

# TESIS DOCTORAL

## **A LA BÚSQUEDA DEL CONTINUO DE LOS RASGOS ADAPTATIVOS Y DESADAPTATIVOS EN LA PERSONALIDAD NORMAL Y LA PERSONALIDAD PATOLÓGICA**

UNIVERSITAT JAUME I DE CASTELLÓ

Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología

Autora: Silvia Edo Villamón

Directora: M<sup>a</sup> Ángeles Ruipérez Rodríguez



*A mis padres, por su comprensión  
A Vicente, por estar de forma incondicional  
y a cada uno de los que la habéis hecho posible.*



## **AGRADECIMIENTOS**

*Soy una parte de todo aquello que encontré  
(Alfred Tennyson)*

La finalización de esta tesis doctoral me obliga a enfrentarme a uno de los capítulos más complicados, los agradecimientos. No es tarea fácil sintetizar en unas breves líneas mi más sincera gratitud hacia todas las personas que me han ayudado durante el proceso de decisión, búsqueda, reflexión, colaboración, voluntad (mía y de muchas otras personas que me han rodeado), a veces dudas, ilusión, primeros análisis, emoción, ánimo, y también desánimo, despedidas, sensación de un trabajo bien hecho, y mil experiencias más vividas en este camino... Un camino hacia la búsqueda de respuestas que me ha permitido aprender sobre personalidad, sobre patología, pero sobretodo me ha permitido aprender sobre las personas.

De una forma muy especial quiero dejar constancia de mi agradecimiento a la Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Ruipérez, tanto por la dirección de este trabajo como por haberme servido de guía desde los inicios de mi carrera profesional. Gracias por todos los años de conocimiento y apoyo empleados en mi formación, por tu dedicación, esfuerzo y cariño, gracias por haber sido una gran maestra.

Gracias también a la Dra. Amanda Meliá de Alba por su colaboración y asesoramiento en la recta final de este trabajo, por ayudarme a ilusionarme cuando creía no tener fuerzas y enseñarme a utilizar el pensamiento crítico.

Iniciar ahora la retahíla de agradecimientos que inundan mi mente resultaría una tarea árdua, no tanto de escribir sino de leer para el que desconozca como ha sido el desarrollo de este trabajo. Los que lo han vivido conmigo, compañeros, amigos y familiares, que ha sido muchos, sabrán comprenderlo y podrán leerse entre líneas. A todos gracias, estoy enormemente agradecida a los tesoros que he ido encontrando en cada momento.

También gracias a todos los compañeros de las Unidades de Salud Mental de Castellón, por haberme confiado a vuestros pacientes y hacer que este trabajo pudiera salir adelante.

Finalmente, deseo expresar mi mayor gratitud a todas aquellas personas anónimas que han accedido a prestar su tiempo, sus datos y sus preocupaciones de forma desinteresada a este proyecto. Sin ellos, desde luego, jamás hubiera sido posible.

*Silvia Edo Villamón*  
*Castellón, Diciembre de 2011*

# ÍNDICE

## MARCO TEÓRICO

Introducción .....	21
1. El estudio científico de la personalidad patológica .....	27
2. Consideraciones previas a las propuestas dimensionales de los trastornos de la personalidad .....	35
2.1. Las propuestas categoriales.....	35
2.2. Limitaciones de las propuestas categoriales.....	39
2.2.1. Continuidad entre normalidad y patología.....	39
2.2.2. Comorbilidad entre trastornos mentales .....	41
2.2.3. Utilidad clínica de los modelos categoriales .....	44
3. Transición de las propuestas categoriales a las propuestas dimensionales de los trastornos de la personalidad .....	49
4. Propuesta dimensional de la American Psychiatric Association: DSM-5 .....	55
5. Hacia la integración de las propuestas categoriales y dimensionales de los trastornos de la personalidad .....	63
5.1. Supuestas relaciones entre el modelo categorial de los TP, el NEO-PI-R y el DAPP-BQ .....	70
5.2. Relaciones empíricas entre el modelo categorial de los TP y el NEO-PI-R.....	77
5.2.1. Dimensiones del NEO-PI-R y los TP categoriales .....	77
5.2.2. Facetas del NEO-PI-R y los TP categoriales .....	79
5.3. Relaciones empíricas entre el modelo categorial de los TP y el DAPP-BQ.....	87
5.3.1. Dimensiones del DAPP-BQ y los TP categoriales .....	87
5.3.2. Facetas del DAPP-BQ y los TP categoriales .....	89
6. Una propuesta comprensiva: Contenidos comunes y específicos entre el NEO-PI-R y el DAPP-BQ .....	99

## **MARCO EXPERIMENTAL**

7. Justificación .....	113
8. Objetivos.....	119
9. Método.....	123
9.1. Diseño y análisis.....	123
9.2. Participantes.....	124
9.3. Procedimiento.....	130
9.3.1. Procedimiento realizado para obtener los grupos clínicos..	130
9.3.2. Procedimiento realizado para obtener los grupos de pobla- ción general .....	137
9.4. Medidas .....	142
10. Resultados.....	159
10.1. Primer objetivo: Comparación de perfiles de personalidad del NEO-PI-R y el DAPP-BQ .....	159
10.2. Segundo objetivo: Perfiles prototípicos de los trastornos de personalidad según el NEO-PI-R y el DAPP-BQ .....	169
10.3. Tercer objetivo: Análisis de la invarianza de medida entre el NEO-PI-R y el DAPP-BQ .....	178
11. Discusión .....	191
12. Conclusiones .....	221
13. Limitaciones y líneas futuras de investigación .....	227
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>231</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>259</b>



## ACRÓNIMOS UTILIZADOS

Con la intención de facilitar la lectura se han utilizado acrónimos para referirse a los nombres de organismos, manuales diagnósticos o instrumentos de autoinforme más ampliamente conocidos:

- ANT: Trastorno antisocial de la personalidad
- APA: American Psychiatric Association
- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición.
- DAPP-BQ: Cuestionario básico de evaluación dimensional de la personalidad patológica (Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire) (Livesley, Jang, & Vernon, 1998)
- DEP: Trastorno de la personalidad por dependencia
- DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (los números romanos que le acompañan hacen referencia a la edición)
- DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (APA, 1994)
- DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado (APA, 2000)
- ESQZD: Trastorno esquizoide de la personalidad
- ESQZT: Trastorno esquizotípico de la personalidad
- EVI: Trastorno de la personalidad por evitación
- G1: grupo sin diagnóstico ni indicadores de trastorno mental
- G2: grupo con indicadores de patología mental en Eje I y/o Eje II
- G3: grupo con diagnóstico clínico en Eje I
- G4: grupo con diagnóstico clínico en Eje I y Eje II
- HIS: Trastorno histriónico de la personalidad
- LIM: Trastorno límite de la personalidad
- NAR: Trastorno narcisista de la personalidad
- NEO-PI-R: Inventario de personalidad NEO-Revisado (NEO Personality Inventory-Revised) (Costa & McCrae, 1992)
- OBS: Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PAR: Trastorno paranoide de la personalidad
- TP: Trastorno de personalidad

**ÍNDICE DE CUADROS***Pág.*

---

Cuadro 1. Alineación de modelos de personalidad dimensionales: nivel de dimensiones (modificada de Widiger y Simonsen, 2005a).	30
Cuadro 2. Criterios diagnósticos y clasificación de los distintos TP según la CIE-10 (OMS, 1993) y el DSM-IV-TR (2000).	38
Cuadro 3. Propuestas dimensionales para los TP del DSM-IV (Widiger y Simonsen, 2005a).	51
Cuadro 4. Propuesta del proceso diagnóstico de TP en el DSM-5 (extraído de Esbec y Echeburúa, 2011).	57
Cuadro 5. Sistema categorial que propone el DSM-IV-TR para el diagnóstico de los TP.	65
Cuadro 6. Descripción de la estructura de facetas y dimensiones del NEO-PI-R (extraído de Avia, 2000).	66
Cuadro 7. Descripción de la estructura de facetas y dimensiones del DAPP-BQ (Schroeder et al., 1992). Agrupación en dimensiones según Gutiérrez-Zotes et al. (2008)	69
Cuadro 8. Propuesta de conversión de las categorías diagnósticas en clasificaciones dimensionales (Widiger, 1993).	146
Cuadro 9. Instrumentos y puntos de corte utilizados para la evaluación y selección de las muestras G1, G2, G3 y G4.	155
Cuadro 10. Relaciones identificadas empíricamente entre las dimensiones del NEO-PI-R y el DAPP-BQ (Schroeder et al., 1992; Larstone et al., 2002; Maruta et al., 2006).	179

