>	<b>SE difference</b>	<b>Effect Size</b>
Hostilidad	Pre - S12	2.23	48.0	0.030	0.92	0.41	0.32
Somatización	Pre - S12	3.05	48.0	0.004	1.65	0.54	0.44
Depresión	Pre - S12	4.72	48.0	< .001	3.20	0.68	0.68
Obsesión compulsión	Pre - S12	2.42	48.0	0.019	1.04	0.43	0.35
Ansiedad	Pre - S12	4.24	48.0	< .001	2.02	0.48	0.61
Sensibilidad interpersonal	Pre - S12	3.84	48.0	< .001	2.02	0.53	0.55
Ansiedad fóbica	Pre - S12	2.02	48.0	0.049	0.94	0.47	0.29
Ideación Paranoide	Pre - S12	2.61	48.0	0.012	1.06	0.41	0.37
Psicoticismo	Pre - S12	-0.08	48.0	0.938	-0.06	0.78	-0.01
Total	Pre - S12	5.10	48.0	< .001	14.08	2.76	0.72

*Nota.* Momento Pre supone el momento previo a iniciar terapia mientras que S12 supone la medida tomada tras 12 sesiones de tratamiento.

Para el grupo 2, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de depresión ( $T(55) = 4.59$ ,  $\alpha = .61$ ,  $p < .001$ ) y obsesión-compulsión ( $T(55)$

= 4.06,  $\alpha = .54$ ,  $p < .001$ ). Se comprobó que en ambas había habido un cambio considerable, atribuible a las sesiones de terapia, siendo mayor el resultado obtenido para la sintomatología depresiva en la que las puntuaciones a las doce semanas de tratamiento se redujeron casi a la mitad (diferencia de medias= 2.86, SE= .62). Asimismo, se constató con un 95% de confianza que hay una diferencia moderada, estadísticamente significativa, entre las puntuaciones totales del test entre los dos momentos de terapia medidos ( $T(55) = 3.80$ ,  $\alpha = .51$ ,  $p < .001$ , diferencia de medias = 9.49 y SE= 2.49), Tabla 10.

**Tabla 10**

*Comparación entre las puntuaciones PRE y S12 que el grupo 2 obtiene en el SA-45*

		Statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
Hostilidad	Pre- S12	1.83	55.0	0.073	0.71	0.39	0.24
Somatización	Pre- S12	0.46	55.0	0.649	0.19	0.42	0.06
Depresión	Pre- S12	4.59	55.0	<.001	2.86	0.62	0.61
Obsesión compulsión	Pre- S12	4.06	55.0	<.001	1.88	0.46	0.54
Ansiedad	Pre- S12	3.07	55.0	0.003	1.58	0.51	0.41
Sensibilidad interpersonal	Pre- S12	2.80	55.0	0.007	1.29	0.46	0.37
Ansiedad fóbica	Pre- S12	1.51	55.0	0.136	0.34	0.22	0.20
Ideación Paranoide	Pre- S12	0.82	55.0	0.413	0.32	0.39	0.11
Psicoticismo	Pre- S12	1.51	55.0	0.136	0.34	0.22	0.20
Total	Pre- S12	3.80	55.0	<.001	9.49	2.49	0.51

Aunque podría parecer que el grupo 1 muestra una mayor mejoría a las 12 semanas de tratamiento según los datos descriptivos de los análisis realizados, al comparar el

cambio obtenido por ambos grupos mediante el análisis t-Student las diferencias no son estadísticamente significativas.

**Tabla 11**

*Comparación del cambio terapéutico evaluado por el SA-45 entre los dos grupos*

		Statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
Hostilidad	Student's t	0.36	103.00	0.720	0.20	0.57	0.07
	Welch's t	0.36	101.54	0.720	0.20	0.57	0.07
Somatización	Student's t	2.16	103.00	0.033	1.46	0.68	0.42
	Welch's t	2.13	93.41	0.036	1.46	0.69	0.42
Depresión	Student's t	0.38	103.00	0.707	0.35	0.92	0.07
	Welch's t	0.38	100.61	0.707	0.35	0.92	0.07
Obsesión Compulsión	Student's t	-1.29	103.00	0.200	-0.82	0.63	-0.25
	Welch's t	-1.30	103.00	0.196	-0.82	0.63	-0.25
Sensibilidad interpersonal	Student's t	1.06	103.00	0.293	0.73	0.70	0.21
	Welch's t	1.05	98.84	0.296	0.73	0.70	0.21
Ansiedad Fóbica	Student's t	1.21 <sup>a</sup>	103.00	0.230	0.60	0.50	0.24
	Welch's t	1.16	69.58	0.250	0.60	0.52	0.23
Ideación Paranoide	Student's t	1.31	103.00	0.193	0.74	0.56	0.26
	Welch's t	1.31	101.77	0.192	0.74	0.56	0.26
Psicoticismo	Student's t	-0.52	103.00	0.602	-0.40	0.77	-0.10
	Welch's t	-0.49	55.94	0.623	-0.40	0.81	-0.10
Total	Student's t	1.24	103.00	0.218	4.60	3.71	0.24
	Welch's t	1.24	100.13	0.220	4.60	3.72	0.24

