

Estudi de la comorbiditat entre el trastorn de pànic i els trastorns de la personalitat

Sara Guerrero Perpiñá

Treball de Final de Grau de Psicologia

Tutora: Dra. Anna Vilaregut Puigdesens

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport, Blanquerna

Universitat Ramon Llull

Maig 2020

**Estudi de la comorbiditat entre el trastorn de pànic i els trastorns de la
personalitat**

Sara Guerrero Perpiñá

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport, Blanquerna

Universitat Ramon Llull

Resum

Els trastorns d'ansietat i els de personalitat són psicopatologies que presenten una important prevalença en la nostra societat. Cada vegada més, observem la possibilitat de que hi hagi una comorbiditat entre el trastorn de pànic o l'agorafòbia i els trastorns de personalitat, dificultant, per tant, el tractament de la persona que ho pateix. L'objectiu és analitzar si hi ha una comorbiditat entre el trastorn de pànic o l'agorafòbia i els trastorns de personalitat. Van participar 86 participants distribuïts en tres grups en funció del diagnòstic. Els instruments d'avaluació utilitzats van ser el *Cuestionario Abreviado del Trastorno de Pánico*, el *Inventario de Agorafobia* i el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon*. Els resultats demostren una correlació positiva entre les persones que pateixen pànic o agorafòbia i els trastorns de personalitat, concretament del clúster C. És a dir, hi ha una comorbiditat entre aquests trastorns. Tenir en compte la comorbiditat que hi ha entre aquests trastorns pot ajudar a comprendre l'èxit o no del tractament i, per tant, és recomanable avaluar la personalitat de les persones que pateixen algun trastorn d'ansietat.

Paraules clau: trastorn de pànic, agorafòbia, trastorns de personalitat, comorbiditat.

Abstract

Anxiety disorders and personality disorders are pathologies that shown an important prevalence in our society. More and more, we observe the possibility of comorbidity between panic disorder or agoraphobia and personality disorders, therefore, this comorbidity difficult the treatment of the people. The objective of this study is to observe if there is comorbidity between the panic disorder or the agoraphobia and personality disorders. In this study were participated 86 participants distributed in three different groups according to the diagnostic. The instruments of evaluation used were the Abbreviated Questioner of Panic Disorder, the Inventory of Agoraphobia and the Clinic Multi Axial Inventory of Millon. In the results we can observe there is a positive

correlation because the persons that suffers panic or agoraphobia shows more personality disorders, concretely in the C cluster, so, there is comorbidity between these disorders. Taking into account the comorbidity that exist among these disorders can help to understand the success or not of the treatment and, therefore, it is advisable to evaluate the personality of the people that suffer an anxiety disorder.

Keywords: panic disorder, agoraphobia, personality disorders, comorbidity.

Introducció

En els últims anys s'han fet diversos estudis sobre el trastorn de pànic amb o sense agorafòbia (TP/TPA) i els diferents trastorns de personalitat (TPe) ja que s'ha observat que presenten una important prevalença i que cada vegada més comencen en edats més primerenques.

A nivell mundial, la Organització Mundial de la Salut (OMS) calcula que, en el 2015, la prevalença dels diversos trastorns d'ansietat (dintre dels quals es troba el trastorn de pànic i l'agorafòbia) va ser del 3.6% (264 milions de persones van patir algun trastorn d'ansietat) i, destaca, que els trastorns d'ansietat són més comuns en dones que en homes. A més a més, fa referència de manera més concreta a la regió d'Europa on podem veure que la prevalença d'aquests en dones és del 5% i en homes del 3% (OMS, 2015).

Pel que fa als trastorns de personalitat, Tyrer, Reed i Crawford (2015) fan referència a les enquestes que es van realitzar a Amèrica del nord i a Europa on es va trobar que la prevalença d'aquests a Europa era d'un 4% a un 15% sent un trastorn més comú en homes que en dones. Winsper et al. (2019) van fer un meta-anàlisi per tal de revistar els estudis que hi havien en relació a la prevalença dels trastorns de personalitat en els darrers anys a nivell mundial i van concloure que la prevalença global de qualsevol trastorn de la personalitat era del 7.8%. Tot seguit, van indagar respecte les diferents prevalences de cada clúster i van observar que el clúster C era el més predominant amb una prevalença del 5%, tot seguit el clúster A amb un percentatge del 3.8% i, finalment, el clúster B amb un 2.8%.

En relació a la població americana, l'Associació Americana de Psiquiatria (APA) en el DSM-5 fa referència a la prevalença del trastorn de pànic en població general en Estats Units i en diversos països europeus sent aquesta d'un 2-3% en adults i

adolescents i destaquen que les dones es veuen afectades amb més freqüència que els homes. Pel que fa a l'agorafòbia, el DSM-5 diu que cada any hi ha un 1.7% d'adolescents i adults diagnosticats d'agorafòbia i que les dones tenen el doble de probabilitat de patir-la que els homes. Per últim, respecte els trastorns de personalitat, les estimacions sobre la prevalença dels diferents grups indiquen que els trastorns del clúster A tenen una prevalença del 5.7%, els del clúster B d'un 1.5%, els del clúster C d'un 6% i, finalment, qualsevol trastorn de la personalitat d'un 9.1% (APA, 2014).

En el nostre país, l'Enquesta Nacional de Salut (ENSE) de l'any 2017 indica que una de cada deu persones majors de 15 anys ha estat diagnosticada d'algun problema de salut mental i, destaca, que la depressió i l'ansietat són els problemes més freqüents. Pel que fa als trastorns d'ansietat (on s'inclou el trastorn de pànic i l'agorafòbia), aquests presenten una prevalença del 6.7% en la població adulta espanyola (ENSE, 2017).

Per concretar encara una mica més, a Catalunya l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) del 2015 afirma que una de cada cinc dones majors de 15 anys pateixen depressió o algun trastorn d'ansietat (incloent el trastorn de pànic i l'agorafòbia), per tant la prevalença oscil·la entre el 25% si es tracta de catalanes de classes desfavorides i el 37% si són dones amb estudis bàsics. Una vegada més podem observar que són trastorns més predominants en la població femenina (ESCA, 2015). Pel que fa als trastorns de personalitat López-Marina, Alcolea, Pizarro i Rama (2019) van fer un estudi a un centre d'atenció primària de Catalunya (concretament a Piera) amb 619 pacients i van observar que d'aquests 32 patien un trastorn de personalitat, és a dir, els trastorns de personalitat en aquest centre sanitari català presenten una prevalença del 5.17%. També van corroborar que són trastorns més predominants en dones, ja que 23 dels pacients amb TPe eren dones i tan sols 9 eren homes.

Tot i aquestes dades sobre les diferents prevalences, Friborg et al. (2014) van observar que la prevalença pot variar en funció de l'instrument que s'utilitza per avaluar el trastorn i, en el cas dels TPe, si s'avaluen amb un qüestionari la comorbiditat és molt major que si s'utilitza un altre instrument.

Degut a que s'ha observat que la prevalença dels trastorns d'ansietat és força elevada en la població i a la importància dels diferents trastorns de personalitat, en els darrers quinze anys s'han realitzat un seguit d'estudis en relació als trets de personalitat

associats al trastorn de pànic i a l'agorafòbia i a la comorbiditat entre el trastorn de pànic (amb o sense agorafòbia) i els diferents trastorns de personalitat

Ozkan i Altindag (2005) parlen de la relació que hi ha entre el pànic i la personalitat i fan referència a la possibilitat que hi ha de que la personalitat, juntament amb altres variables, pot ser un dels factors de vulnerabilitat per desenvolupar un trastorn de pànic. A més, en el seu estudi també fan referència als predictors de patir un TPe i troben que l'abús sexual és el millor predictor d'un TPe límit, els intents suïcides el predictor de TPe paranoide i límit i, finalment, la ideació suïcida el predictor de TPe per evitació i depressió major.

De manera més precisa, podem dir que les dimensions de personalitat més relacionades amb el TP/TPA segons Kotov, Gamez, Schmidt i Watson (2010) són un alt neuroticisme i una baixa extraversió i responsabilitat. A més, Bienvenu et al. (2004) fan referència a que les persones amb trastorn de pànic i amb agorafòbia tenien puntuacions baixes als factors de confiança, actitud conciliadora, autodisciplina i cordialitat i, concretament, les persones amb TP també tenien puntuacions baixes en emocions positives, assertivitat i competència. Osma, García-Palacios, Botella i Barrada (2014) van fer un estudi amb 152 persones, de les quals 52 patien TP o TPA i van observar que les persones amb TP o TPA tenien una personalitat caracteritzada per un alt neuroticisme, baixa extraversió, baixa obertura i amabilitat i baixa responsabilitat. Bienvenu et al. (2009) seguint en aquesta línia, van estudiar la relació entre personalitat i pànic i van concloure que puntuacions elevades en les dimensions d'evitació i dependència podien predir l'aparició d'un TP o d'un TPA.

Iketani et al. (2002) van voler veure la relació entre el perfeccionisme, els trastorns de personalitat i l'agorafòbia amb una mostra de 56 pacients amb TPA i 42 amb TP. Van observar que les persones amb TPA tenien més probabilitats de patir un TPe que les persones amb TP. Aquest fet fa pensar que el perfeccionisme en el TP és més fàcil trobar-ho amb persones que tenen comorbiditat amb un TPe i que els pacients amb TP mostren nivells més alts de perfeccionismes que les persones del grup control.