---

Figura 1. Correspondencia entre criterios de TP Paranoide y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.	72
Figura 2. Correspondencia entre criterios de TP Esquizoide y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.	72
Figura 3. Correspondencia entre criterios de TP Esquizotípico y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.	73
Figura 4. Correspondencia entre criterios de TP Antisocial y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.	73
Figura 5. Correspondencia entre criterios de TP Límite y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.	74
Figura 6. Correspondencia entre criterios de TP Histriónico y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.	74
Figura 7. Correspondencia entre criterios de TP Narcisista y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.	75
Figura 8. Correspondencia entre criterios de TP por evitación y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.	75
Figura 9. Correspondencia entre criterios de TP por dependencia y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.	76
Figura 10. Correspondencia entre criterios de TP Obsesivo-Compulsivo y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.	76
Figura 11. Relaciones encontradas entre las dimensiones del MCF (NEO-PI-R) y los TP (Samuel & Widiger, 2008a)	78
Figura 12. Correspondencias a partir de la observación cualitativa entre las estructuras del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.	103
Figura 13. Establecimiento de los grupos naturales según criterio “grado de patología mental”.	123
Figura 14. Resumen de los procedimientos utilizados para la selección de las muestras de población clínica y población general.	141
Figura 15. Modelo estructural según el cual las dimensiones <i>Neuroticismo</i> del NEO-PI-R y <i>Desregulación emocional</i> del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes e independientes.	182
Figura 16. Modelo estructural según el cual las dimensiones <i>Neuroticismo</i> del NEO-PI-R y <i>Desregulación emocional</i> del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes pero relacionadas.	182
Figura 17. Modelo estructural según el cual las dimensiones <i>Neuroticismo</i> del NEO-PI-R y <i>Desregulación emocional</i> del DAPP-BQ son explicadas por la misma variable latente.	183
Figura 18. Modelo estructural según el cual las dimensiones <i>Extraversión y Apertura</i> del NEO-PI-R e <i>Inhibición</i> del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes e independientes.	184

---

Figura 19. Modelo estructural según el cual las dimensiones <i>Extraversión</i> y <i>Apertura</i> del NEO-PI-R e <i>Inhibición</i> del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes pero relacionadas.	184
Figura 20. Modelo estructural según el cual las dimensiones <i>Extraversión</i> y <i>Apertura</i> del NEO-PI-R e <i>Inhibición</i> del DAPP-BQ son explicadas por la misma variable latente.	185
Figura 21. Modelo estructural según el cual las dimensiones <i>Amabilidad</i> del NEO-PI-R y <i>Conducta disocial</i> del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes e independientes.	186
Figura 22. Modelo estructural según el cual las dimensiones <i>Amabilidad</i> del NEO-PI-R y <i>Conducta disocial</i> del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes pero relacionadas.	186
Figura 23. Modelo estructural según el cual las dimensiones <i>Amabilidad</i> del NEO-PI-R y <i>Conducta disocial</i> del DAPP-BQ son explicadas por la misma variable latente.	187

---

---

Tabla 1. Cuadro resumen de las relaciones teóricamente hipotetizadas y relaciones empíricas encontradas entre el MCF (NEO-PI-R) y los TP del DSM-IV.	81
Tabla 2. Resultados de las correlaciones Pearson obtenidas entre las dimensiones del DAPP-BQ y los TP del DSM-IV.	88
Tabla 3. Cuadro resumen de las relaciones teóricamente hipotetizadas y relaciones empíricas encontradas entre el DAPP-BQ y los TP del DSM-IV.	91
Tabla 4. Género, edad y nivel de estudios de los cuatro grupos de participantes.	126
Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de patología de Eje I a partir del BDI-II, PSWQ, FQ, OCI-R en los grupos G1 y G2.	127
Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de patología de Eje II a partir del IPDE en los grupos G1 y G2.	127
Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de patología de Eje I a partir de la SCID-I para los grupos G3 y G4.	129
Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de patología de Eje II a partir de la SCID-II en el grupo G4.	130
Tabla 9. Resultados del MANOVA en las facetas de la dimensión Neuroticismo del NEO-PI-R.	161
Tabla 10. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Extraversión del NEO-PI-R.	162
Tabla 11. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Apertura del NEO-PI-R.	162
Tabla 12. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Amabilidad del NEO-PI-R.	163
Tabla 13. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Responsabilidad del NEO-PI-R.	163
Tabla 14. Resultados del MANOVA de las dimensiones del NEO-PI-R.	164
Tabla 15. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Desregulación emocional del DAPP-BQ.	166
Tabla 16. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Conducta disocial del DAPP-BQ.	167
Tabla 17. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Inhibición del DAPP-BQ.	167
Tabla 18. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Compulsividad del DAPP-BQ.	167
Tabla 19. Resultados del MANOVAs de las dimensiones del DAPP-BQ.	168
Tabla 20. Correlaciones parciales unilaterales entre las puntuaciones del IPDE y las variables demográficas.	170

---

---

Tabla 21. Correlaciones parciales unilaterales entre las puntuaciones del IPDE y las facetas y dimensiones del NEO-PI-R.	171
Tabla 22. Correlaciones parciales unilaterales entre las puntuaciones del IPDE y las facetas y dimensiones del DAPP-BQ.	172
Tabla 23. Resultados de la regresión jerárquica múltiple sobre el NEO-PI-R.	175
Tabla 24. Resultados de la regresión jerárquica múltiple sobre el DAPP-BQ.	176

---

1. Estructura de 30 facetas propuesta para el DAPP-BQ (Krueger et al., 2007).	259
2. <i>Inventario de personalidad NEO-Revisado</i> (NEO Personality Inventory-Revised [NEO-PI-R], Costa & McCrae, 1992. Adaptación española de Avia, 2000).	261
3. <i>Cuestionario básico de evaluación dimensional de la personalidad patológica</i> (Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire [DAPP-BQ], Livesley, Jang, & Vernon, 1998. Adaptación española de Gutiérrez-Zotes, Valero, Gallego, Torres, Lavad, & Livesley, 2008).	271
4. Replicaciones de estructuras factoriales del DAPP-BQ en diversas lenguas y culturas: Muestras Clínicas.	283
5. Replicaciones de estructuras factoriales del DAPP-BQ en diversas lenguas y culturas: Muestras Control.	285
6. <i>Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad</i> ( <i>International Personality Disorder Examination</i> [IPDE], Loranger, 1995. Versión española de López-Ibor et al., 1996).	287
7. <i>Entrevista Clínica Estructurada para los TP del Eje II del DSM-IV</i> ( <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders</i> [SCID-II], First, Gibbon, et al., 1997).	291
8. <i>Entrevista Clínica Estructura para los Trastornos del Eje I del DSM-IV</i> ( <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders</i> [SCID-I], First, Spitzer, et al., 1997).	293
9. <i>Inventario de Depresión de Beck</i> ( <i>Beck Depression Inventory</i> [BDI-II], Beck et al., 1996. Versión española de Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003).	295
10. <i>Inventario de Preocupación de Pensilvania</i> ( <i>Penn State Worry Questionnaire</i> [PSWQ], Meyer et al., 1990).	299
11. <i>Cuestionario de Miedos</i> ( <i>Fear Questionnaire</i> [FQ], Marks & Mathews, 1979).	301
12. <i>Inventario Obsesivo Compulsivo-Revisado</i> ( <i>Obsessive Compulsive Inventory-Revised</i> [OCI-R], Foa et al., 2002. Versión española de Fullana et al., 2005).	303
13. <i>Formulario de Salud General</i> .	305
14. Resultados de los MANCOVAs y ANCOVAs de las dimensiones y facetas del instrumento NEO-PI-R y del instrumento DAPP-BQ. Utilizando como covariable nivel de estudios.	307
15. Cuadro resumen de las variables predictoras del NEO-PI-R sobre los TP que surjen en el tercer modelo del análisis de regresión jerárquica realizado para el segundo objetivo de esta investigación.	313
16. Cuadro resumen de las variables predictoras del DAPP-BQ sobre los TP que surjen en el tercer modelo del análisis de regresión jerárquica realizado para el segundo objetivo de esta investigación.	315