<sup>a</sup> Levene's test is significant ( $p < .05$ ), suggesting a violation of the assumption of equal variances

*Nota.* La tabla muestra los resultados obtenidos por el análisis t-Student entre las diferencias de medias de cada subescala de este test obtenidas por cada grupo.

En cuanto a la prueba t para muestras relacionadas en la que se comparan las puntuaciones en los dos momentos de terapia obtenidas en el CORE-OM, se comprobó que las diferencias en el grupo 1 eran estadísticamente significativas ( $p < .001$ ) para todas las subescalas salvo para la de riesgo. La mayor diferencia se encontró en la puntuación total del test ( $T(48) = 6.20$  y  $\alpha = .89$ ) y en la subescala de funcionamiento general ( $T(48) = 5.84$  y  $\alpha = .83$ ). El tamaño del efecto más pequeño fue hallado en la

dimensión de bienestar subjetivo ( $T(48) = 5.21, \alpha=0.74$ ) siendo aun así grande. Tabla 12.

**Tabla 12**

*Comparación entre las puntuaciones PRE y S12 que el grupo 1 obtiene en el CORE-OM*

		<b>statistic</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Mean difference</b>	<b>SE difference</b>	<b>Effect Size</b>
Bienestar subjetivo	Pre- S12	5.21	48.0	< .001	0.54	0.10	0.74
Problemas/ síntomas	Pre- S12	5.54	48.0	< .001	0.54	0.10	0.79
Funcionamiento general	Pre- S12	5.84	48.0	< .001	0.44	0.08	0.83
Riesgo	Pre- S12	3.24	48.0	0.002	0.23	0.07	0.46
Total	Pre- S12	6.20	48.0	< .001	0.44	0.07	0.89

En la comparación de las puntuaciones pre-post de los pacientes pertenecientes al clúster 2, de la misma forma que en el grupo 1 la única subescala en la que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas fue en la de riesgo. Se alcanzó el mayor cambio en la subescala de problemas o síntomas ( $T(55) = 5.56$  y  $\alpha= .74$ ), seguido por el total del test ( $T(55) = 5.47$  y  $\alpha=.73$ ) y los resultados de bienestar subjetivo ( $T(55) = 5.08$  y  $\alpha= .68$ ). Tabla 13.

**Tabla 13**

*Comparación entre las puntuaciones PRE y S12 que el grupo 2 obtiene en el CORE-OM*

		<b>statistic</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Mean difference</b>	<b>SE difference</b>	<b>Effect Size</b>
Bienestar subjetivo	Pre- S12	5.08	55.0	< .001	0.67	0.13	0.68
Problemas síntomas	Pre- S12	5.56	55.0	< .001	0.54	0.10	0.74
Funcionamiento general	Pre- S12	4.01	55.0	< .001	0.32	0.08	0.54
Riesgo	Pre- S12	3.20	55.0	0.002	0.12	0.04	0.43
Total	Pre- S12	5.47	55.0	< .001	0.40	0.07	0.73

Al igual que lo advertido para los resultados del SA-45, en general a nivel descriptivo se podrían señalar mayores cambios terapéuticos en el grupo 1. Hay una diferencia mayor entre las puntuaciones totales del test entre sesiones (grupo 1: diferencia de medias: .44; grupo 2: diferencia de medias: .40), como también lo es la mejoría en el funcionamiento general (grupo 1: diferencia de medias= .44, grupo 2: diferencia de medias= .32). Es llamativo que la diferencia de medias de la subescala problemas/síntomas es la misma para ambos perfiles y destaca, también a nivel descriptivo, la reducción del malestar subjetivo en el grupo 2 desde que completaron el primer formulario hasta que rellenan el segundo (Diferencia de medias= .67). La t- Student para comparar el cambio entre el grupo 1 y el grupo 2 en los resultados del CORE-OM tampoco arroja resultados estadísticamente significativos por lo que no se puede afirmar que el grupo 1 experimente un cambio mayor que el grupo 2, Tabla 14.