En aquesta mateixa línia d'estudi, Bienvenu et al. (2001) van estudiar amb una mostra de 333 pacients la comorbiditat entre les fòbies, el pànic i la depressió major i la seva relació a través del model dels 5 factors de personalitat. Les persones amb fòbia social, agorafòbia, pànic i depressió major presentaven altes puntuacions en

neuroticisme i, concretament, les persones amb fòbia social i agorafòbia eren persones introvertides. Altrament, els pacients amb agorafòbia tenien puntuacions altes en gairebé totes les dimensions del neuroticisme i baixes puntuacions en extraversió, confiança, actitud conciliadora i autodisciplina. En canvi, les persones amb trastorn de pànic, tenien també puntuacions elevades en les facetes del neuroticisme i puntuacions baixes en emocions positives, cordialitat, assertivitat, confiança, actitud conciliadora i responsabilitat. En resum podem dir que el neuroticisme, l'extraversió, l'obertura i l'amabilitat són importants per entendre la relació entre els trets de personalitat i les condicions d'ansietat.

A part d'estudiar la relació entre pànic i personalitat, Carrera et al. (2006) van agafar una mostra de 103 pacients amb TP per poder estudiar els trets de personalitat, la presència d'agorafòbia, la gravetat clínica i la millora simptomàtica. Van veure que el 66% de la mostra presentava criteris d'agorafòbia, que les puntuacions en neuroticisme van ser més elevades en les persones amb TP que en les persones del grup control i que les persones del grup control tenien puntuacions més elevades en extraversió.

Hi ha estudis que han observat les diferències en quant al gènere en els trets de personalitat amb pacient amb TP amb o sense agorafòbia com és el cas de Foot i Koszycki (2004) que ho van fer amb una mostra de 101 pacients. Van poder veure que les dones tenien puntuacions més elevades en la subescala física i els homes puntuacions més elevades en la subescala social del ASI. A més a més, en el NEO-PI-R les dones van obtenir puntuacions més elevades en extraversió i els homes en les subescales d'hostilitat i depressió del neuroticisme i eren més introvertits que les dones.

Osma (2009), en la seva tesi doctoral, descriu que els trets de personalitat de les persones diagnosticades de TP o TPA suggereixen l'existència d'una relació entre factors de la infància i ansietat en l'adulteresa, de fet, comenta que alguns estudis destaquen que patir trastorns d'ansietat en la infància o l'adolescència pot predisposar al desenvolupament d'un trastorn de personalitat en l'adulteresa. També, el fet de que en la infància hi hagi una sobreprotecció parental pot ser un predictor de patir un TPe en la vida adulta. En conclusió podem dir que els trets de personalitat més relacionats amb el trastorn de pànic són un alt neuroticisme i puntuacions baixes en extraversió i en amabilitat i responsabilitat.

Osma, García-Palacios i Botella (2014) estan d'acord en que és molt important estudiar els factors de risc associats al TP i al TPA per poder desenvolupar estratègies preventives. Hi ha certes característiques de personalitat que predisposen al nen a desenvolupar un TP que són: (1) la inhibició conductual, (2) la sensibilitat a l'ansietat i, més recentment, (3) la percepció de control de l'ansietat.

Kagan, Snidman, Arcus i Reznick (1994) van definir la inhibició conductual com a “un rasgo del temperamento caracterizado por la tendencia a ser cauto, callado y conductualmente reservado en situaciones no familiares” (p. 386). Aquest factor pot fer que la persona pateixi en un futur una fòbia escolar o altres trastorns d'ansietat que comencen en la infància o l'adolescència i, més endavant, una fòbia social o un trastorn de pànic (citats a Osma, García-Palacios, & Botella, 2014).

En segon lloc, la sensibilitat a l'ansietat va ser descrita per Reiss et al., (1986) com “la tendencia a responder con temor a las sensaciones relacionadas con la ansiedad” (p. 386), (citats a Osma, García-Palacios, & Botella, 2014). Segons McNally (2002), és important distingir la sensibilitat a l'ansietat de l'ansietat tret ja que aquesta última fa referència a la tendència a respondre amb ansietat a qualsevol fet estressant en lloc de referir-se a una por concreta a l'ansietat. La sensibilitat a l'ansietat està implicada en el manteniment del TP però no és un factor de risc per desenvolupar-lo, només pot considerar-se com a factor de risc per desenvolupar un TP quan la persona no té una història de pànic.

Finalment, respecte la percepció de control de l'ansietat, Barlow (2002) descriu l'ansietat com un procés cognitiu-afectiu on la persona té un sentit de impredictibilitat i incontrolabilitat dels fets i emocions negatives i perjudicials (citats a Osma, García-Palacios, & Botella, 2014). Així, doncs, segons Gregor i Zvolensky (2008) podem dir que una persona que té una elevada sensibilitat a l'ansietat i una elevada percepció de control de l'ansietat cap a símptomes físics indesitjables pot tenir un risc menor de tenir una resposta amb simptomatologia de pànic. En un cas com aquest, la percepció de control de l'ansietat actua com un recurs psicològic adequat per poder tolerar les situacions estressants.

Diversos autors, a l'observar la relació entre pànic i personalitat, han estudiat la probabilitat de presentar un trastorn de personalitat en pacients que pateixen un TP o TPA. Osma, García-Palacios i Botella (2014) van realitzar un estudi de revisió i van

observar que el clúster C dels TPe era el que estava més present en les persones amb TP/TPA amb un percentatge de probabilitat del 44.2%. Després del clúster C seguia el clúster B amb un percentatge de 27.2% i, finalment, el clúster A amb un 15.7%. Tot seguit, van separar les persones amb TPA de les persones amb TP i van veure que les persones amb TPA tenien una probabilitat més elevada de patir un TPe evitatiu, amb una probabilitat del 27.5% i un TPe dependent, amb un percentatge del 23.9% i, en canvi, els pacients amb TP tenen percentatges més elevats en el TPe obsessiu – compulsiu (TOCP) i en el TPe paranoide.

Navarro, Sánchez, Herrán i Sierra-Biddle (2013) també informen de que els trastorns de personalitat més associats al trastorn de pànic són els del clúster C però matisen que també hi ha associacions amb els del clúster B. D'aquesta manera, els pacients amb TP i aquestes característiques de personalitat, poden trigar més en millorar o poden patir més recaigudes. La comorbiditat entre el TP i els TPe implica una edat d'inici més primerenca del TP, una clínica més complicada i una pitjor evolució del trastorn de pànic.

En aquesta mateixa branca d'estudi, Grant et al. (2005) troben que el percentatge de pacients amb TP diagnosticats també amb un TPe del clúster C oscil·la entre el 15% i el 73%. A més a més, Marchesi, Cantoni, Fontó, Giannelli i Maggini (2005) també van veure en el seu estudi que constava amb una mostra de 60 pacients amb trastorn de pànic que el 60% presentava un TPe i 7 pacients tenien més d'un TPe. El TPe més predominant era el TOCP amb un 18.3%, tot seguit el dependent amb un 13.3%, a continuació el narcisista amb un 13.3%, després l'evitatiu amb un 11.8% i, finalment, el paranoide amb un 11.6%.

Ozkan i Altindag (2005) van fer una investigació amb 122 adults que patien de TP o TPA i van observar que la comorbiditat amb l'eix I era del 80.4% i, més concretament, un 14.3% presentava un TPe límit, un 11.6% un TOCP, un 8.9% un TPe evitatiu, un 7.1% un TPe narcisista i un 7.1% un TPe dependent. Altrament van poder veure que un 33.9% dels pacients patien un o més trastorns de personalitat. En el seu estudi, a més d'això, van observar que els pacients amb TP i un TPe del clúster B tenien una edat d'inici més primerenca i una major probabilitat de patir agorafòbia. Per últim, ells van fer referència a que la presència d'un trastorn de personalitat afecta a la prevalença de la depressió, al risc de suïcidi, a la gravetat de la malaltia i al resultat del

tractament en pacients amb TP; i, per això, és molt important diagnosticar els trastorns de personalitat a les persones que pateixen un TP o TPA per tal de planificar el tractament i intentar predir el pronòstic.

Robles-Ortega et al. (2016) també van fer un estudi sobre la concurrència dels TPe en pacients amb trastorns d'ansietat i van observar que les persones amb un trastorn d'ansietat (ja sigui una fòbia específica, fòbia social, ansietat generalitzada, pànic o agorafòbia) presenten més freqüentment una personalitat compulsiva, esquizoide, dependent i esquizotípica. Tot i aquests resultats, ells també destaquen que en moltes ocasions l'instrument que s'utilitza per avaluar-ho pot fer que els resultats siguin diferents als de uns altres autors.

L'objectiu d'aquest estudi és analitzar si les persones que pateixen un trastorn de pànic o un trastorn agorafòbic tenen més probabilitat de patir també un trastorn de la personalitat, és a dir, si existeix una comorbiditat entre aquests trastorns. Es parteix de la hipòtesis de que les persones amb un trastorn de pànic tenen més probabilitat de patir un trastorn de personalitat del clúster C perquè són persones molt ansioses, amb pors i dependents. Respecte les persones amb agorafòbia hi ha molts pocs estudis que parlin sobre la comorbiditat amb els trastorns de personalitat i, per tant, és complicat establir una hipòtesis però sí que podem dir que les persones amb agorafòbia tenen una major probabilitat de patir un trastorn de personalitat respecte les persones que no presenten un trastorn agorafòbic degut a la simptomatologia que tenen. Aquest estudi també es realitza amb la finalitat d'ampliar les investigacions en relació a la comorbiditat entre el TP i els diferents TPe en aquest cas amb una mostra de població catalana i, a més a més, per observar si existeix comorbiditat entre l'agorafòbia i els TPe ja que actualment és un camp d'estudi poc explorat.