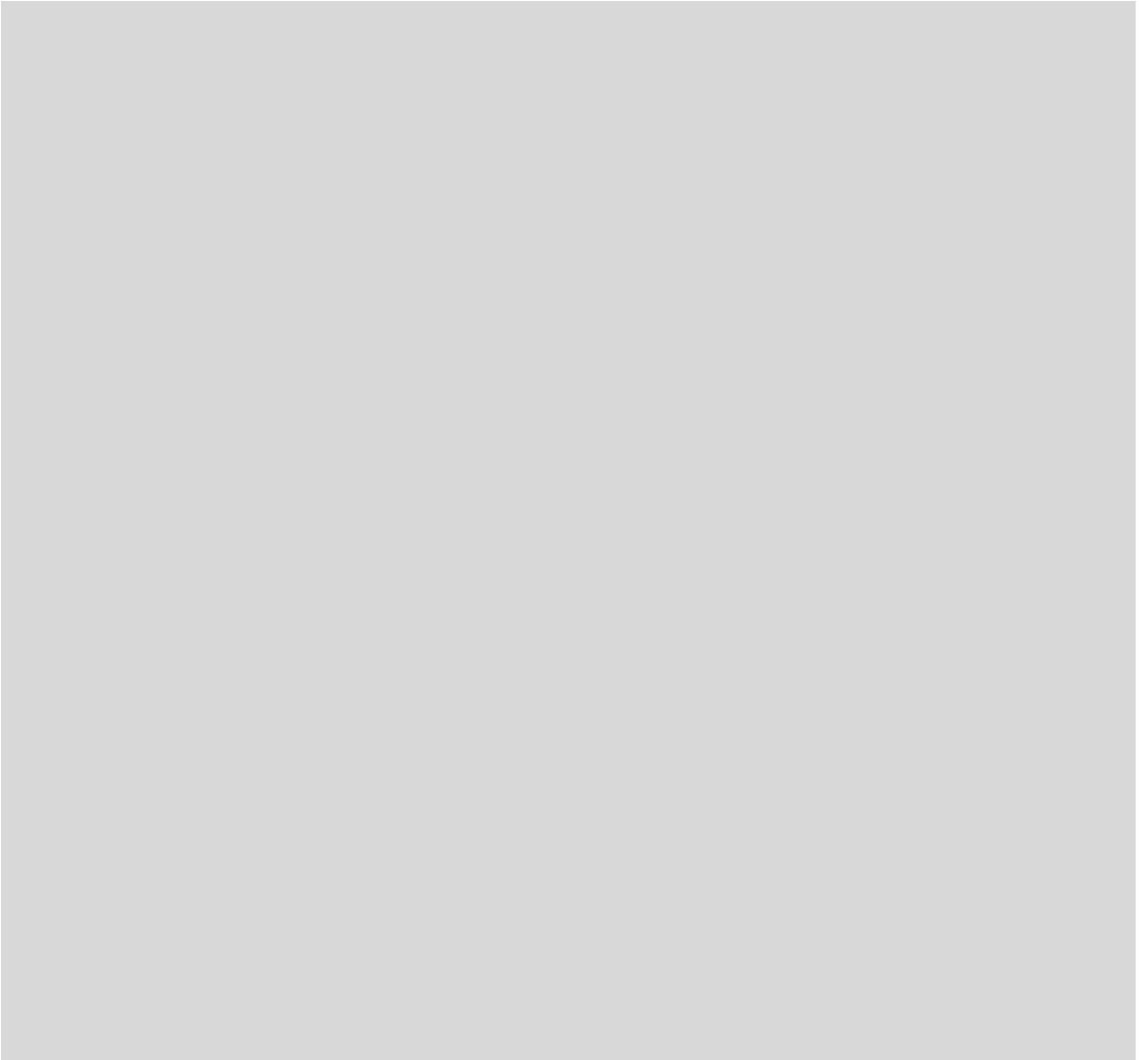


# MARCO TEÓRICO

---



# **INTRODUCCIÓN**





## INTRODUCCIÓN

La explicación científica en torno a la relación que existe entre personalidad y patología es una cuestión con una larga historia y un pasado muy reciente, reabierto con fuerza a partir de la publicación de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) (American Psychiatric Association [APA], 1980) y la incorporación de un sistema penta-axial para la clasificación de los trastornos mentales en el que los trastornos de la personalidad pasan a consignarse un eje específico (Eje II).

Si atendemos a su historia, ya en tiempos de Hipócrates (460-370 a.C) nos encontramos contribuciones procedentes de la medicina que ofrecen descripciones y propuestas sobre la relación entre la personalidad y la psicopatología, sin embargo, la elevada complejidad que ambos conceptos encierran en sí mismos y el hecho de que las alteraciones de la personalidad hayan estado impregnadas durante mucho tiempo por connotaciones morales, culturales y sociales ha frenado y retardado el desarrollo de su investigación.

Otra cuestión a tener en cuenta en el estudio científico de la relación entre la personalidad y la patología es la constatación del

desigual desarrollo de la investigación en materia de personalidad “normal” y personalidad “patológica”. Así, mientras que el constructo de personalidad normal cuenta con un bagaje robusto sustentado en estudios empíricos, la conceptualización de los trastornos de personalidad es mucho más reciente y se fundamenta básicamente en conceptos y descripciones procedentes del ámbito clínico, lo cual redundante, a su vez, en una mayor dificultad para conceptualizar y ubicar nosológicamente la patología en el estudio científico de la personalidad.

La contraposición de las propuestas dimensionales para comprender y medir la personalidad normal frente a las propuestas categoriales para conceptualizar y evaluar la personalidad patológica, así como los problemas y limitaciones derivados de estas últimas, ha motivado el desarrollo de un importante corpus teórico y empírico dirigido a reconsiderar los trastornos de personalidad desde aproximaciones dimensionales. La personalidad patológica, como se pondrá de manifiesto a continuación en el marco teórico, se ha confirmado íntimamente relacionada con la personalidad normal, pudiendo definirse como una configuración multidimensional que representaría, a lo largo de un “continuo”, variantes extremas o desajustadas de los mismos rasgos de la personalidad normal.

Sin embargo, aunque existe el acuerdo generalizado de incorporar la personalidad normal y la personalidad patológica en un mismo ámbito de estudio científico de la personalidad, en lugar de encontrar intentos por simplificar el campo de estudio encontramos un afán por elaborar modelos nuevos y diferentes, planteados desde la normalidad o desde la patología, que se sustentan en fundamentos biológicos, psicológicos o estadísticos diferentes y que, por lo tanto, se traducen en sistemas de clasificación e instrumentos de medida variados. Es decir, nos encontramos ante un pluralismo conceptual

que nuevamente desune lo “normal” de lo “patológico”. Parece pues necesario detenernos a reflexionar acerca de este creciente progreso científico y revisar la dirección que está tomando el estudio de la personalidad (normal y patológica), con el objetivo último de intentar encontrar un modelo explicativo verdaderamente integrador, que aprese el constructo de “personalidad” en su totalidad.

Dirigidos hacia este objetivo, en una primera parte, iniciaremos este trabajo con una breve revisión sobre el estudio científico en personalidad patológica y su relación con los modelos de personalidad normal. A continuación expondremos los planteamientos categoriales que se han utilizado para referirse a los trastornos de la personalidad, sus limitaciones y la introducción de propuestas de cambio hacia los modelos dimensionales. Revisaremos las nuevas alternativas que, bien desde el ámbito de la personalidad normal bien desde el ámbito de personalidad patológica, se plantean para la próxima edición del DSM-5. Posteriormente exploraremos la relación entre dos propuestas dimensionales, claramente diferenciadas por el marco teórico que las sustenta: el NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992) y el DAPP-BQ (Livesley, Jang, & Vernon, 1998), y las categorías de trastorno de personalidad que pretenden representar. Por último plantearemos la comparación de estos dos instrumentos (NEO-PI-R y DAPP-BQ) como punto de partida en esta búsqueda de un modelo integrador y comprensivo de la personalidad “en general”.