**Tabla 14**

*Comparación del cambio de los grupos en el CORE-OM*

		Statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
Bienestar Subjetivo	Student's t	-0.76 <sup>a</sup>	103.00	0.447	-0.13	0.17	-0.15
	Welch's t	-0.78	100.11	0.438	-0.13	0.17	-0.15
Problemas Síntomas	Student's t	0.02	103.00	0.985	0.00	0.14	0.00
	Welch's t	0.02	102.41	0.985	0.00	0.14	0.00
Funcionamiento General	Student's t	1.10	103.00	0.274	0.12	0.11	0.22
	Welch's t	1.11	102.98	0.270	0.12	0.11	0.22
Riesgo	Student's t	1.47 <sup>a</sup>	103.00	0.145	0.12	0.08	0.29
	Welch's t	1.42	72.28	0.161	0.12	0.08	0.28
Total	Student's t	0.35	103.00	0.725	0.04	0.10	0.07
	Welch's t	0.35	102.91	0.723	0.04	0.10	0.07

<sup>a</sup> Levene's test is significant ( $p < .05$ ), suggesting a violation of the assumption of equal variances

## Discusión

Se consigue el objetivo general propuesto al analizar y constatar la relación entre los problemas interpersonales, la sintomatología psicopatológica y el malestar subjetivo.

Se cumple el primer objetivo específico afirmando que es posible clasificar la muestra clínica de acuerdo a los niveles de problemas interpersonales que presenta sin que sea resultado del azar. Siguiendo la propuesta que hace Horowitz et al. (1988) de identificar los principales problemas interpersonales que trae a los pacientes a terapia fue posible extraer dos grupos, designando cada uno de ellos un perfil de paciente. Dado que la fiabilidad estadística de las subescalas del IIP-32 fue alta, se reporta una elevada consistencia interna.

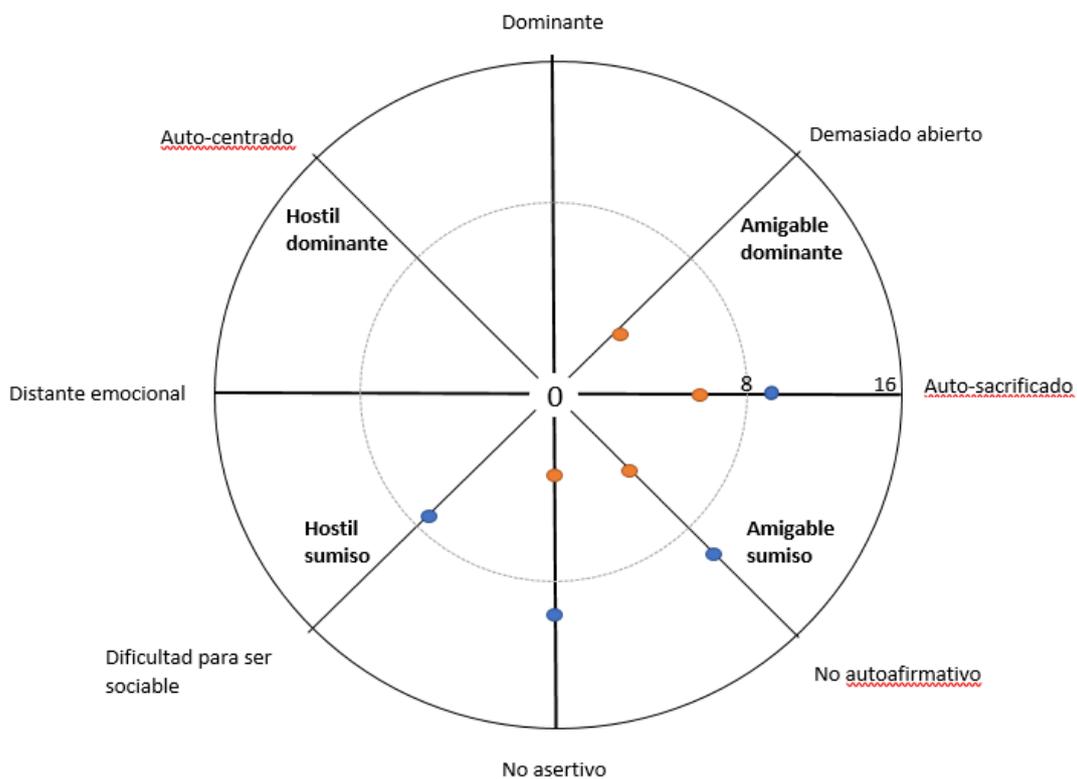
Los participantes de este estudio, en psicoterapia individual, como la muestra clínica de Barkham et al. (1994), presentan dificultades en las 4 áreas interpersonales: competencia, sociabilidad, afiliación e independencia. Que los sujetos que acuden a pedir ayuda psicológica puntúen de forma elevada en problemas interpersonales, concuerda con lo hallado en la revisión bibliográfica acerca de la importancia que tienen las relaciones sociales para la salud del ser humano (House et al., 1988).