Mètode

Disseny

El present estudi és un estudi transversal utilitzant un disseny quasiexperimental. Es va utilitzar una metodologia selectiva perquè va ser possible seleccionar les variables independents i els seus valors. La variable independent d'aquest estudi és el trastorn de pànic o l'agorafòbia i la variable dependent els trastorns de la personalitat.

Participants

En aquest estudi van participar 86 participants distribuïts en 3 grups en funció del diagnòstic: trastorn de pànic (n=27) , agorafòbia (n=29) i població general (n=30). Per poder seleccionar aquesta mostra es va utilitzar un mostreig no probabilístic intencional, ja que es van seleccionar casos característics d'una població limitada i un mostreig de bola de neu perquè es va seleccionar un cas concret (una persona coneguda) i se li va demanar que suggereixi altres casos semblants.

Les persones que van formar part del grup de trastorn de pànic i d'agorafòbia la majoria han estat pacients de la *Asociación Catalana para el Tratamiento de la Ansiedad y Depresión* (ACTAD). Per seleccionar els subjectes d'aquests grups, es van administrar dos qüestionari de *screening* que van estar *el Cuestionario Abreviado del Trastorno de Pánico* (CATP) i el *Inventario de Agorafobia* (IA) per tal de confirmar el diagnòstic de pànic o d'agorafòbia i rebutjar els casos on no es confirmava aquest diagnòstic.

Els criteris d'inclusió d'aquest estudi van ser dos: ser major de 18 anys i rebre un diagnòstic principal de trastorn de pànic o d'agorafòbia (aquest últim tan sols en els grups clínics). En canvi, els criteris d'exclusió d'aquest estudi van ser presentar un altre síndrome clínic concurrent amb el diagnòstic principal i no ser diagnosticat de pànic o d'agorafòbia a través dels qüestionaris de *screening*.

La mitjana d'edat dels participants va ser de 33.79 anys (DT = 7) i, respecte el gènere, el 85% de la mostra van ser dones i el 15% homes. De manera més concreta, el grup de pànic va presentar una mitjana d'edat de 37.07 anys (DT = 9.57) i el 85% van ser dones i el 15% homes; el grup d'agorafòbia va presentar una mitjana d'edat de 30.21 anys (DT = 5.12) i el 90% van ser dones i el 10% homes; i, finalment, el grup de població general va presentar una mitjana d'edat de 34.30 anys (DT = 3.65) i el 80% van ser homes i el 20% dones.

Pel que fa a l'estat civil, en la mostra predominava els participants que estaven en parella amb un 51%, tot seguit els solters amb un 25%, els casats amb un 16%, els divorciats amb un 6%, els vidus amb un 1% i els separats amb un 1%. De manera més concreta, en el grup de pànic un 48% estaven en parella, un 18% eren solters, un 19% estaven casats, un 4% eren vidus, un 7% estaven divorciats i un 4% estaven separats; en

el grup d'agorafòbia el 45% estaven en parella, el 27% estaven casats, el 21% eren solters i el 7% eren divorciats; i, en el grup de població general, un 60% estaven en parella, un 34% eren solters, un 3% eren casats i un 3% estaven divorciats.

Respecte el nivell d'estudis de la mostra total, un 1% tenia un nivell de primària, un 9% de secundària, un 15% de batxillerat, un 46% de cicles formatius i un 29% d'estudis universitaris. En el cas del grup de pànic, el 4% tenia estudis de primària, el 18% de secundària, l'11% de batxillerat, el 37% de cicles formatius i el 30% d'estudis universitaris; en el grup d'agorafòbia un 7% tenia estudis de secundària, un 17% de batxillerat, un 55% de cicles formatius i un 21% d'estudis universitaris; i, per últim, en el grup de població general un 3% tenia un nivell de primària, un 17% de secundària, un 43% de cicles formatius i un 37% d'estudis universitaris.

En relació a l'ocupació actual, en la mostra total un 41% estaven en actiu, un 31% en inactiu, un 27% es trobava a l'atur i un 1% en una altra situació (llarga malaltia). En el grup de pànic observem que un 44% estaven en actiu, un 22% inactiu, un 30% aturat i un 4% en una altra situació (llarga malaltia); en el grup d'agorafòbia el 17% estaven en actiu, el 48% en inactiu i el 35% a l'atur; i, per acabar, en el grup de població general un 60% estaven actius, un 23% inactius i un 17% estan aturats.

Pel que fa a l'existència de tractaments previs, podem observar que en la mostra total el 93% no van rebre tractament previ i el 7% sí. Més concretament, en el grup de pànic el 85% no van rebre tractament previ i el 15% sí; en el grup d'agorafòbia el 100% no van rebre tractament previ i, en el grup de població general el 93% no van rebre tractament previ i el 7% sí.

Per últim, en la mostra total podem observar que un 40% no es trobava en tractament i un 60% sí. En el grup de pànic un 15% no estava en tractament i un 85% sí; en el cas del grup d'agorafòbia el 100% es trobava en tractament i, en el grup de població general el 100% no estava en tractament.

Instruments

Per a la realització d'aquest estudi es va administrar tres instruments d'avaluació i un qüestionari de dades sociodemogràfiques bàsiques. No es van administrar tots els tests a tots els grups, concretament al grup de pànic se li va administrar el CATP i el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*, al grup d'agorafòbia el test IA i el

MCMI-II i, per últim, al grup de població general el MCMI-II. En els tres grups es va administrar el qüestionari de dades sociodemogràfiques elaborat específicament per aquest estudi.

El Cuestionario Abreviado del Trastorno de Pánico (CATP, Sánchez-Arribas, Chorot, Valiente, & Sandin, 2015) és un autoinforme que es pot utilitzar amb població clínica per avaluar el grau de pànic que pateix una persona. Aquest qüestionari és una forma abreviada del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) i s'ajusta als criteris del DSM-5 per al diagnòstic del trastorn de pànic. Consta de 24 ítems més l'ítem 1 que és útil per veure la prevalença anual dels atacs de pànic. Proporciona tres escales d'autoinforme separades: Interpretaciones Catastrofistas (EICP), Escala de Autoeficacia ante el pánico (EAP) i Escala de Gravedad del Pánico (EGP).

L'escala Interpretaciones Catastróficas (EICP, Sánchez-Arribas, Chorot, Valiente, & Sandín, 2015) consta de 12 ítems els quals avaluen la freqüència de cognicions catastròfiques associades als atacs de pànic, variant l'estimació entre 0 (mai) i 4 (sempre). L'escala Autoeficacia ante el pánico (EAP, Sánchez-Arribas, Chorot, Valiente, & Sandín, 2015) és una escala de 4 ítems mitjançant els quals la persona estima la seva capacitat per controlar els atacs de pànic amb una puntuació de 0 (res) i 4 (totalment). Per últim, l'escala de Gravedad del Pánico (EGP, Sánchez-Arribas, Chorot, Valiente, & Sandín, 2015) inclou 8 ítems valorats del 0 (res) a 4 (moltíssim). Els ítems que inclou aquesta escala són: freqüència d'atacs de pànic, intensitat dels atacs de pànic, gravetat dels atacs de pànic, preocupació per nous atacs o les seves conseqüències, canvis desadaptatius en la conducta relacionats amb els atacs i interferència laboral, social i familiar. Respecte la fiabilitat d'aquest test, l'escala EICP en el factor social té un coeficient d'alfa de *Cronbach* de .87, en el factor físic de .72 i en el factor mental de .84; l'escala EAP presenta un coeficient d'alfa de *Cronbach* de .93 i l'escala EGP un coeficient d'alfa de *Cronbach* de .88. Veure apèndix 1.

El Inventario de Agorafobia (IA, Echeburúa & de Corral, 1992) és un autoinforme que consta de 72 ítems útils per detectar de forma integrada les diferents alteracions presents en l'agorafòbia i és útil també pel tractament i les investigacions clíniques. Aquest test consta de dues parts: la primera mesura en una escala de Likert de 0 a 5 punts respostes motores, psicofisiològiques i cognitives de la persona estan sol i acompanyat. En les respostes motores els subjectes han d'indicar amb quina freqüència

eviten els llocs, els mitjans de transport o situacions estan sols i acompanyats, en les respostes psicofisiològiques han d'indicar el grau de temor que els produïen les sensacions corporals que se'ls hi proposa i, en les respostes cognitives han de precisar amb quina freqüència pensen les idees que se'ls hi presenta. La segona part mesura la variabilitat de les respostes en funció dels factors que contribueixen a augmentar i disminuir l'ansietat. Pel que fa a la fiabilitat d'aquest test, en la subescala de respostes motores presenta un coeficient d'alfa de *Cronbach* de .93, en la subescalas de respostes psicofisiològiques de .94 i en la subescalas de respostes cognitives de .87. Veure apèndix 2.