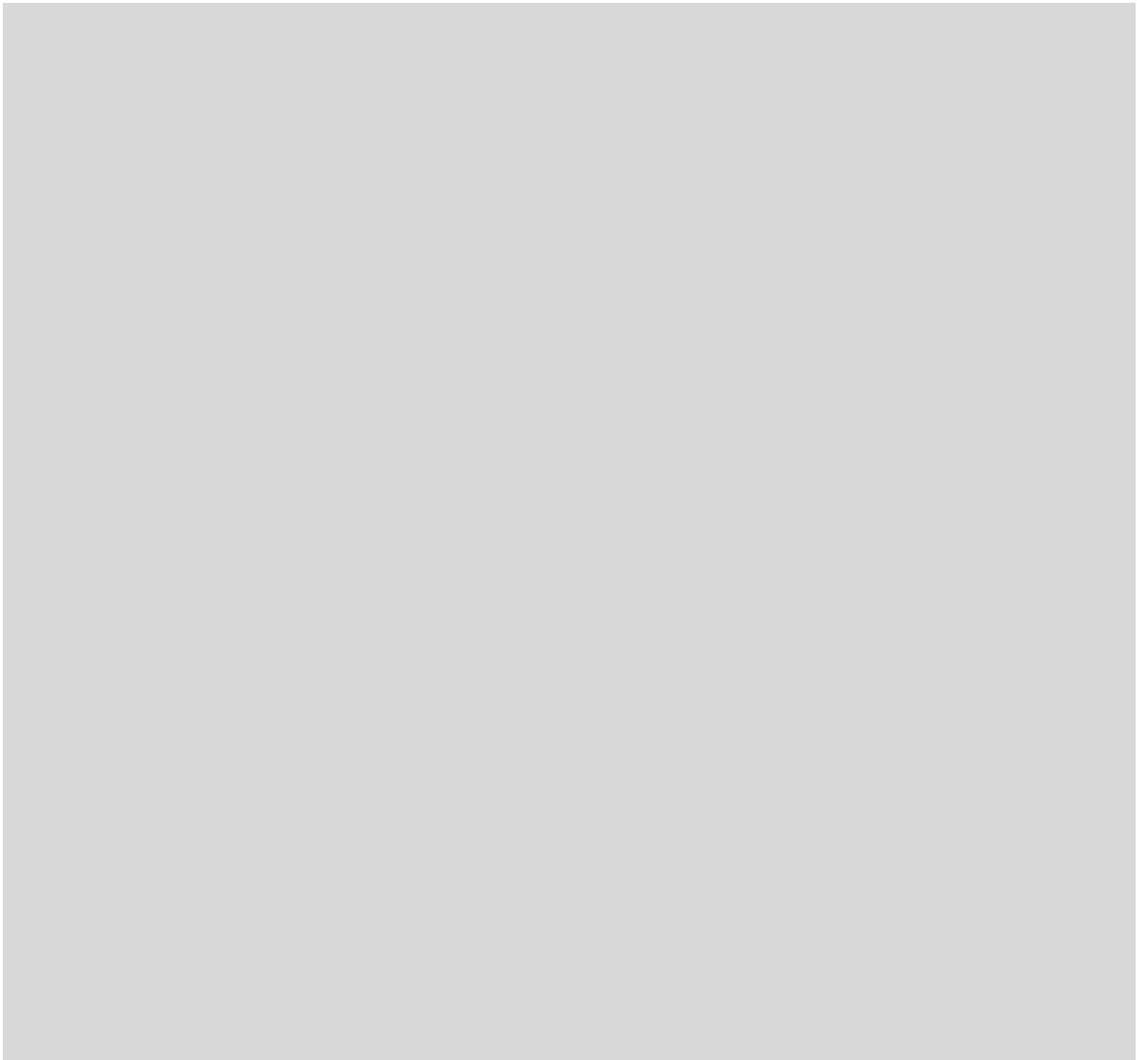
Finalizada la reflexión teórica, en una segunda parte, plantearemos un diseño experimental dirigido a aportar evidencia sobre la continuidad entre la personalidad normal y la personalidad patológica a través de los instrumentos dimensionales, NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992) y DAPP-BQ (Livesley et al., 1998). A

continuación, y partiendo de la premisa de que los modelos dimensionales deberían mostrar buenas cualidades intrínsecas y buena capacidad explicativa y comprensiva de los trastornos de personalidad, valoraremos las correspondencias entre estos dos instrumentos y el sistema categorial DSM-IV-TR (APA, 2000). Finalmente, mediante métodos de análisis confirmatorios exploraremos si las estructuras del NEO-PI-R y el DAPP-BQ, aun procediendo de planteamientos teóricos claramente diferenciados, corresponden a un mismo constructo de personalidad subyacente. Esperando, en último término, que los resultados que se deriven de nuestro estudio sirvan para esclarecer mínimamente el controvertido campo de estudio de la personalidad patológica, además de para plantear nuevos retos a la investigación futura y contribuir a proponer mejoras en los instrumentos que faciliten la evaluación de la personalidad en el contexto clínico.



# **1.**

## **EL ESTUDIO CIENTÍFICO DE LA PERSONALIDAD PATOLÓGICA**





## **1. EL ESTUDIO CIENTÍFICO DE LA PERSONALIDAD PATOLÓGICA**

La introducción en el DSM-III (APA, 1980) de los trastornos de personalidad (TP) en un eje diferenciado del resto de trastornos mentales incorporó un nuevo debate al controvertido estudio científico de la personalidad patológica. Así, su publicación disparó las dudas respecto al propio constructo de “trastorno de personalidad”, a la nosología psiquiátrica y el modelo categorial en el que se basa, al procedimiento diagnóstico politético que se propone para su identificación, al contenido y la arbitrariedad de los propios criterios que se utilizan para describirlos, así como a la propia inclusión en otro eje y, por ende, a su diferenciación del resto de trastornos mentales. Sin embargo, dicha distinción no solo ha conllevado problemas sino que también ha promovido el inicio de numerosas investigaciones y el avance en torno al conocimiento científico que se tiene de la personalidad patológica y de las propuestas dimensionales que se plantean como alternativa a las iniciales propuestas categoriales de los TP.

Las propuestas categoriales en personalidad patológica, avaladas por la Organización Mundial de la Salud con la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1993) y por la APA con el DSM-IV-TR (APA, 2000), se basan en el modelo médico tradicional y consideran a los TP como entidades clínicas basadas en alteraciones patológicas específicas delimitadas entre sí. Un planteamiento que se encuentra claramente más próximo a la idea de *síntoma* que a la idea de *rasgo* y que pone de manifiesto la escasa consideración que los sistemas actuales de clasificación han tenido por las teorías clásicas del estudio de la personalidad “normal” y sus planteamientos dimensionales. Además, el atractivo inicial de las propuestas categoriales y el peso que éstas adquirieron entre clínicos e investigadores se ha visto ensombrecido por las numerosas limitaciones que presentan en la comprensión y explicación de los TP. Todas estas cuestiones han generado el desarrollo durante las últimas décadas de abundante literatura a favor de introducir en el ámbito de la personalidad patológica nuevas propuestas más acordes con los modelos dimensionales procedentes del estudio de la personalidad normal (Kupfer, First, & Regier, 2002).

Sin entrar en disquisiciones sobre los modelos dimensionales propuestos para explicar la personalidad normal, vemos que el acercamiento de mayor consenso y que acumula mayor evidencia empírica es el que se ha centrado en la búsqueda, la descripción, el análisis y la medida de los elementos básicos que configuran la personalidad, los denominados *rasgos*, que han sido conceptuados en términos de *dimensiones* de personalidad. Según este planteamiento los *rasgos* se encuentran presentes en mayor o menor grado en todas las personas, representan patrones amplios de tendencias en cuanto a la forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo y, además, se ponen de manifiesto en una amplia gama de

contextos sociales y personales y por tanto confieren consistencia y estabilidad a nuestras acciones. Como veremos más adelante, también los diferentes modelos dimensionales planteados en personalidad patológica parten de una idea central de *rasgo*, según la cual los diagnósticos de TP no deben ser considerados como entidades discretas sino como meras variaciones cuantitativas de los rasgos que configuran la personalidad humana y, por lo tanto, no tiene sentido seguir utilizando categorías dicotómicas ni puntos de corte arbitrarios para identificarlos.

Sin embargo, las numerosas propuestas dimensionales surgidas para reconsiderar la personalidad patológica, sus diferentes procedencias (unas desde el ámbito de la personalidad normal, otras desde el ámbito de la personalidad patológica), las diferentes estructuras que plantean, las diversas formas de denominar y clasificar que utilizan e, incluso, la disparidad de métodos de evaluación que proponen (Widiger & Simonsen, 2005a), hace que nos encontremos ante un panorama que aun cuando conllevará importantes cambios y mejoras en el conocimiento y explicación de los TP mantiene muchas cuestiones pendientes de esclarecer.

Por lo que se refiere al número y contenido de las dimensiones que conforman la personalidad humana la investigación derivada de la comparación de los principales planteamientos jerárquicos en el ámbito de la personalidad, a pesar de que éstos proceden de postulados teóricos diferentes y proponen estructuras distintas, permite llegar a propuestas bastante similares en cuanto al número de factores o dimensiones básicas identificadas (Widiger & Simonsen, 2005a). Como puede observarse en el cuadro 1, los resultados de la investigación encuentran un factor que agruparía las dimensiones relativas a la *extraversión versus introversión*, otro que incluiría las dimensiones de *antagonismo versus afabilidad*,

*amabilidad o complacencia*, un tercer factor que agruparía las dimensiones de *constricción o control versus impulsividad* y, finalmente, un factor que acogería las dimensiones de *estabilidad emocional versus desregulación emocional o neuroticismo*.

Cuadro 1. Alineación de modelos de personalidad dimensionales: nivel de dimensiones (modificado de Widiger y Simonsen, 2005a).