Conforme al modelo cirumplejo de Leary (1957), el grupo 1 se define por personas que tienden a mostrarse sumisas en sus relaciones siendo principalmente amigables, aunque la baja iniciativa a conocer gente los definiría como hostiles (Alden et al., 1990), Figura 2. La hostilidad que señala este modelo, lejos de ser buscada, puede surgir a consecuencia de la carencia de recursos y habilidades interpersonales que parece poseer este grupo necesitando protegerse de las relaciones sociales. El segundo grupo también tiene un perfil principalmente amigable sumiso, pero con matices de personalidad

dominante como indican las puntuaciones elevadas en la subescala “demasiado abierto” denotando la intención de influir en otros o atraer su atención.

**Figura 2**

*Representación gráfica de los problemas interpersonales que definen los perfiles hallados*



*Nota.* Representación gráfica de los problemas interpersonales que definen cada uno de los perfiles hallados en la muestra. El círculo es una representación del Modelo Circumplejo de Leary (1957), dividido por los ejes de dominancia y afiliación que da lugar a cuatro cuadrantes cada uno de ellos designando un perfil de personalidad: amigable dominante, amigable sumiso, hostil sumiso y hostil dominante. La línea discontinua señala el punto medio entre el centro y el extremo de cada subescala. Los puntos azules corresponden al perfil 1 y los puntos naranjas corresponden al perfil 2.

La diferencia entre los perfiles encontrados en nuestro estudio viene dada por las puntuaciones en el eje de sociabilidad. Ambos grupos reportan problemas en esta dimensión, pero mientras que el grupo 1 tiene dificultades para ser sociable en el sentido de conocer gente nueva y relacionarse con otros, los sujetos del grupo 2

muestran problemas para guardar su intimidad. Sin embargo, ninguno de los perfiles obtiene elevadas puntuaciones en las subescalas de distante emocional, auto centrado o dominante reflejando que personas con estas características interpersonales no suelen demandar ayuda psicológica. Comparándolos con los tres perfiles que obtiene Wei et al. (2021) en su estudio, los grupos hallados en nuestra muestra serían variantes del que ellos denominan perfil 2 que definen como explotable-subordinado, compuesto por personas con bajos niveles de agencia personal unido a una alta afiliación o dependencia hacia los demás.

Por su parte, el segundo objetivo específico que consistía en analizar la relación entre cada uno de los perfiles interpersonales hallados con a) los síntomas psicopatológicos y b) el malestar subjetivo, también se cumple. Empezando por la relación con las puntuaciones obtenidas por el el SA-45, se puede afirmar que los síntomas predominantes en la muestra son los mismos para ambos perfiles: depresión, ansiedad y obsesión-compulsión siendo más severos en el grupo 1. Concuera con lo señalado por Horowitz et al. (1988), al establecer que las categorías sintomáticas más amplias como la depresión o la ansiedad permiten ser relacionadas con los subtipos de problemas interpersonales de forma más precisa que otros trastornos más demarcados por las características personales.

Nuestros resultados coinciden con los hallazgos de Neelapaijit et al. (2018) que identifican en muestra depresiva personalidades muy complacientes, ya sean perfiles hostiles o sumisos, que correlacionan a su vez con el desarrollo de creencias disfuncionales. Sobre la sintomatología ansiosa, Salzer et al. (2011) detalla que el TAG prevalece en sujetos que tienden a ser auto sacrificados, muy abiertos, no asertivos y con dificultad para ser sociable, rasgos que cumplen ambos grupos derivados de nuestro análisis. A su vez, la elevada presencia de síntomas obsesivos compulsivos encontrados

está en consonancia con lo que señala Solomonov et al. (2020) sobre su vinculación con personalidades sumisas. El perfil amigable sumiso con matices hostiles (grupo 1) reporta menos síntomas de ansiedad y más de obsesión compulsión con respecto al grupo 2 por lo que se abre una línea futura de investigación sobre la relación entre ambas variables: síntomas obsesivos compulsivos y dificultad para socializar.