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II, versió espanyola del test original en anglès Millon Clinical Multiaxial Inventory, Millon, 1998) és un autoinforme que s'utilitza molt per estudiar la personalitat i els trastorns de personalitat en persones de població clínica. Consta de 175 ítems de resposta verdader o fals agrupats en 22 escales, de les quals 10 són escales bàsiques de personalitat (esquizoide, evitativa, dependent, histriònica, narcisista, antisocial, agressiva/sàdica, compulsiva, passiva/agressiva i autodestructiva), tres són escales greus de personalitat (paranoide, esquizotípica i límit), sis són escales de síndromes clínics (ansietat, histeriforme, hipomania, distímia, abús d'alcohol i abús de drogues) i tres són escales de síndromes clínics de gravetat marcada (pensament psicòtic, depressió major i trastorn delirant). També presenta quatre escales addicionals: validesa, sinceritat, desitjabilitat i alteració. En aquest estudi es va considerar que una persona patia un trastorn de personalitat quan la puntuació d'aquella escala era superior a 84, tal i com ho estableix Millon.

Respecte a la fiabilitat de les escales del MCMI-II, l'alfa de *Cronbach* de l'escala esquizoide és de .68; de la fòbica de .84; de la dependent de .68; de la histriònica de .70; de la narcisista de .74; de la antisocial de .79; de la agressiva/sàdica de .78; de la compulsiva de .63; de la passiva/agressiva de .84; de la autodestructiva de .87; de la esquizotípica de .80; de la límit de .90; de la paranoide de .78; de la d'ansietat de .88; de la histeriforme de .83; de la hipomania de .77; de la distímia de .90; de la d'abús a l'alcohol de .77; de la d'abús a les drogues de .83; de la de pensament psicòtic de .79; de la de depressió major de .89 i de la de trastorn delirant de .67. Veure apèndix 3.

Per últim, es va administrar a tots els participants un qüestionari de dades sociodemogràfiques bàsiques per tal de conèixer el perfil de la persona i la seva situació actual. Aquest qüestionari està format per 8 preguntes de les quals 3 són preguntes obertes (la 1, 2 i 3), 3 preguntes de resposta tancada i polítòmiques (la 3, 4 i 5) i dos preguntes dicotòmiques amb opció oberta (la 7 i la 8). Veure apèndix 4 i 5.

Procediment

Per aconseguir els participants d'aquest estudi primerament es va contactar amb una persona coneguda que patia agorafòbia i que realitzava teràpia psicològica a l'ACTAD per tal de poder aconseguir la mostra a partir d'ella. Un cop es va tenir accés a més població amb agorafòbia i trastorn de pànic, es va quedar dos dies amb el grup de pànic i dos dies amb el grup d'agorafòbia.

El primer dia es va administrar a tots els participants del grup el paper de consentiment informat, el qual van haver de signar per tal de poder formar part d'aquest estudi (veure apèndix 6 i 7), el qüestionari de dades sociodemogràfiques i els qüestionaris de *screening* que són el CATP o el IA (en funció del grup). Amb tota aquesta informació, el segon dia es va administrar l'últim qüestionari que va ser el MCMI-II. Tots els qüestionaris van ser administrats en format paper i es va facilitar als participants el material necessari per dur-los a terme (bolígraf, llapis, etc.). L'administració dels tests es va realitzar en dos dies perquè són qüestionaris molt extensos i es feia massa llarg pels participants la realització de tots el mateix dia.

Un cop es va tenir recollida la mostra clínica, es va calcular la mitjana d'edat d'aquesta i es va recollir la mostra del grup de població general també amb format paper. Finalment, els resultats van ser analitzats utilitzant el *Paquete Estadístico para Ciencias Sociales* (SPSS) versió 25.0.

Resultats

Per veure si hi ha una comorbiditat entre el trastorn de pànic o l'agorafòbia i els trastorns de personalitat, s'han analitzat les dades dels quatre grups (el de pànic, el d'agorafòbia, el grup clínic en conjunt i el grup de població general) realitzant la prova estadística chi-quadrat.

Respecte el grup de pànic, observem que els participants que pateixen de pànic lleu (n=3) no presenten cap tipus de trastorn de personalitat mentre que els participants amb pànic mitjà (n=24) presenten algun TPe. Veure taula 1.

Taula 1.

Freqüència entre el grup clínic i la absència o la presència de trastorns de personalitat.

Grup clínic	Absència de TPe (n)	Presència de TPe (n)	Total
Pànic lleu	3	0	3
Pànic mitjà	0	24	24
Total pànic	3	24	27
Agorafòbia lleu	3	0	3
Agorafòbia mitjana	0	11	11
Agorafòbia alta	0	15	15
Total agorafòbia	3	26	29
Total grup clínic	6	50	56

S'ha volgut analitzar quin clúster de personalitat és el més predominant en aquest grup de participants i s'ha vist que la gent amb pànic presenta més personalitat del clúster C (n=13), tot seguit amb un resultat molt semblant el clúster B (n=11), en menor mesura, el clúster A (n=1) i es pot veure que dos participants no presenten cap TPe. De manera més concreta podem dir que dels participants amb pànic lleu (n=3), 1 persona presenta personalitat del clúster B i 2 del clúster C i dels participants amb pànic mitjà (n=24), 11 persones tenen personalitat del clúster C, 10 del clúster B, 1 del clúster A i 2 no presenten cap TPe. Veure taula 2.

Taula 2.

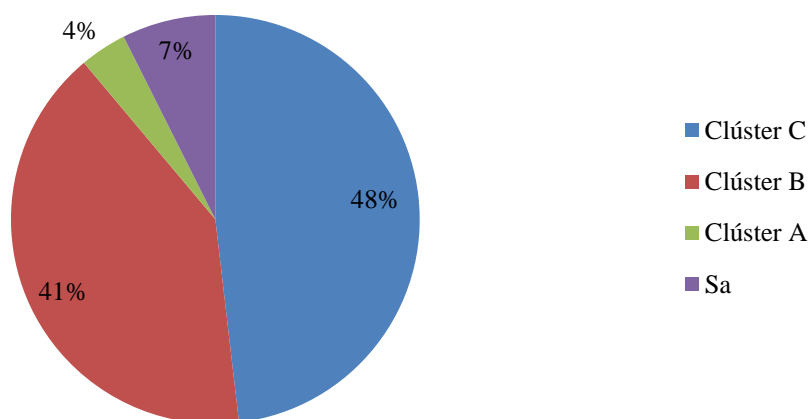
Freqüència entre el grup clínic i els clústers de personalitat.

Grup clínic	Sa (n)	Clúster A (n)	Clúster B (n)	Clúster C (n)	Total
Pànic lleu	0	0	1	2	3
Pànic mitjà	2	1	10	11	24
Total pànic	2	1	11	13	27
Agorafòbia lleu	3	0	0	0	3
Agorafòbia mitjana	0	0	8	3	11
Agorafòbia alta	0	0	0	15	15
Total agorafòbia	3	0	8	18	29
Total grup clínic	5	1	19	31	56

Per tant, podem dir que en el grup de pànic un 48% dels participants presenten una personalitat del clúster C (n=13), un 41% una personalitat del clúster B (n=11), un 4% una personalitat del clúster A (n=1) i, un 7% no presenten cap tipus de trastorn de personalitat (n=2). Veure figura 1

Figura 1.

Percentatge del tipus de personalitat dels participants amb un trastorn de pànic.



Respecte a les correlacions entre el grau de pànic i la presència de trastorns de personalitat, podem veure que hi ha una correlació positiva entre aquestes variables amb un valor r de 1 i un nivell de significació de .000. Això ens indica que a més pànic major presència de trastorns de personalitat. A més a més, respecte la relació entre el grau de pànic i els clústers de personalitat s'ha obtingut una correlació negativa amb un valor r de -.154 i un nivell de significació de .882, per tant, aquesta correlació no és significativa. Tot i això, podem observar que hi ha la tendència d'un patró on la gent amb pànic presenta més personalitat del clúster C, tot seguit del B i, finalment, del A. Veure taula 3.

Taula 3.

Correlacions entre les diverses variables.

Chi-quadrat de Pearson	r	p
Pànic i presència o absència de TPe	1.000	.000*
Pànic i clústers de personalitat	-.154	.882
Agorafòbia i presència o absència de TPe	.716	.000*
Agorafòbia i clústers de personalitat	.898	.000*
Grup clínic i clústers de personalitat	.225	.000*

*p <.05

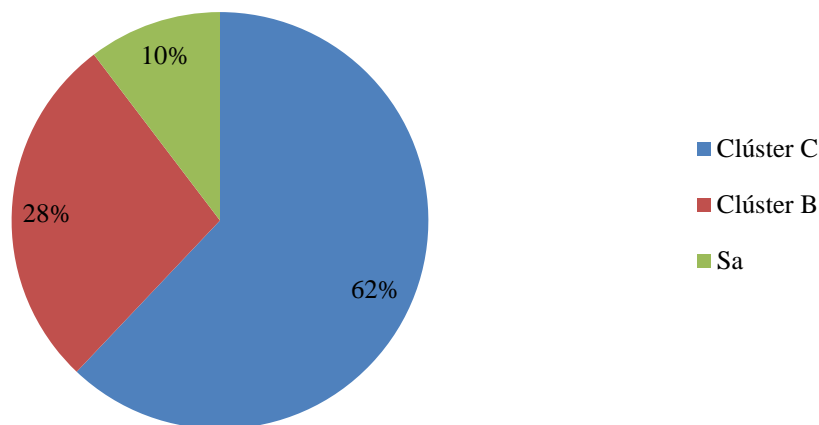
Pel que fa al grup d'agorafòbia, observem que els participants que pateixen d'agorafòbia lleu no presenten cap trastorn de personalitat (n=3), els participants amb agorafòbia mitjana pateixen algun TPe (n=11) i, els participants amb agorafòbia alta també pateixen algun TPe (n=15). Veure taula 1.