MODELOS	DIMENSIONES BÁSICAS				
	I	II	III	IV	V
<b>Livesley, DAP-BQ</b>	(-) Inhibición	Conducta Disocial	Compulsividad	Desregulación emocional	
<b>Costa y McCrae, NEO-PI-R</b>	Extraversión	(-) Amabilidad	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura
<b>Clark, SNAP y MPQ</b>	Afecto positivo	<i>(Afecto negativo)</i>	Restricción	Afecto negativo	
<b>Harkness y McNulty, PSY-5</b>	Emocionalidad positiva	<i>Agresividad</i>	Restricción	Emocionalidad negativa	<i>Psicoticismo</i>
<b>Millon, MCMI-III</b>	(-) Repliegue	Agresividad	Restricción	Neuroticismo	
<b>Eysenck, EPQ-EPP</b>	Extraversión	Psicoticismo		Neuroticismo	
<b>Zukerman, ZKPQ</b>	Sociabilización Actividad	<i>Agresión-Hostilidad</i>	(-) Búsqueda impulsiva de sensaciones	Neuroticismo	
<b>Tyrer, PAS</b>	(-) Repliegue	Antisocial (-) Dependiente		Inhibido	
<b>Siever y Davis</b>	<i>((-) Inhibición)</i>	<i>Agresividad/ Impulsividad</i>		<i>Inestabilidad afectiva</i> <i>Ansiedad/ inhibición</i>	<i>Cognitivo-perceptivo</i>
<b>Cloninger, TCI</b>		(-) Cooperación	<i>Persistencia</i> (-) Búsqueda de novedad	<i>Evitación del daño</i>	<i>Autotranscendencia</i>
	Dependencia de la recompensa		Autodirección		
	Busqueda de novedad				

Nota: Las escalas situadas entre las dimensiones podrían explicarse por las columnas adyacentes. En cursiva las escalas más limitadas en ese ámbito. Entre paréntesis las escalas que han demostrado estar más fuertemente relacionadas con otra dimensión. DAPP-BQ: Dimensional Assessment of Personality Psychopathology-Basic Questionnaire; NEO-PI-R: Neuroticism-Extraversion-Openness (NEO) Personality Inventory-Revised; SNAP: Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality; MPQ: Multidimensional Personality Questionnaire; PSY-5: Personality Psychopathology-Five; IPC: Interpersonal Circumplex Model; MCMI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory-Third Edition; EPQ: Eysenck Personality Questionnaire; EPP: Eysenck Personality Profiler; ZKPQ: Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire; PAS: Personality Assessment Schedule; Siever y Davis: clinical spectra model; TCI: Temperament and Character Inventory.

Sobre los rasgos y facetas (de gran interés en el estudio de la personalidad patológica) que conformarían la estructura de estas dimensiones de personalidad no existen datos concluyentes, ya que todavía nos encontramos en un estadio muy inicial de la investigación y los escasos datos que existen no permiten identificar cuántos y cuáles entre la enorme variedad de rasgos o facetas disponibles serían los que representarían dichas dimensiones (Samuel, Simms, Clark, Livesley, & Widiger, 2010).

Otra de las cuestiones que tiene planteada la investigación es la relativa a si esta estructura general de personalidad difiere entre poblaciones normales y clínicas. En este sentido, la evidencia empírica disponible no justifica que sigan manteniéndose planteamientos que propongan a la estructura de personalidad patológica como específica y diferenciada de la personalidad normal (Clark, 2007; Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993; Kendler et al., 2006; Livesley, 1998, 2001; Samuel et al., 2010; Markon, Krueger, & Watson, 2005; O'Connor, 2002, 2005; Pukrop et al., 2009; Samuel & Widiger, 2008a; Saulsman & Page, 2004; Trull, 2000, 2005; Watson, Clark, & Harkness, 1994; Widiger & Costa, 1994, 2002). Es más, podríamos decir que los resultados de los estudios realizados aportan evidencia a favor de que ambos tipos de poblaciones comparten una misma estructura de personalidad, dentro de la cual los TP se “situarían” en los extremos, es decir, representarían variantes desadaptativas de los mismos rasgos que constituyen la personalidad normal. Por lo tanto, ante este tipo de resultados cada vez es más unánime el posicionamiento científico a favor de una única estructura en personalidad, la cual agruparía los rasgos específicos hallados en personalidad normal y personalidad patológica y cuyas diferencias serían más bien de tipo cuantitativo que cualitativo (Gutiérrez-Zotes et al., 2008; Kass, Skodol, Charles,

Spitzer, & Williams, 1985; Livesley, Jackson, & Schroeder, 1992; Nestadt et al., 1990; Pukrop et al., 2009, Simonsen & Simonsen, 2009; Zimmerman & Coryell, 1990).

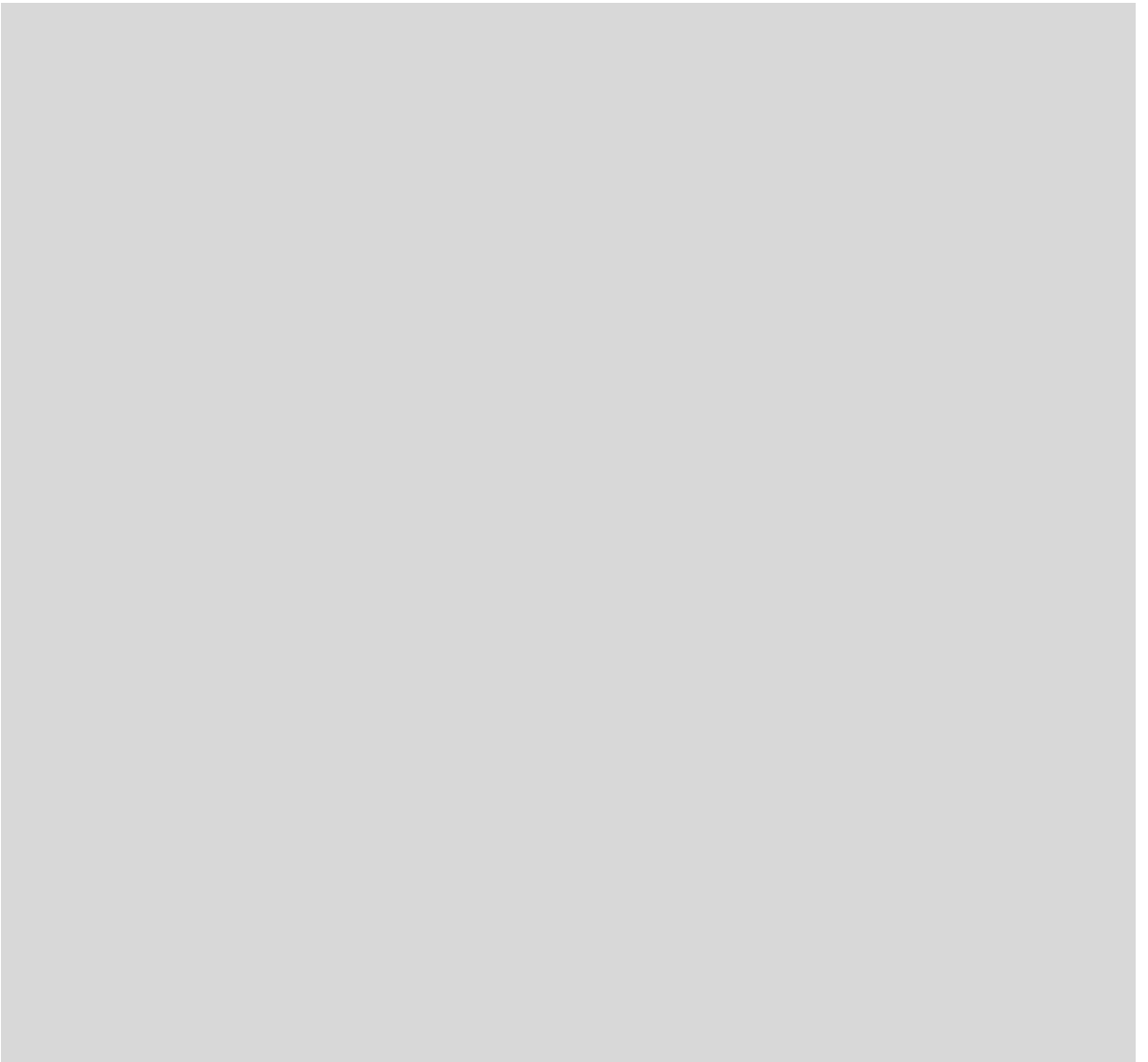
Todos estos resultados de investigación ponen de manifiesto la necesidad de replantearse el seguir utilizando modelos categoriales para explicar y clasificar los TP y comenzar a utilizar modelos dimensionales en el estudio de la psicopatología de la personalidad (Cloninger et al., 1993; Livesley, 1998; Trull, 2000; Watson et al., 1994; Widiger & Costa, 1994), un cuestionamiento que incluso se ha visto reflejado en los propios manuales diagnósticos. Así, lo que inicialmente fueron tímidas propuestas acerca de la utilidad de los modelos dimensionales frente a los planteamientos categoriales de los TP, en las últimas versiones del DSM (APA, 1994, 2000) ya se han consolidado como propuestas necesarias de cambio para el futuro DSM-5 (Kupfer et al., 2002).