Las puntuaciones más bajas para ambos perfiles se obtienen en la subescala de psicoticismo, lo que comparándolo con el estudio de Stucke et al. (2020) tiene sentido puesto que la esquizofrenia se relaciona con personalidades dominantes, frías, independientes y socialmente evitativas, es decir, personalidades contrapuestas a nuestra muestra que tiende a dejarse explotar por otros. La varianza hallada en los resultados de las subescalas entre los participantes pertenecientes al mismo grupo puede ser debida al peso de los factores individuales (Przeworski et al., 2011).

En cuanto a la comparación de los resultados obtenidos por el CORE-OM entre los grupos, se puede decir que la mayor diferencia se encuentra en la subescala de funcionamiento general. Es un resultado relevante pues Morey (2017) comparte la idea de que el funcionamiento personal unido a diferentes rasgos de personalidad será lo que dé lugar a la expresión de los síntomas. El grupo 1 muestra peor funcionamiento cotidiano y desempeño en las relaciones sociales e íntimas (Feixas et al., 2012) además de mayor malestar subjetivo. Personalidades sumisas-amigables, como abunda en nuestra muestra, según Slaney et al. (2006) denotan mayores niveles de perfeccionismo y distrés. Este malestar es derivado de la frustración ante la falta de habilidad para adaptar su comportamiento a diferentes situaciones sociales (Tracey y Rohlfing, 2010, citado por Wei et al., 2021). Podría estar relacionada con las altas puntuaciones de este grupo en la subescala de riesgo. No obstante, la puntuación media de esta subescala es superior a 0 en ambos grupos, mostrando la menor diferencia entre las puntuaciones de

ambos clústeres, lo que indica que en general los terapeutas deberían abordar la peligrosidad en los pacientes de causarse daño tanto a sí mismos como a terceros. Los perfiles explotables y subordinados tienen menor bienestar y autoestima, sufren de soledad, así como de depresión y ansiedad (Wei et al., 2021). Cabe mencionar que una elevada relación entre síntomas graves, problemas interpersonales y malestar subjetivo es frecuente en pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad (TLP) (Dimaggio et al., 2017).

Por último, se pretendía estudiar si alguno de los perfiles hallados era predictor de un mayor cambio en las puntuaciones del SA-45 y el CORE-OM a la semana 12 de tratamiento. Algo positivo de nuestra muestra clínica según los resultados de Gómez et al. (2019) es que, debido a las altas puntuaciones obtenidas en la subescala de auto sacrificado del IIP-32, ambos grupos serían cooperantes en el tratamiento y en principio poco desafiantes. La predominancia del carácter sumiso es lo que parece diferenciar el curso del tratamiento (Ung et al., 2017), ya que los perfiles dominantes, vengativos y fríos tienen un inferior pronóstico de cambio (Chiclana y Contreras, 2013). Los resultados obtenidos no permiten afirmar que realmente haya un mejor pronóstico de cambio en un grupo que en otro, pero sí se ha podido afirmar que hubo cambio en ambos grupos.

También los resultados del CORE-OM muestran que hubo cambio en ambos perfiles tras las 12 sesiones de tratamiento, sin poder decir que en uno de ellos sea mayor que en el otro. Si bien, fijándonos en las subescalas, el cambio en los problemas y síntomas es muy similar en ambos grupos. Cabe destacar que en el grupo 1 se ve una gran mejoría en el funcionamiento general y se puede esclarecer que, para este tipo de pacientes, cuanto mayores son los problemas interpersonales, mayores son los resultados observados en la primera etapa del tratamiento, es decir, a las 12 semanas.

Es importante conocer el malestar subjetivo de los pacientes para el desarrollo del proceso terapéutico, principalmente, en trastornos relacionados con la personalidad (Hutsebaut et al., 2017). A su vez, algo que concierne a los participantes de este estudio, por la prevalencia de síntomas depresivos encontrado, es que el malestar subjetivo lleva a los pacientes a movilizarse y a buscar ayuda, aunque si no se atiende en los estadios iniciales puede normalizarse o atribuirse a la propia personalidad (Vásquez et al., 2020). Numerosos autores indican una carencia en el DSM a la hora de tener en cuenta el malestar subjetivo del paciente siendo primordial que el profesional registre lo que esto significa para el sujeto y cómo lo relaciona con sus síntomas para facilitar el compromiso con el proceso terapéutico (Mascayano y Montenegro, 2017).

### **Conclusión**

La conclusión extraída de este estudio es que el grupo 1 tiene más dificultades en las 4 áreas interpersonales: presentan menos competencia interpersonal (es decir son menos asertivos), tienen más dificultades en la dimensión de sociabilidad, así como en afiliación (son más autosacrificados, especialmente) y muestran más problemas para ser independientes (ligado a la dificultad para autoafirmarse). Además de tener más dificultades en cada ámbito interpersonal, este grupo indica sufrir mayores síntomas psicopatológicos, especialmente en las subescalas interpersonales del SA-45 (sensibilidad interpersonal e ideación paranoide) e informan de mayor malestar subjetivo y peor funcionamiento general (CORE-OM).