S'ha volgut estudiar quin és el clúster de personalitat més predominant en aquest grup de participants i s'ha vist que els participants amb agorafòbia lleu (n=3) no han presentat cap tipus de trastorn de personalitat, dels participants que pateixen d'una agorafòbia mitjana (n=11) 8 han presentat personalitat del clúster B i 3 personalitat del clúster C i, finalment, els del grup d'agorafòbia alta (n=15) tots han presentat una personalitat del clúster C. En total, podem dir que 18 participants han presentat una personalitat del clúster C, tot seguit 8 tenen personalitat del clúster B i, finalment, 3 no presenten cap TPe. Veure taula 2.

Així doncs, observem que del grup d'agorafòbia un 62% presenta un trastorn de personalitat del clúster C (n=18), un 28% un trastorn de personalitat del clúster B (n=8) i un 10% no pateix cap tipus de trastorn de personalitat (n=3). Veure figura 2.

Figura 2.

Percentatge del tipus de personalitat dels participants amb agorafòbia.



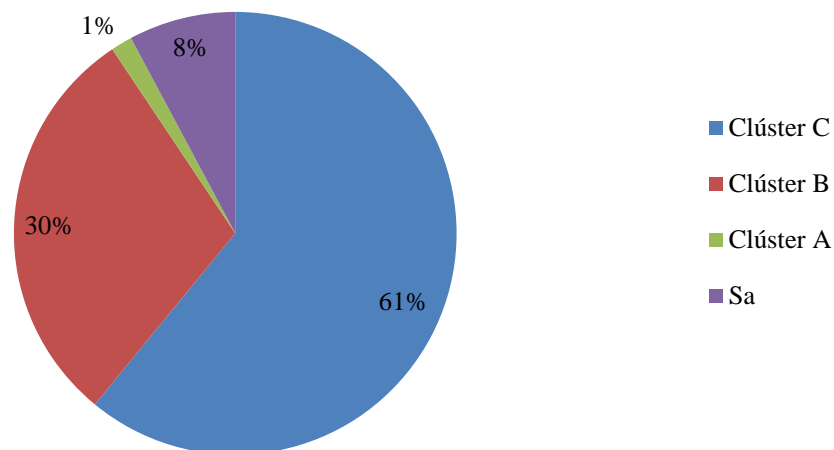
Respecte a les correlacions entre el grau d'agorafòbia i la presència de trastorns de personalitat, podem veure que hi ha una correlació positiva entre aquestes variables amb un valor r de .716 i un nivell de significació de .000. Aquest resultat ens permet dir que a més agorafòbia major presència de trastorns de personalitat. També, observem una correlació positiva entre el grau d'agorafòbia i els clústers de personalitat amb un valor r de .898 i un nivell de significació de .000. Aquesta correlació ens indica que a més agorafòbia més presència de trastorns de personalitat del clúster C. Veure taula 3.

Degut a que molts estudis no diferencien entre pànic i agorafòbia, s'ha volgut observar també la comorbiditat entre el grup clínic (grup de pànic i d'agorafòbia junts) i els clústers de personalitat. En el grup clínic, observem que 31 participants clínics presenten un TPe del clúster C, tot seguit 19 participants presenten un TPe del clúster B i 1 participant presenta un TPe del clúster A. També observem que 5 dels participants clínics no pateixen cap tipus de trastorn de personalitat. Veure taula 2.

En resum, podem dir que del nostre grup clínic un 61% pateixen un trastorn de personalitat del clúster C ($n=31$), tot seguit un 30% presenta un trastorn de personalitat del clúster B ($n=19$), a continuació un 8% no pateix cap tipus de trastorn de personalitat ($n=5$) i, finalment, un 1% presenta un trastorn de personalitat del clúster A ($n=1$). Veure figura 3.

Figura 3.

Percentatge del tipus de personalitat dels participants del grup clínic.

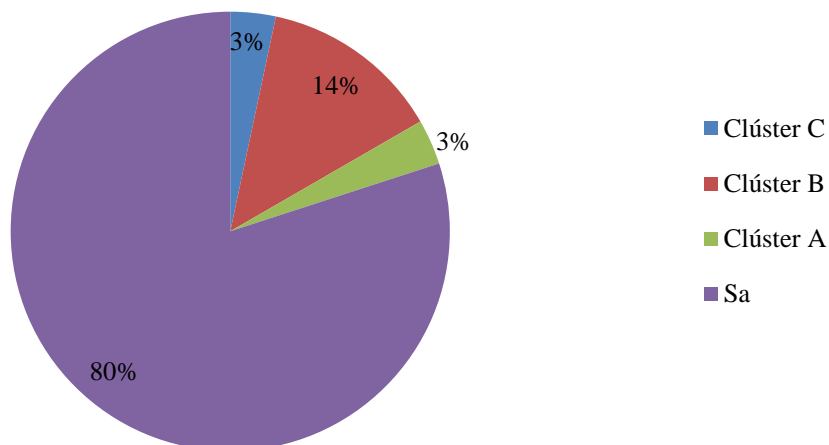


Pel que fa als resultats en relació a les correlacions entre el grup clínic i els clústers de personalitat, observem que existeix una correlació positiva entre aquestes variables amb un valor r de .225 i un nivell de significació de .000. Això ens indica que a més pànic o agorafòbia major presència de trastorns de personalitat del clúster C. Veure taula 3.

Per últim, respecte al grup de població general podem observar que un 80% no pateix cap tipus de trastorn de personalitat ($n=24$), tot seguit un 14% presenta un trastorn de personalitat del clúster B ($n=4$), a continuació un 3% presenta un trastorn del clúster C ($n=1$) i, finalment un 3% pateix un trastorn de personalitat del clúster A ($n=1$). Veure figura 4.

Figura 4.

Percentatge del tipus de personalitat dels participants del grup de població general.



Discussió

En la mostra clínica d'aquest estudi, constituïda per participants amb trastorn de pànic o agorafòbia, podem observar com el 85% d'aquesta són dones i el 15% són homes. Aquests resultats coincideixen amb els que disposem de la OMS (2015), ja que aquesta ens informa de que els trastorns d'ansietat (on s'inclou el trastorn de pànic i l'agorafòbia) són més comuns en dones que en homes.

Pel que fa a la probabilitat de patir un trastorn de personalitat, en el present estudi veiem com el 93% dels participants amb pànic i el 90% amb agorafòbia presenten algun trastorn de personalitat, respectivament. Aquestes dades ens indiquen que és força probable que les persones que pateixen un d'aquests dos trastorns d'ansietat pateixin o puguin arribar a patir un trastorn de personalitat, és a dir, que existeixi una comorbiditat entre ells. En aquesta línia, aquest estudi no coincideix amb els resultats obtingut per Iketani et al. (2002), ja que en el seu estudi van concloure que les persones amb agorafòbia tenien més probabilitats de patir un TPe que les persones amb pànic i, en canvi, en el present estudi el grup de pànic presenta més TPe però amb un percentatge molt semblant al del grup d'agorafòbia.

Si mirem el grup clínic en conjunt, observem en la mostra que les persones que pateixen pànic o agorafòbia presenten més trastorns de personalitat del clúster C,

concretament el 61%, el 30% del clúster B, l'1% del clúster A i, finalment, el 8% no presenten cap TPe. Aquesta tendència coincideix amb la observada en l'estudi de Osma, García-Palacios i Botella (2014) on un 44.2% dels participants amb TPA o TP presenten un trastorn de personalitat del clúster C, un 27.2% del clúster B i un 15.7% del clúster A. També, Ozkan i Altindag (2005) van veure en el seu estudi que de les persones amb TP o TPA la majoria presentaven un trastorn de personalitat del clúster C o del clúster B però en cap cas del clúster A. Aquest resultat és semblant al que veiem en la mostra d'aquest estudi, ja que tan sols un 1% dels participants clínics presenten un TPe del clúster A.

Respecte el grup de pànic, els resultats ens mostren que la gent amb pànic presenta més personalitat del clúster C, seguidament del clúster B i, finalment, del clúster A. De manera concreta, el 48% dels participants presenten personalitat del clúster C, el 41% del clúster B, el 4% del clúster A i el 7% no presenten cap TPe. Aquesta tendència coincideix amb la que van observar Navarro et al. (2013) al seu estudi on van concloure que els trastorns de personalitat més associats al trastorn de pànic són els del clúster C, tot i que matisen que també pot haver-hi associacions amb els del clúster B. A més a més, els resultats del grup de pànic d'aquest estudi són semblants als de l'estudi de Marchesi et al. (2015), perquè en la seva mostra també van veure que els trastorns de personalitat més predominants eren els del clúster C, seguidament els del B i, per últim els del A. Concretament el TPe més predominant era el TOCP amb un 18.3%, seguidament el dependent i el narcisista amb un 13.3%, tot seguit l'evitatiu amb un 11.8% i, finalment, el paranoide amb un 11.6%.

En relació al grup d'agorafòbia, hi ha pocs estudis que hagin estudiat la comorbiditat entre aquesta i els TPe. Tot i això, els resultats coincideixen amb els obtinguts per Osma et al. (2014), ja que en el seu estudi de revisió les persones amb agorafòbia tenen més probabilitat de patir un TPe evitatiu i un TPe dependent, és a dir, trastorns de personalitat del clúster C. Aquestes dades coincideixen amb els resultats obtinguts en la mostra d'aquest estudi, perquè la major part dels participants agorafòbics presenten personalitat del clúster C, concretament el 62%.