Con la realización de este trabajo pretendemos aportar evidencia en torno a algunas de las cuestiones planteadas sobre los modelos e instrumentos dimensionales en la evaluación de la personalidad patológica, para ello, a continuación revisaremos algunas de las cuestiones que han motivado la propuesta de sustituir las actuales propuestas categoriales por planteamientos dimensionales y centraremos las bases teóricas de lo que pretendemos sea una aportación empírica que consolide a las propuestas dimensionales en el controvertido campo de estudio de la personalidad patológica.



# **2.**

## **CONSIDERACIONES PREVIAS A LAS PROPUESTAS DIMENSIONALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**





## **2. CONSIDERACIONES PREVIAS A LAS PROPUESTAS DIMENSIONALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

### **2.1. Las propuestas categoriales**

Muchos son los antecedentes históricos que sustentan las propuestas categoriales y varias las razones que explican su éxito para diagnosticar los TP, pero, sin duda, el que hayan sido el enfoque adoptado por los sistemas de clasificación predominantes en el mundo occidental para referirse a los TP (el de la APA y el de la OMS) ha hecho que se conviertan en las propuestas de elección tanto en la investigación como en la práctica clínica. Sin embargo, aunque la APA a través del DSM-IV-TR (APA, 2000) y la OMS a través de la CIE-10 (OMS, 1993) coinciden en la utilización de modelos categoriales para conceptualizar y clasificar los TP entre sus manuales existen algunos matices diferenciadores que pasamos a comentar.

Como podemos observar en el cuadro 2, donde se recoge la definición general de TP y las estructuras de clasificación que proponen ambos sistemas, los dos manuales utilizan el término “trastorno de personalidad” para referirse básicamente a un modo de

ser y de comportarse inflexible y desadaptativo que se pone de manifiesto en diferentes áreas como la afectividad, el estilo de percepción y de pensamiento, las relaciones interpersonales o el control de los impulsos, de una manera generalizada, estable y duradera y que comporta un importante malestar y deterioro en diferentes áreas de la vida de la persona. También ambos sistemas se apoyan en la existencia de una serie de umbrales diagnósticos para poder determinar la existencia o ausencia de un TP, es decir, a partir una serie de reglas específicas y explícitas (p.ej. el cumplimiento de varios criterios) se puede determinar que TP estarían presentes en un paciente concreto, sin perder por otro lado de vista que estos umbrales diagnósticos fueron elaborados de forma arbitraria y están débilmente justificados (Clark, 1992; Tyrer & Johnson, 1996; Widiger & Corbitt, 1994).

Esta coincidencia en la definición de los TP, sin embargo, no se mantiene en sus propuestas de clasificación. Así, la APA (desde la tercera edición de su manual diagnóstico) describe los TP en un eje diferenciado del resto de trastornos mentales, mientras que la CIE-10 (OMS, 1993) no los diferencia del resto de trastornos clínicos y los categoriza dentro del apartado "*Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto*", una sección en la que incluye además los trastornos relacionados con los hábitos, el control de impulsos y la conducta sexual.

En cuanto al número de TP propuestos, el DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000) proponen diez trastornos específicos que se agrupan en tres clústeres: (a) *grupo A*, referido a los considerados "raros o excéntricos" y que incluye los trastornos *paranoide, esquizoide y esquizotípico*, (b) *grupo B*, que destaca por aspectos como el "dramatismo, la emotividad o la inestabilidad" y acoge a los trastornos *antisocial, límite, histriónico y narcisista*, y (c) *grupo C*, que se distingue por sus características de "ansiedad o

temerosidad” y recoge a los trastornos *por evitación, por dependencia* y el *obsesivo-compulsivo*. A estos diez TP el manual añade el TP *no especificado*, al igual que en el resto de categorías del DSM. La CIE-10 (OMS, 1993), sin embargo, describe cinco grupos principales de TP: (a) *trastornos específicos de la personalidad*, (b) *trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad*, (c) *transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral importante*, (d) *otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto* y (e) *trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación*, una clasificación aparentemente más extensa y comprensiva que la propuesta por la APA. Asimismo, otra diferencia a señalar entre ambos sistemas clasificatorios es la introducción, por primera vez en el texto revisado del DSM-IV, de las propuestas dimensionales como alternativa a la actual conceptualización de los TP, lo cual representa un verdadero *hito* en un sistema clasificatorio categorial por excelencia.

Pese a las diferencias mencionadas entre ambos sistemas de clasificación y dado que la definición global de estos trastornos es claramente equiparable en adelante trataremos las cuestiones relativas a las propuestas categoriales, sus ventajas y desventajas, atendiendo de forma general a ambos sistemas. Sin embargo, para cuestiones de conceptualización y categorización nos centraremos únicamente en la propuesta de la APA, ya que se trata del sistema de clasificación más utilizado en el campo de la investigación de los TP y además ha sido el utilizado en nuestro estudio para realizar el diagnóstico de la muestra clínica.

Cuadro 2. Criterios diagnósticos y clasificación de los distintos TP según la CIE-10 (OMS, 1993) y el DSM-IV-TR (2000).

	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	CLASIFICACIÓN
CIE-10	<p>Para los <b>trastornos específicos de la personalidad</b>, se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:</p> <p><b>A.</b> Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.</p> <p><b>B.</b> La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.</p> <p><b>C.</b> La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.</p> <p><b>D.</b> Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.</p> <p><b>E.</b> El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.</p> <p><b>F.</b> El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social. Para diagnosticar la mayoría de los tipos citados más abajo, se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.</p>	<p><b>Trastornos específicos de la personalidad.</b>  Trastorno paranoide de la personalidad.  Trastorno esquizoide de la personalidad.  Trastorno disocial de la personalidad.  Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.  Trastorno histriónico de la personalidad.  Trastorno anancástico de la personalidad.  Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.  Trastorno dependiente de la personalidad.  Otros trastornos específicos de la personalidad.  Trastorno de la personalidad sin especificación.</p> <p><b>Trastornos mixtos y otros TP</b>  <b>Trastormación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral importante</b>  <b>Otros TP y del comportamiento del adulto</b>  <b>T.P. y del comportamiento del adulto sin especificación</b></p>
DSM-IV-TR	<p><b>A.</b> Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes: <b>1.</b> cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos) <b>2.</b> afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional) <b>3.</b> actividad interpersonal <b>4.</b> control de los impulsos</p> <p><b>B.</b> Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p> <p><b>C.</b> Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p><b>D.</b> El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.</p> <p><b>E.</b> El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.</p> <p><b>F.</b> El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).</p>	<p><b>GRUPO A</b>  Trastorno paranoide de la personalidad.  Trastorno esquizoide de la personalidad.  Trastorno equizotípico de la personalidad</p> <p><b>GRUPO B</b>  Trastorno antisocial de la personalidad.  Trastorno límite de la personalidad.  Trastorno histriónico de la personalidad.  Trastorno narcisista de la personalidad</p> <p><b>GRUPO C</b>  Trastorno de la personalidad por evitación.  Trastorno de la personalidad por dependencia.  Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.</p> <p><b>Trastorno de la personalidad no especificado.</b></p>

## **2.2. Limitaciones de las propuestas categoriales**

Muchas han sido las críticas y limitaciones atribuídas a las propuestas categoriales de los TP que podemos encontrarnos si revisamos las publicaciones científicas de la última década en el campo de la personalidad patológica. Así, la gran insatisfacción con el modelo categorial utilizado por los sistemas de diagnóstico para definir y clasificar los trastornos de personalidad se pone de manifiesto ante calificativos como “arbitrarios”, “inadecuados”, “débilmente justificados”, “confusos”, “sin fundamento empírico” o “se solapan entre sí”, que suelen ser la tónica habitual al referirse a estas categorías diagnósticas y los criterios que las componen. Sin embargo, estas críticas y limitaciones a los modelos categoriales, y las respuestas que a ellas se han dado, también han significado un importante impulso en la investigación de los TP, tal y como queda perfectamente reflejado en las palabras de Livesley (2000): *“...nos pareció apropiado que los dos primeros volúmenes del Journal of Personality Disorders del nuevo milenio fueran una ocasión para revisar qué se ha hecho sobre los trastornos de personalidad durante el último siglo y, también, y más importante, considerar las directrices que este campo tomará en el futuro inmediato”*.