Este estudio es relevante porque demuestra que pacientes con la misma sintomatología pueden tener diferentes problemas interpersonales como pasa en los dos grupos diferenciados por nuestro análisis. La patoplasticidad defiende la relación entre la personalidad del sujeto y la manifestación de problemas psicopatológicos (Wright et al.,

2009). Desafía la categorización rígida y defiende una mirada nueva del concepto de salud entendida como el desarrollo individual adaptativo fundamentado en una adecuada percepción de sí mismo y buenas habilidades para relacionarse con los demás (Hutsebaut et al., 2017). El foco en la heterogeneidad supone un avance en el entendimiento de la patología mental (Achenbach, 2015). Gracias a la investigación centrada en las carencias del funcionamiento interpersonal se pueden establecer las deficiencias transdiagnósticas (Rappaport et al., 2020) puesto que a menudo los problemas de personalidad subyacen otros trastornos mentales (Hutsebaut et al., 2017).

Con este estudio se pretende aportar evidencias para aumentar la eficacia de la intervención terapéutica ya que los problemas interpersonales fueron considerados por Horowitz (2004) una vulnerabilidad debido a su interferencia en la regulación emocional y en las estrategias de afrontamiento entre otros procesos psicológicos (Gómez et al., 2109). Conocer las dificultades del paciente a la hora de relacionarse aporta información precisa para la formulación del caso y el establecimiento de hipótesis que guiarán el proceso (Pascual-Leone et al., 2017). Como apuntan Chiclana et al. (2013) el IIP-32 puede servir de apoyo para reconocer las necesidades terapéuticas del usuario reduciendo el tiempo dedicado a sesiones de evaluación donde prima la entrevista diagnóstica y acelerando la intervención. Repercute, por tanto, en una mayor eficiencia a través de una mejor gestión del tiempo y de recursos tanto económicos como de personal.

También sirve de análisis descriptivo de las características de los pacientes que predominan en la población clínica, muy favorable para conocer sus déficits y poder formarnos en ellos. Cabe destacar para la práctica clínica que el perfil de paciente identificado en nuestra muestra (introvertido, sumiso, cuidador) es muy probable que

emplee como mecanismo de defensa una modalidad de desplazamiento que consiste en volverse contra ellos mismos, lo que conviene ser tratado al inicio de la terapia para poder disminuir el estrés o el malestar, la sintomatología ansiosa y la depresiva con la que está relacionada, según señala Geiser et al. (2005). Entre las técnicas recomendadas para mejorar los problemas interpersonales Hayden et al. (2018) demuestra que la mentalización tiene efectos en la disminución del malestar sentido en las relaciones interpersonales. Por otra parte, el meta-análisis de McFarquhar et al., (2018) señala que la terapia focalizada en la emoción tiene ventajas para aumentar el funcionamiento interpersonal, aunque hay más evidencias sobre los resultados conseguidos a través de la psicoterapia breve.

Además, tiene una función preventiva pues conocer qué síntomas son proclives a aparecer según el perfil que muestra el paciente en el área interpersonal permite dirigir la exploración hacia la manifestación de los mismos pudiendo atajarlos y controlarlos desde el inicio de la terapia por muy leves u ocultos que estén. Asimismo, identificar los déficits interpersonales sabiendo que guardan relación con el malestar subjetivo y la sintomatología patológica podría impulsar programas educativos preventivos. Un ejemplo de ello sería imponer la educación en habilidades sociales para menores pudiendo contribuir a una mejor salud mental en el futuro.

### **Limitaciones**

La principal limitación de este estudio se basa en las medidas de autoinforme empleadas para recoger los datos de los participantes. Ello supone aceptar posibles sesgos sobre el autoconocimiento, la capacidad de introspección y la auto percepción del paciente (Rapaport et al., 2020). A su vez, el orden en el que se presentan los test podría afectar a

los resultados debido al cansancio, aburrimiento o disminución del interés de los sujetos a medida que se va completando el cuestionario.

Sobre la muestra, Alden et al., (1990) indican que la decisión de los sujetos de buscar ayuda terapéutica puede estar mediada por sus propios problemas interpersonales lo que supone una desventaja para el estudio de esta variable en población clínica. Se propone para investigaciones futuras la comparación entre personas que hayan solicitado ayuda psicológica y población general con el fin de comprobar si efectivamente se identifican diferentes perfiles caracterizados por unos determinados problemas interpersonales, cierta sintomatología (por leve que sea) y un mayor o menor malestar subjetivo. Esto permitiría acercarnos a una definición operativa del concepto de salud.