En el grup de població general, observem com la gran majoria dels participants, concretament el 80%, no presenten cap TPe. Tot i això, un 14% dels participants presenten personalitat del clúster B, un 3% del clúster C i un 3% del clúster A. Aquest

fet ens demostra que moltes vegades la gent pateix un trastorn però no realitza un tractament psicològic perquè aquest no afecta significativament en la seva vida diària. Aquestes prevalences no coincideixen amb les proporcionades per la APA (2014), ja que segons aquesta en població general el clúster C és el més predominant amb un 6%, tot seguit el clúster A amb un 5.7% i, finalment, el clúster B amb un 1.5%. Aquest fet pot ser degut a que, tal i com apunten alguns autors com Friborg et al. (2014), la prevalença pot variar en funció de l'instrument que s'utilitza per avaluar el trastorn i, concretament, els trastorns de personalitat si s'avaluen amb un qüestionari la prevalença sol ser molt major que si es fa amb un altre instrument.

Un cop s'han observat els resultats i s'han comparat amb la literatura científica, es pot concloure que és compleixen les dues hipòtesis plantejades a l'inici de l'estudi. Pel que fa a la primera d'elles, s'ha pogut veure que les persones amb un trastorn de pànic tenen més probabilitat de patir un trastorn de personalitat del clúster C. Respecte la segona hipòtesis, les persones amb agorafòbia tenen una major probabilitat de patir un trastorn de personalitat respecte les persones que no presenten un trastorn agorafòbic. Podem concloure que existeix una comorbiditat entre el trastorn de pànic o l'agorafòbia i els trastorns de personalitat, tot i que la mostra és petita i s'hauria de corroborar aquesta comorbiditat amb una mostra més gran.

Tot i que es validen les dues hipòtesis de l'estudi, s'han presentat un seguit de limitacions alhora de realitzar-lo. La principal limitació ha estat la mostra, ja que ha estat força difícil poder accedir a persones que pateixin un trastorn de pànic o agorafòbia i això a fet que la mostra sigui petita. A més a més, s'ha pres consciència de la importància de limitar bé els criteris d'inclusió, perquè sinó es seleccionen participants que al final no es poden incloure en la mostra. En aquest estudi no es van limitar suficient els criteris d'inclusió per tal de poder incloure a més participants en la mostra clínica. Finalment, una altra limitació ha estat poder accedir als instruments necessaris, ja que per utilitzar l'instrument a la versió més actualitzada per avaluar la personalitat en aquest estudi, era necessari abonar una quantitat econòmica elevada i, per això, es va decidir administrar la versió anterior que era gratuïta.

Per acabar, és important destacar que seria interessant, en un futur, fer un estudi com el present però amb una mostra més gran i amb l'instrument adequat per avaluar la personalitat per tal de poder corroborar aquesta comorbiditat. A més a més, fer un estudi

on es pogués estudiar la comorbiditat entre tots els trastorns d'ansietat (incloent fòbia social, trastorn d'ansietat generalitzada, entre d'altres) i els trastorns de personalitat.

Agraïments

Són moltes les persones que han contribuït al procés i finalització d'aquest estudi. En primer lloc, agrair a la *Asociación Catalana para el Tratamiento de la Ansiedad y Depresión* per haver-me permès accedir a persones amb trastorn de pànic o agorafòbia. Seguidament, agrair a totes les persones que han participat en aquest estudi, ja que sense elles no hagués estat possible l'execució d'aquest. Per últim, agrair a la doctora Anna Vilaregut Puigdesens, tutora d'aquest Treball de Final de Grau, que ha estat la persona que m'ha acompanyat durant la realització d'aquest estudi i m'ha donat suport en els moments necessaris.

Referències

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales: DSM-5* (5ª ed.). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Bienvenu, O.J., Nestadt, G., Samuels, J.F., Costa, P.T., Howard, W.T., & Eaton, W.W. (2001). Phobic, panic, and major depressive disorders and the five-factor model of personality. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(3), 154-161.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J.F., Costa, P.T., Reti, I.M., Eaton, W.W., & Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher- and lower- order personality trait investigation in a community sample. *Depression And Anxiety*, 20, 92-97. doi: 10.1002/da.20026
- Bienvenu, O. J., Stein, M. B., Samuels, J. F., Onyike, C. U., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2009). Personality disorder traits as predictors of subsequent first-onset panic disorder or agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 209–214. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.08.006
- Carrera, M., Herran, A., Ramirez, M.L., Ayestarán, A., Sierra-Biddle, D., Hoyuela, F., ...& Vázquez-Barquero, J.L. (2006). Personality traits in early phases of panic disorder: implications on the presence of agoraphobia, clinical severity and short-term outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(6), 417-425. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00826.x
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (2016). *Enquesta De Salut de Catalunya*. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Foot, M. & Koszycki, D. (2004). Gender differences in anxiety-related traits in patients with panic disorder. *Depression and anxiety*, 20(3), 123-130. doi: 10.1002/da.20031
- Friborg, O., Martinsen, E.W., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K.T., & Rosenvinge, J.H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal Of Affective Disorders*, 152-154, 1-11. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.023

- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal Of Psychiatry Research*, *39*, 1-9. doi: 10.1016/j.jpsychires.2004.05.004
- Gregor, K.L. & Zvolensky, M.J. (2008). Anxiety sensitivity and perceived control over anxiety-related events: Evaluating the singular and interactive effects in the prediction of anxious and fearful responding to bodily sensations. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(9), 1017–1025. doi: 10.1016/j.brat.2008.06.003
- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N.,...& Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*(3), 171-178. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.02361.x
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis *Psychological Bulletin*, *136*(5), 768-821. doi: 10.1037/a0020327
- López-Marina, V., Alcolea, R., Pizarro, G., & Rama, T. (2019). Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria. *Medicina General y De Familia*, *8*(2), 51-55. doi: 10.24038/mgyf.2019.017
- Marchesi, C., Cantón, A., Fonito, S., Giannelli, M. R., & Maggini, C. (2005). The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: A one year naturalistic study. *Journal Of Affective Disorders*, *89*, 189-194. doi: 10.1016/j.jpsychires.2004.05.004
- McNally, R.J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, *52*(10), 938–946. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01475-0
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). (2017). *Encuesta Nacional De Salud (ENSE)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS)
- Navarro, B., Sánchez, M., Herrán, A., & Sierra-Biddle, D. (2013). Relación entre rasgos de personalidad y evolución del trastorno de angustia. *Actas Españolas De*

Psiquiatria, 41(1), 27-32. Recuperat de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/81/ESP/15-81-ESP-27-32-208648.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.

Osma, J.J. (2009). *Influencia de la personalidad en la clínica del trastorno de pánico con o sin agorafobia: un estudio exploratorio* (Tesis doctoral). Recuperat de <https://www.tdx.cat/handle/10803/384623>

Osma, J., García-Palacios, A., & Botella, C. (2014). Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión. *Anales De Psicología*, 30(2), 381-394. doi: 10.6018/analesps.30.2.150741

Osma, J., García-Palacios, A., Botella, C., & Barrada, J.R. (2014). Personalidad y sensibilidad a la ansiedad como factores de vulnerabilidad en el trastorno de pánico. *Psicología Conductual*, 22(2), 185-201. Recuperat de <http://hdl.handle.net/10234/120653>

Ozkan, M. & Altindag, A. (2005). Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: which personality disorders increase clinical severity?. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 20-26. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.07.015

Robles-Ortega, H., Mata-Martín, J.L., Sánchez-Barrera, M.B., Vera-Guerrero, M.N., Pegalajar, J., Mezcuca, A.,... & Vila, J. (2016). Coocurrencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad. *Revista De Psicología*, 25(1), 1-17. doi: 10.5354/0719-0581.2016.41466

Tyrer, P., Reed, G.M., & Crawford, M.J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385, 717-726. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61995-4

Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A.M., Singh, S.P.,...& Furtado, V. (2019). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal Of Psychiatry*, 1-10. doi: 10.1192/bjp.2019.166

Declaració d'Auditoria

"Declaro que aquest treball és original i ha estat realitzat per mi mateixa, sense haver fet servir altres fonts o ajudes diferents a les referenciades. També he assenyalat la procedència dels fragments literals, o de contingut, que he pres de tercers."

Sara Guerrero Perpiñá

Barcelona, maig del 2020.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Sara Guerrero Perpiñá', written in a cursive style.

Apèndix

Apèndix 1: Cuestionario Abreviado del Trastorno de Pánico (CATP)

La crisis de angustia (o ataque de pánico) no es un estado general de ansiedad o nerviosismo que todos experimentamos en ciertos momentos, como por ejemplo asociado a las preocupaciones por el trabajo o los estudios, o la ansiedad normal ante un examen, etc. Una crisis de angustia es una experiencia de intenso miedo o molestia que surge de forma repentina junto a sensaciones especiales como dificultad para respirar, taquicardia, opresión en el pecho, palpitaciones, temblores, sudoración, mareos, y otras reacciones semejantes. Las crisis de angustia suelen ser más frecuente en unas personas que en otras, y también en unas personas se manifiestan de forma más intensa que en otras. Así por ejemplo, mientras que en unos casos la crisis de angustia puede estar acompañada de muchos síntomas, e incluso de intenso miedo o terror, en otros casos las personas sólo experimentan la sensación repentina de molestia y únicamente uno o dos síntomas como los indicados.

1. ¿Cuántas crisis de angustia recuerdas haber tenido en el último año?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 o más

2. ¿Cuántas crisis de angustia has tenido durante el último mes?