A continuación, revisaremos algunas de estas limitaciones planteadas centrándonos fundamentalmente en aquellas que están más directamente relacionadas con nuestra investigación.

### **2.2.1. Continuidad entre la normalidad y la patología**

La cuestión de si los TP son realmente condiciones clínicas discretas o, por el contrario, constituyen distinciones arbitrarias sobre dimensiones subyacentes del funcionamiento general de la personalidad,

es decir, variaciones de rasgos de la personalidad considerados “normales” que seguirían una distribución normal, ha sido una cuestión sometida a debate desde muy antiguo en los TP, si bien es cierto que también se extiende a otras áreas de la psicopatología en general (Schneider, 1923; Kendell, 1975). En la actualidad contamos con numerosas evidencias empíricas que apoyan la idea de que los rasgos de personalidad desadaptativos incluidos en los criterios diagnósticos de los TP del DSM-IV-TR, tanto lo que respecta a su estructura como a su heredabilidad, se encuentran presentes en la población general (Kass et al., 1985; Livesley et al., 1992; Nestadt, et al., 1990; Tyrer & Alexander, 1979; Widiger & Costa, 1994; Zimmerman & Coryell, 1990), dato que da soporte a la idea de que la sintomatología propia de las alteraciones de la personalidad se encuentra imbrincada en los rasgos de personalidad normal y, por lo tanto, podría considerarse dentro de las variantes desadaptativas de los rasgos de la personalidad. Así, la sintomatología que caracteriza al trastorno límite de la personalidad podría entenderse como formas extremas de rasgos como *enfado-hostilidad, vulnerabilidad, ansiedad, depresión e impulsividad*, los cuales forman parte de las dimensiones *Neuroticismo, Afectividad negativa* o *Inestabilidad emocional* que están presentes en la población general (Clarkin, Hull, Cantor, & Sanderson, 1993; Morey & Zanarini, 2000; Trull, 1992; Wilberg, Urnes, Friis, Pedersen, & Karterud, 1999). Los síntomas del TP antisocial también podrían explicarse como variantes extremas de rasgos relativos a la poca conciencia (temeridad, negligencia, hedonismo, inmoralidad, informalidad o irresponsabilidad) y a un elevado antagonismo (manipulación, engaño, explotación, agresividad, insensibilidad o crueldad), los cuales también se encuentran entre la población general (Miller, Lynam, Widiger, & Leukefeld, 2001; Trull, 1992).

También estudios de genética de la conducta que comparan la estructura fenotípica y genética de numerosos rasgos de los TP aportan



evidencias a favor de la noción de continuidad entre normalidad y patología, incluso llegan a perfilar modelos de cuatro (Jang & Livesley, 1999; Livesley et al., 1998) y cinco factores (Jang, Livesley, Angleitner, Riemann, & Vernon, 2002; Yamagata et al., 2006) como los más representativos para explicar un genotipo común a la personalidad normal y la patológica.

Sin embargo, los resultados derivados de los estudios sobre la continuidad entre lo “normal” y lo “patológico” en personalidad se tienen que ver todavía con cierta cautela. Los estudios realizados hasta la actualidad han utilizado muestras extremas, es decir, muestras pertenecientes a la población general (entendiendo ésta como no poseedora de patología de la personalidad en ningún grado) y muestras pertenecientes a poblaciones clínicas diagnosticadas de TP (Gutiérrez-Zotes et al., 2008; Kass et al., 1985; Livesley et al., 1992; Nestadt et al., 1990; Simonsen & Simonsen, 2009; Zimmerman & Coryell, 1990). Este tipo de diseño, aún siendo necesario en un estadio inicial del desarrollo científico, desde nuestro punto de vista, presenta limitaciones si lo que se pretende es valorar el constructo de “continuidad” en personalidad, el cual por definición debería implicar necesariamente la observación de población con diferentes grados de patología y no solamente los extremos.

### **2.2.2. Comorbilidad entre los trastornos mentales**

Si tenemos en cuenta los numerosos estudios que informan de elevadas tasas de comorbilidad (o co-ocurrencia) entre trastornos mentales en general y, en particular, entre el Eje I y el Eje II o incluso entre los propios TP (Grilo, McGlashan, & Skodol, 2000; Hawton, Houston, Haw, Townsend, & Harriss, 2003; McGlashan et al., 2000; Oldham et al., 1992, 1995; Shea et al., 2004; Widiger & Trull, 1998), la comorbilidad se

convierte en otra de las cuestiones controvertidas de los modelos categoriales, cuestión que no resulta demasiado extraña si tenemos en cuenta que la artificialidad de la separación de los trastornos mentales en dos ejes ésta basada en el consenso de expertos y no en la evidencia empírica (Ruocco, 2005). Resultados recientes en esta línea de la comorbilidad revelan como un 51.2% de pacientes diagnosticados con un TP cumple criterios diagnósticos para al menos un trastorno del eje I (el 74% de las personas con TP del clúster B, el 64.3% de las personas con TP del clúster C y el 44.1% del clúster A) (Huang et al., 2009). Estudios como el de Grant y colaboradores (2004) también informan que el diagnóstico de trastorno por abuso de alcohol y los TP presentan una co-ocurrencia mayor a la esperada por azar, que los TP por evitación y por dependencia son los que más se relacionan con los trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, o que los trastornos paranoide y esquizoide co-ocurren principalmente con la distimia, la manía, el trastorno de pánico con agorafobia, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada, mientras que los TP antisocial o histriónico se relacionan más con trastornos como la manía y el trastorno de pánico con agorafobia. El estudio de Krueger (2005) también encuentra una elevada co-ocurrencia entre el trastorno esquizotípico y la esquizofrenia o la fobia social y el TP por evitación, los cuales comparten tanto síntomas como tratamiento, representando probablemente un mismo constructo de base aunque en diferente grado de cronicidad y gravedad. Con el mismo objetivo de estudiar esta comorbilidad entre trastornos existen estudios que, a través del análisis factorial, ya han identificado factores subyacentes que permitirían explicar la gran comunalidad encontrada entre los trastornos de ambos ejes (Durrett y Westen, 2005; Markon & Krueger, 2006; Markon, 2010).

Más allá de conocer las tasas de comorbilidad, estos resultados también nos sirven para evidenciar observaciones cotidianas de la práctica

clínica y confirmar así la escasa validez de la estructura propuesta por el DSM al separar los TP y los cuadros clínicos en dos ejes diferenciados. Para esclarecer esta cuestión cabría preguntarse si los TP son únicamente un tipo de trastornos mentales o también actúan como factores de vulnerabilidad, incluso, si constituyen factores causales primarios de distintas formas de psicopatología. De cualquier manera, a tenor de los resultados anteriormente expuestos vemos que la gran semejanza encontrada entre los TP y los síndromes clínicos permite concluir que la “personalidad” de una persona se relaciona y conecta íntimamente con ambos ejes (Livesley, 2003; Widiger, 2003) ya que, de lo contrario, cabría plantearse *la paradoja* de si el paciente poseería sólo una personalidad o más de una (Lilienfeld, Waldman, & Israel, 1994; Widiger, 1993).

Esta comorbilidad encontrada en la investigación entre trastornos clínicos y TP también la encontramos entre los propios TP. Así, el grupo de Oldham y colaboradores (1992), los cuales se plantearon valorar la capacidad diagnóstica de dos entrevistas semiestructuradas para la evaluación de los TP (DSM-III-R) en una muestra de cien pacientes con TP graves, encontraron que el 85% de la muestra cumplía criterios para más de un diagnóstico de TP, llegándose a diagnosticar un total de 249 y 290 TP con cada una de las entrevistas. Unos resultados muy llamativos que posteriormente han sido confirmados por otros autores como Widiger y Trull (1998), también con criterios DSM-III-R, o McGlashan y colaboradores (2000), con criterios DSM-IV. Inherente a estos resultados subyace la cuestión acerca de la validez que se deriva de un sistema categorial que permite tanto solapamiento de criterios.

Para finalizar, parafraseando a Hyman (2011), *“la elevada comorbilidad encontrada entre trastornos debería ser una razón convincente y más que suficiente para buscar factores de riesgo comunes subyacentes a los trastornos mentales sin establecer diferencias entre ejes”*. Sumándonos a

esta reflexión y con el objetivo de identificar los factores subyacentes que permitan demostrar la continuidad entre los trastornos clínicos y los TP, así como de éstos con la estructura general de la personalidad (Clark, 2005; Krueger, 2005; Krueger & Tackett, 2003), hemos planteado el estudio experimental objeto del presente trabajo.