Por último, se considera este estudio preliminar para futuros análisis sobre el funcionamiento social que tengan en cuenta las características individuales y sociodemográficas de los participantes, así como el estilo educativo de los padres, y todas aquellas variables que puedan guardar relación con la personalidad del sujeto. Todo esto en vías de aumentar el conocimiento sobre las variables que subyacen la psicopatología con el fin de prevenirla.

### Referencias

- Achenbach, T.M. (2015). Transdiagnostic heterogeneity, hierarchical dimensional models, and societal, cultural, and individual differences in the developmental understanding of psychopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 1419–1422. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0795-0>
- Alden, L., Wiggins, J., y Pincus, A. (1990). Construction of Circumplex Scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of personality assessment*, 55, 521-36. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674088>

- Barkham, M., Hardy, G.E., y Startup, M. (1996). The IIP-32: a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*, 35, 21-35. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>
- Barkham, M., Hardy, G. E., y Startup, M. (1994). The structure, validity, and clinical relevance of the Inventory of Interpersonal Problems. *The British Journal of Medical Psychology*. 67, 171-185. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1994.tb01784.x>
- Beheydt, L. L., Van Liefferinge, D., Lowyck, B., Schrijvers, D., Sabbe, B., y Luyten, P. (2020). Levels of relatedness and self-definition in young adults: Associations with psychopathology and interpersonal functioning. *Psychoanalytic Psychology*, 37(3), 232–240. <https://doi.org/10.1037/pap0000297>
- Betina, A., y Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 12(23), 159-182. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18424417009>
- Bjerke, E. (2016). *Interpersonal problems among psychiatric outpatients. A study of interpersonal problems and their associations with symptoms and forms of self-relatedness*. Series of dissertations submitted to the Faculty of Social Sciences, University of Oslo, 579. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/50210/PhD-Bjerke-DUO.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Chiclana, C., y Contreras, M. (2013). Evaluación de la personalidad con el inventory of interpersonal problems (IIP-64). *Interpsiquis*, 12.

<https://www.researchgate.net/publication/256547350>

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., y Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-28.

Dimaggio, G., Popolo, R., Montano, A., Velotti, P., Perrini, F., Buonocore, L., Garofalo, C., D'Aguanno, M., y Salvatore, G. (2017). Emotion dysregulation, symptoms, and interpersonal problems as independent predictors of a broad range of personality disorders in an outpatient sample. *Psychology Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 586-

599. <https://doi.org/10.1111/papt.12126>

Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E., y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. *Revista De Psicoterapia*, 23(89), 109-135.

<https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>

Geiser, F., Imbierowicz, K., Conrad, R., Wegener, I., y Liedtke, R. (2005). Turning against self and its relation to symptom distress, interpersonal problems, and therapy outcome: A replicated and enhanced study. *Psychotherapy Research*, 15(4), 357/365. <https://doi.org/10.1080/10503300500226241>

Gómez, J. M., Zilcha-Mano, S., y Roussos, A. (2019). Interpersonal profiles in emotional disorders predict the importance of alliance negotiation for early treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(7), 617–628. <https://doi.org/10.1037/ccp0000417>

- Hayden, M. C., Müllauer, P. K., Gaugeler, R., Senft, B., y Andreas, S. (2018). Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 74(12), 2276-2286. <https://doi.org/10.1002/jclp.22673>
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10727-000>
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., y Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885–892. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>
- House, J. S., Landis, K.R. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.3399889>
- Hutsebaut, J., Kamphuis, J. H., Feenstra, D. J., Weekers, L. C., y De Saeger, H. (2017). Assessing DSM–5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM–5 (STiP-5.1). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(1), 94–101. <https://doi.org/10.1037/per0000197>
- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V. C., y Hestad, K. (2013). Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1169–1176. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.016>
- Leary, T. (1957) *Interpersonal diagnosis of personality*. Ronald Press.