- Ninguna
- Una
- Dos
- Tres
- Más de tres

3. Por favor, indica con qué intensidad dueles experimentar cada uno de los siguientes síntomas durante tus crisis de angustia (rodea el 0 si no has experimentado el síntoma):

	Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima
1. Palpitaciones, latidos fuertes, o taquicardia	0	1	2	3	4
2. Sudores	0	1	2	3	4
3. Temblores o sacudidas de brazos o piernas	0	1	2	3	4

4. Sensación de ahogo o falta de aire	0	1	2	3	4
5. Sensación de atragantarse	0	1	2	3	4
6. Dolor o molestas en el pecho	0	1	2	3	4
7. Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
8. Vértigos, mareaos o sensación de inestabilidad	0	1	2	3	4
9. Sensaciones de escalofríos o sofocaciones	0	1	2	3	4
10. Hormigueo o adormecimiento en cara, manos o pies	0	1	2	3	4
11. Sensación de irrealidad o de estar en un sueño	0	1	2	3	4
12. Miedo a perder el control o volverse loco/a	0	1	2	3	4
13. Miedo a morir	0	1	2	3	4
14. Molestia o malestar	0	1	2	3	4
15. Miedo en general	0	1	2	3	4

4. En general ¿qué gravedad crees que tienen sus crisis de angustia?

- Ninguna
- Poca
- Bastante
- Mucha
- Muchísima

5. Durante el tiempo que experimentas los primeros síntomas de una posible crisis de angustia, o durante el tiempo que experimentas la crisis de angustia ¿qué sueles pensar o creer que ocurrirá? Por favor, indica la frecuencia con que tienes cada pensamiento (rodea el número que corresponda):

Pienso que:	Nunca	Pocas veces	Varias veces	Casi siempre	Siempre
-------------	-------	-------------	--------------	--------------	---------

1. Puedo tener un ataque al corazón	0	1	2	3	4
2. Podré desmayarme	0	1	2	3	4
3. La gente se fijará o se reirá de mi	0	1	2	3	4
4. Mi mente no funcionará bien	0	1	2	3	4
5. Puedo perder el control de mis sentidos	0	1	2	3	4
6. Será una situación embarazosa	0	1	2	3	4
7. No podré pensar o razonar normalmente	0	1	2	3	4
8. Puedo tener una trombosis o un derrame cerebral	0	1	2	3	4
9. Puedo llamar la atención o hacer el ridículo	0	1	2	3	4
10. Me desequilibraré mentalmente	0	1	2	3	4
11. Puedo hacer una escena delante de los demás	0	1	2	3	4
12. Podré asfixiarme	0	1	2	3	4

6. Cuando tienes estos pensamientos que has señalado, ¿hasta qué punto confías en tu propia capacidad para controlarlos y controlar la crisis de angustia, sin necesidad de tomar medicación?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- Totalmente

7. Cuando tienes las primeras señales de que va a comenzar una posible crisis de angustia (p.ej., alguna sensación, algún pensamiento, un lugar donde te encuentres, etc.), ¿hasta qué punto confías en tu propia capacidad para evitar tener la crisis, sin necesidad de tomar medicación?

- Nada
- Poco
- Bastante

- Mucho
- Totalmente

8. Cuando ya estás experimentando los síntomas de la crisis, ¿hasta qué punto confías en su propia capacidad para controlar la crisis y lograr que finalice, sin necesidad de tomar medicación?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- Totalmente

9. Cuando notas síntomas de la crisis en alguno de los lugares en que te ocurren habitualmente las crisis, ¿hasta qué punto confías en tu propia capacidad para controlar la crisis sin tener que escapar de esa situación, y sin necesidad de tomar medicación?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- Totalmente

10. Por favor, indica cuánto temes o te preocupa volver a tener nuevas crisis de angustia o te preocupas por sus posibles consecuencias (p.ej., temor a volverse loco/a, perder el control, etc.):

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- Totalmente

11. ¿Se han producido cambios negativos importantes en tu vida debidos a las crisis, como dejar de hacer ciertas actividades por temor a los síntomas (p.ej., evitar el ejercicio físico, ciertas sustancias o comidas, las relaciones sexuales, etc.) o evitar ciertas situaciones (p.ej., evitar los centros comerciales, los transportes públicos, los cines, estar solo/a fuera de casa)?

- Nada

- Poco
- Bastante
- Mucho
- Totalmente

12. ¿En general, cuánto están afectando negativamente las crisis de angustia a tus actividades laborales? (p.ej., faltando al trabajo, no atendiendo algunas responsabilidades laborales, rindiendo menos en el trabajo, etc.):

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- Totalmente

13. ¿Cuánto están afectando negativamente las crisis de angustia a tus actividades sociales? (p.ej., no salir con amigos, no asistir a reuniones o fi estas, dejar de ver a algunas personas, perderte relaciones sociales importantes, etc.):

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- Totalmente

14. ¿Cuánto están afectando negativamente las crisis de angustia a tus actividades y relaciones familiares? (p.ej., no pudiendo atender algunas responsabilidades familiares, creando nuevos problemas en la familia, llevarte peor con la familia, etc.):

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- Totalmente

Apèndix 2: Inventario de Agorafobia (IA)**A. TIPOS DE RESPUESTAS**

1. Respuestas motoras

A) Señale con qué frecuencia evita los lugares, medios de transporte o situaciones que se le indican a continuación debido al nivel de malestar que le producen. Utilice la escala siguiente:

0 = Nunca

3 = A menudo

1 = Casi nunca

4 = Casi siempre

2 = A veces

5 = Siempre

Marque la puntuación correspondiente para cada situación o lugar en ambas condiciones: solo y acompañado. No escriba nada si la situación planteada no se corresponde con su caso.

Lugares	Solo	Acompañado
1. Grandes almacenes	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
2. Bares y restaurantes	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
3. Cines	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
4. Ascensores	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
5. Aparcamientos subterráneos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
6. Iglesias	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
7. Campos de fútbol o plazas de toros	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
8. Lugares altos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
9. Playas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
10. Espacios abiertos (monte, calles anchas,...)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
11. Hospitales	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

Medios de transporte	Solo	Acompañado
1 Autobuses	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
2. Trenes	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
3. Aviones	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

4. Coches	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
-----------	-------------	-------------

Situaciones	Solo	Acompañado
1. Salir a pasear	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
2. Alejarse de casa	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
3. Ir de vacaciones y viajar	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
4. Cruzar puentes y túneles	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
5. Acudir al médico	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
6. Ir a hacer una gestión en una ventanilla	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
7. Ir a visitar a unos amigos o familiares	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
8. Ir a buscar a los niños al colegio	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
9. Acudir a una reunión de vecinos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
10. Asistir a una manifestación legal	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
11. Ir al trabajo diariamente	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
12. Hacer una cola	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
13. Asistir a fiestas o reuniones sociales	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
14. Discutir en casa ante los demás	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
15. Que la gente me mire	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
16. Hacer la compra en el mercado o en el supermercado	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
17. Estar en la peluquería	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
18. Comer o beber con otras personas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
19. Otras (Especifíquelas): ...	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

B) Ahora, por favor, vuelva a leer la lista de estos síntomas y subraye los 5 lugares, medios de transporte y/o situaciones –entre todos los propuestos- que le crean mayor nivel de ansiedad y le dificultan más para su vida cotidiana.

2. Respuestas psicofisiológicas subjetivas

A) Señale la frecuencia con que experimenta y el grado de temor que le producen las sensaciones corporales que se indican a continuación y que pueden ocurrir cuando usted está nervioso o ante una situación temida. Utilice las escalas siguientes y no deje, por favor, ningún elemento sin contestar.

Escala de frecuencia	Escala de grado de temor
----------------------	--------------------------

0 = Nunca	0 = Nunca
1 = Casi nunca	1 = Casi nunca
2 = A veces	2 = A veces
3 = A menudo	3 = A menudo
4 = Casi siempre	4 = Casi siempre
5 = Siempre	5 = Siempre

Sensaciones corporales	Frecuencia	Grado de temor
1. Taquicardia	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
2. Opresión torácica	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
3. Pérdida de sensibilidad en brazos y piernas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
4. Pérdida de sensibilidad en cualquier parte del cuerpo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
5. Escalofríos u oleadas de calor	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
6. Mareos o vértigos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
7. Visión nublada o borrosa	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
8. Náuseas y/o vómitos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
9. Tener un nudo en el estómago	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
10. Flojera en las piernas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
11. Sudoración	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
12. Sequedad de boca	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
13. Sentirse desorientado y confuso	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
14. Sensación de ahogo y sofoco	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
15. Desmayos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
16. Temblores o estremecimientos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
17. Diarreas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
18. Dificultad para respirar o respiración agitada	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
19. Dolor de cabeza	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
20. Cansancio extremo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
21. Otras (Especifíquelas): ...	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

B) Ahora, por favor, vuelve a leer la lista de síntomas y subraye las 3 sensaciones corporales que le crean más dificultades en su vida cotidiana.