- McFarquhar, T., Luyten, P. y Fonagy, P. (2018). Changes in interpersonal problems in the psychotherapeutic treatment of depression as measured by the inventory of interpersonal problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 226, 108 - 123. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.036>
- Morey, L. C. (2017). Application of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale by lay raters. *Journal of Personality Disorders*, 32(5), 709-720. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_305](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_305)
- Mascayano, F., y Montenegro, C. R. (2017). El ‘modelo de la recuperación’ y la reforma de la atención en salud mental. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 28, 460–467. <https://www.researchgate.net/publication/322100524>
- Neelapaijit, A., Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Thongpibul, K., y Wedding, N. (2018) Relationship between pathogenic beliefs and interpersonal problems: a cross-sectional study of Thai patients with depression. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(3), 262-273. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1469120>
- Pascual-Leone, A., y Kramer, U. (2017). Developing Emotion-Based Case Formulations: A Research-Informed Method. *Clin Psychol Psychother*, 24(1), 212-225. <https://doi.org/10.1002/cpp.1998>
- Przeworski, A., Newman, M. G., Pincus, A. L., Kasoff, M. B., Yamasaki, A. S., Castonguay, L. G., y Berlin, K. S. (2011). Interpersonal pathoplasticity in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(2), 286–298. <https://doi.org/10.1037/a0023334>
- Rappaport, B. I., y Barch, D. M. (2020). Brain responses to social feedback in internalizing disorders: A comprehensive review. *Neuroscience and*

*Biobehavioral Reviews*, 118, 784–808.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.09.012>

Salazar, J., Martí, V., Soriano, S., Beltran, M., y Adam, A. (2010). Validity of the Spanish version of the Inventory of Interpersonal Problems and its use for screening personality disorders in clinical practice. *Journal of Personality Disorders*, 24(4):499-515. <https://doi.org/10.1521/pepi.2010.24.4.499>

Salzer, S., Pincus, A. L., Winkelbach, C., Leichsenring, F., y Leibing, E. (2011). Interpersonal subtypes and change of interpersonal problems in the treatment of patients with generalized anxiety disorder: A pilot study. *Psychotherapy*, 48(3), 304–310. <https://doi.org/10.1037/a0022013>

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.  
<https://www.psicothema.com/pdf/3463.pdf>

Simon, S., Cain, N. M., Wallner Samstag, L., Meehan, K. B., y Muran, J. C. (2015). Assessing Interpersonal Subtypes in Depression. *Journal of personality assessment*, 97(4), 364–373. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1011330>

Slaney, R. B., Pincus, A. L., Uliaszek, A. A., y Wang, K. T. (2006). Conceptions of Perfectionism and Interpersonal Problems: Evaluating Groups Using the Structural Summary Method for Circumplex Data. *Assessment*, 13(2), 138–153. <https://doi.org/10.1177/1073191105284878>

Solomonov, N., Kuprian, N., Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., y Barber, J. P. (2020). Comparing the interpersonal profiles of obsessive-compulsive personality disorder and avoidant personality disorder: Are there homogeneous profiles or

interpersonal subtypes? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(5), 348–356. <https://doi.org/10.1037/per0000391>

Stuke, F., Bröcker, A., Bayer, S., Heinz, A., BERPohl, F., Lempa, G., Haebler, D., y Montag, C. (2020). Between a rock and a hard place: Associations between Mentzos' “dilemma”, self-reported interpersonal problems, and psychosocial functioning in individuals with non-affective psychoses. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 27, 528–541. <https://doi.org/10.1002/cpp.2437>

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. W W Norton & Co.

Ung, E. M., Erichsen, C. B., Poulsen, S., Engelbrecht, M., Simonsen, S., y Helgadóttir, A. (2017). The association between interpersonal problems and treatment outcome in patients with eating disorders. *Journal of Eating Disorders* 5(53). <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0179-6>

Vásquez, D., Altimir, C., Ocampo, D. M., Reinel, M., Espinosa, D., Mesa, C., Montenegro, C. R., Fernández, O. M., y Krause, M. (2020). Del malestar a la depresión: dinámicas en la construcción del significado personal de la experiencia de la depresión. *CES Psicología*, 13(3), 142–161. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.9>

Wei, M., Mallinckrodt, B., Arterberry, B. J., Liu, S., y Wang, K. T. (2021). Latent profile analysis of interpersonal problems: Attachment, basic psychological need frustration, and psychological outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 68(4), 467–488. <https://doi.org/10.1037/cou0000551>

Wendt, L. P., Wright, A. G. C., Pilkonis, P. A., Nolte, T., Fonagy, P., Montague, P. R., Benecke, C., Krieger, T. y Zimmermann, J. (2019). The latent structure of interpersonal problems: Validity of dimensional, categorical, and hybrid

models. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(8), 823-839.

<http://dx.doi.org/10.1037/abn0000460>

Wright, A. G. C., Pincus, A. L., Conroy, D. E., y Elliot, A. J. (2009). The pathoplastic relationship between interpersonal problems and fear of failure. *Journal of Personality*, 77(4), 997–1024. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00572.x>