3. Respuestas cognitivas

A) Señale con qué frecuencia se le pasan por la cabeza cuando está usted nervioso o asustado las ideas que figuran a continuación. Utilice la escala siguiente:

0 = Nunca

1 = Casi nunca

2 = A veces

3 = A menudo

4 = Casi siempre

5 = Siempre

1. Me voy a marear	0 1 2 3 4 5
2. Me voy a desmayar y a caer	0 1 2 3 4 5
3. A lo mejor tengo un tumor cerebral	0 1 2 3 4 5
4. Me va a dar un infarto	0 1 2 3 4 5
5. Me voy a morir	0 1 2 3 4 5
6. Voy a decir tonterías	0 1 2 3 4 5
7. Voy a volverme loco	0 1 2 3 4 5
8. Voy a perder el control	0 1 2 3 4 5
9. Voy a hacer daño a alguien	0 1 2 3 4 5
10. Voy a gritar	0 1 2 3 4 5
11. Voy a quedarme enfermo para toda la vida	0 1 2 3 4 5
12. Me voy a quedar paralizado por el miedo y no podré hacer nada	0 1 2 3 4 5
13. Voy a ser incapaz de volver a casa (o a un sitio seguro) por mi mismo	0 1 2 3 4 5
14. Otras (especificuelas): ...	0 1 2 3 4 5

B) Ahora, por favor, vuelva a leer la lista y subraye los 3 pensamientos que le crean mayor nivel de ansiedad y le dificultan más para su vida cotidiana.

B) VARIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS

1a. Señale con una X los factores concretos que contribuyen a aumentar la ansiedad que experimenta en los lugares, medios de transporte o situaciones que ha indicado anteriormente:

_____ La hora del día. Diga, en su caso, cuál:

_____ La cantidad de gente presente

_____ El calor y/o los ambientes cargados

_____ Las discusiones familiares

_____ El estrés laboral

_____ El pensar sobre sus problemas

_____ Otros (especifíquelos):

1b. Ahora, por favor, vuelve a leer la lista y subraye el factor que contribuye a aumentarle más la ansiedad.

2a. Señale con una X los factores concretos que contribuyen a reducir la ansiedad que experimenta en los lugares, medios de transporte o situaciones que ha indicado anteriormente:

_____ La compañía de su pareja

_____ La presencia de su perro

_____ Llevar consigo algún objeto. Especifique cuál:

_____ El pensar en otra cosa y estar distraído

_____ La compañía de un(a) amigo(a)

_____ La hora del día. Diga, en su caso, cuál:.....

_____ Beber alcohol

_____ Comer algo

_____ La ausencia de gente

_____ Tomar pastillas. Diga, en su caso, cuáles:.....

_____ La proximidad de un “lugar seguro” (casa, puerta de salida,...). Especifique cuál:
.....

_____ En el caso de trasladarse, hacerlo en coche

_____ Otros (Especifíquelos):

2b. Ahora, por favor, vuelva a leer la lista y subraye el factor que contribuye a reducirle más la ansiedad.

Apèndix 3: Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)

Este cuestionario es para responder al final de la oración, verdadero (V) o falso (F) y si en alguna pregunta tiene dificultad, porque podrían ser las dos y tiene dudas en definir la respuesta, responda con una X.

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.

18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.

39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.

59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.

78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.

79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.

80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.

82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.

83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.

84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.

85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.

86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.

87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.

88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.

89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.

90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.

91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero

92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.

93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.

94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.

95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.

96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.

97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.

98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.

119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.

139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.

140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.

141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.

142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.

143. No me importa que la gente no se interese por mí.

144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.

145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.

146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.

147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.

148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.

149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.

150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.

151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.

152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.

153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".

154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.

155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.

156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.

157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.

158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.

159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.

160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

161. Rara vez me emociono mucho con algo.

162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.

163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.

165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.

166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.

167. Últimamente me siento completamente destrozado.

168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.

169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.

170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.

171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.

172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.

173. Prefiero estar con gente que me protegerá.

174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.

175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

Apèndix 4: Qüestionari de les dades sociodemogràfiques en català



Facultat de Psicologia,
Ciències de l'Educació
i de l'Esport

DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

1. Gènere: _____

2. Edat: _____

3. Estat civil (marqui amb una creu l'opció correcta):

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Solter/a | <input type="checkbox"/> Divorciat/da |
| <input type="checkbox"/> En parella | <input type="checkbox"/> Separat/da |
| <input type="checkbox"/> Casat/da | <input type="checkbox"/> Parella de fet |
| <input type="checkbox"/> Vidu/vídua | <input type="checkbox"/> Altres (Especificar): |

4. Nivell d'estudis (marqui amb una creu l'opció correcta):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educació primària | <input type="checkbox"/> Cicles formatius |
| <input type="checkbox"/> Educació secundària | <input type="checkbox"/> Estudis universitaris |
| <input type="checkbox"/> Batxillerat | <input type="checkbox"/> Altres nivells (Especificar): |

5. Ocupació actual (marqui amb una creu l'opció correcta):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Actiu | <input type="checkbox"/> Aturat/da |
| <input type="checkbox"/> Inactiu (Sense treballar i sense atur) | <input type="checkbox"/> Jubilat/da |
| | <input type="checkbox"/> Altres (Especificar): |

6. Professió: _____

7. Tractaments previs (marqui amb una creu l'opció correcta):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Sí → Especificar el tipus de tractament, l'orientació psicològica i la duració: |

8. Tractaments actuals (marqui amb una creu l'opció correcta):

- | |
|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|

- Sí → Especificar el tipus de tractament, l'orientació psicològica i la duració:
-

Apèndix 5: Qüestionari de les dades sociodemogràfiques en castellà



Facultat de Psicologia,
Ciències de l'Educació
i de l'Esport

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Género: _____

2. Edad: _____

3. Estado civil (marque con una cruz la opción correcta):

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Divorciado/a |
| <input type="checkbox"/> En pareja | <input type="checkbox"/> Separado/a |
| <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho |
| <input type="checkbox"/> Viudo/a | <input type="checkbox"/> Otros (Especificar): |

4. Nivel de estudios (marque con una cruz la opción correcta):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Educación primaria | <input type="checkbox"/> Ciclos formativos |
| <input type="checkbox"/> Educación secundaria | <input type="checkbox"/> Estudios universitarios |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato | <input type="checkbox"/> Otros niveles (Especificar): |

5. Ocupación actual (marque con una cruz la opción correcta):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Activo | <input type="checkbox"/> Jubilado/a |
| <input type="checkbox"/> Inactivo (Sin trabajar y sin paro) | <input type="checkbox"/> Otros (Especificar): |
| <input type="checkbox"/> Parado/a | |

6. Profesión: _____

7. Tratamientos previos (marque con una cruz la opción correcta):

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Sí → Especificar el tipo de tratamiento, la orientación psicológica y la duración: |

8. Tratamientos actuales (marque con una cruz la opción correcta):

No

Sí → Especificar el tipo de tratamiento, la orientación psicológica y la duración:

Apèndix 6: Plantilla de consentiment informat en català



Facultat de Psicologia,
Ciències de l'Educació
i de l'Esport

INFORMACIÓ PER ALS PARTICIPANTS

L'estudi que es titula "Estudi de la comorbiditat entre el trastorn de pànic i els trastorns de la personalitat" forma part del Treball Fi de Grau que jo, Sara Guerrero Perpiñá, estic realitzant a la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'esport Blanquerna (Universitat Ramon Llull).

La participació en l'estudi és voluntària i confidencial, de manera que pot abandonar-se en qualsevol moment.

Les dades dels participants seran confidencials i utilitzades només a efectes d'aquesta investigació. Les dades seran tractades segons el Reial Decret 1720/2007, pel qual s'aprova el Reglament de desenvolupament de la *Llei Orgànica de Protecció de Dades Personals (15/1999)*, i segons la *Llei bàsica reguladora de l'autonomia del Pacient i de Drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (41/2002)*.

CONSENTIMENT INFORMAT

Jo,, Major d'edat, amb
DNI

Declaro que he rebut informació sobre l'estudi per al qual se sol·licita la meua participació. He estat informat/a de tots els aspectes relacionats amb la confidencialitat i la protecció de dades, que la meua participació és totalment voluntària i que tinc dret a retirar en qualsevol moment.

Per tot això, dono el meu consentiment a participar en l'estudi "Estudi de la comorbiditat entre el trastorn de pànic i els trastorns de la personalitat" i al fet que puguin gestionar-se les meves dades preservant en tot moment la meua identitat i intimitat.

A Barcelona, a (XX/XX/2020)

Firma participant

Firma de l'estudiant de TFG

Apèndix 7: Plantilla de consentiment informat en castellà



Facultat de Psicologia,
Ciències de l'Educació
i de l'Esport

INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES

El estudio que se titula “Estudio de la comorbilidad entre el trastorno de pánico y los trastornos de la personalidad” forma parte del Trabajo Fin de Grado que yo, Sara Guerrero Perpiñá, estoy realizando en la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'esport Blanquerna (Universitat Ramon Llull).

La participación en el estudio es voluntaria y confidencial, de manera que puede abandonarse en cualquier momento.

Los datos de los participantes serán confidenciales y utilizados solo a efectos de esta investigación. Los datos serán tratados según el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la *Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (15/1999)*, y según la *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (41/2002)*.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., mayor de edad, con
DNI.....

Declaro que he recibido información sobre el estudio para el que se solicita mi participación. He sido informado/a de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y la protección de datos, de que mi participación es totalmente voluntaria y de que tengo derecho a retirarme en cualquier momento.

Por todo ello, doy mi consentimiento a participar en el estudio “Estudio de la comorbilidad entre el trastorno de pánico y los trastornos de la personalidad” y a que puedan gestionarse mis datos preservando en todo momento mi identidad e intimidad.

En Barcelona, a (XX/XX/2020)

Firma participante

Firma del estudiant de TFG