### **2.2.3. Utilidad clínica de los modelos categoriales**

Otra de las cuestiones sometidas a debate en torno a las propuestas categoriales para el diagnóstico de los TP es su utilidad clínica. Ante las numerosas quejas y cuestionamientos de los profesionales de la salud mental autores como Berstein, Iscan y Maser (2007) plantearon una encuesta a los miembros de la *International Society for the Study of Personality Disorders* y observaron que el 80% de los clínicos y expertos opinaban que los TP serían mejor comprendidos desde planteamientos dimensionales. A propósito de este dato hemos revisado los argumentos aportados desde el ámbito clínico para poner en entredicho el diagnóstico categorial. Así, nos encontramos con: (a) *la falta de utilidad clínica*, ya que la presión asistencial y escasez de tiempo en la práctica clínica diaria imposibilita aplicar los 79 criterios que comprende el DSM-IV-TR, lo que en la mayoría de las ocasiones conduce al clínico a emparejar sus percepciones con determinados prototipos; (b) *la limitada información* que ofrece la etiqueta diagnóstica si tenemos en cuenta que, aun cuando una de las ventajas que se le atribuyen a los sistemas categoriales es facilitar la comunicación entre profesionales, en el caso de los TP los clínicos suelen preferir una información más detallada que les permita definir al paciente mediante un conjunto de rasgos más completos que la mera etiqueta diagnóstica (Westen, 1997); (c) *la baja fiabilidad entre evaluadores*, derivada, entre otras cosas, de la falta de entrenamiento entre los clínicos

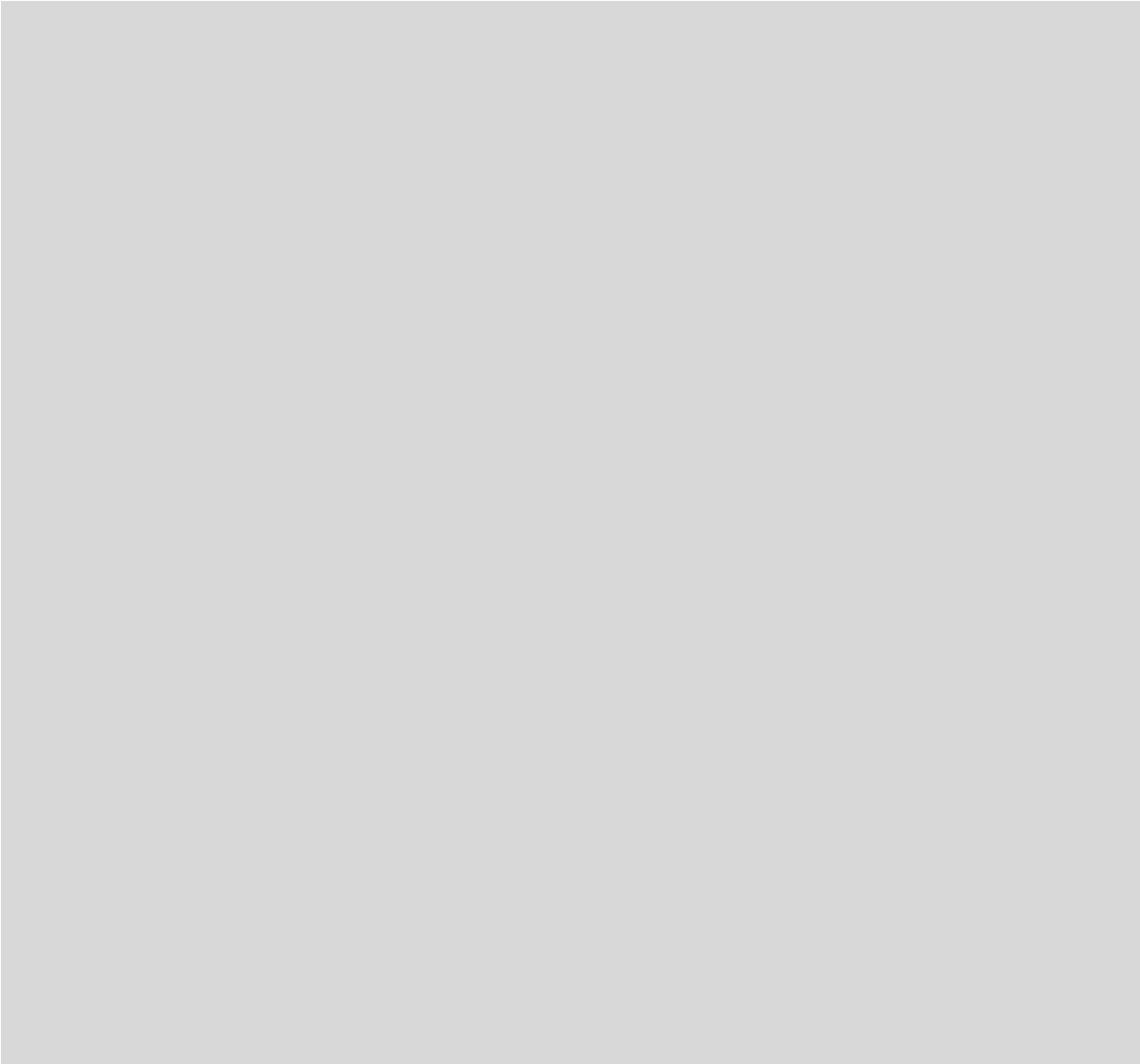
para utilizar entrevistas semiestructuradas en el diagnóstico de los TP y, cuando se tiene el entrenamiento, la dificultad para aplicar tales evaluaciones en la práctica diaria (Westen, 1997; Heumann, 1990; Sprock, 2003); (d) el *limitado alcance diagnóstico*, debido a la presencia de categorías diagnósticas de TP demasiado heterogéneas o la cobertura inadecuada de los propios diagnósticos politéticos; (e) *la toma de decisiones terapéuticas*, puesto que en psicopatología un diagnóstico determinado no comporta una única decisión clínica en cuanto al tratamiento y aunque los apologistas de los sistemas categoriales defiendan que el DSM facilita el diagnóstico y el tratamiento no existen evidencias que sostengan tal afirmación (Livesley, 2001). Estos argumentos nos permiten recoger lo que, magistralmente, ya planteara Clark en 1993: *“si bien es indiscutible que algunas decisiones clínicas son categoriales (por ejemplo, hospitalizar y medicar), tales dicotomías en el tratamiento de trastornos de la personalidad deberían ser la excepción y no la regla. Las decisiones clínicas más frecuentes y relevantes implican el nivel de intervención terapéutica, puesta de límites, estimular o inhibir la independencia, confrontar o sostener, etc. Para esas decisiones, las etiquetas diagnósticas actuales son menos útiles que descripciones más ricas de la personalidad”*.

Las cuestiones anteriormente expuestas han motivado que desde la investigación y la práctica clínica surja la necesidad de explorar otras “nomenclaturas”, diferentes a las categoriales, que faciliten una mejor descripción y representación de los síntomas y condiciones que se derivan de la patología de la personalidad (Clark, Livesley y Morey, 1997; Lilienfeld et al., 1994; Schedler y Westen, 2004a; Westen, 1997; Widiger, 1993; Widiger y Mullins-Sweatt, 1995). Por lo tanto, aunque es innegable que las aportaciones categoriales han permitido avanzar enormemente en el estudio de los TP y que gracias a ellas se ha potenciado la investigación acerca de cuestiones como la etiopatogenia, la epidemiología, el

diagnóstico, la evolución, el curso o el tratamiento de los propios TP (y también del resto de trastornos clínicos) no podemos obviar la evidencias empíricas que ponen de manifiesto sus limitaciones (Clark, Watson, & Reynolds, 1995; Lilienfeld et al., 1994; Widiger & Clark, 2000). Así pues, ponderada la aportación de las propuestas categoriales en el estudio de los TP, a continuación examinaremos algunas cuestiones que justifican la transición hacia las propuestas dimensionales en el estudio de los TP y que enmarcaran a nivel teórico nuestra investigación.

# **3.**

## **TRANSICIÓN DE LAS PROPUESTAS CATEGORIALES A LAS PROPUESTAS DIMENSIONALES DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**







### **3. TRANSICIÓN DE LAS PROPUESTAS CATEGORIALES A LAS PROPUESTAS DIMENSIONALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

La idea de dimensionalidad y continuidad entre la personalidad normal y la personalidad patológica no resulta novedosa en el estudio de los TP si tenemos en cuenta que Kurt Schneider (1887-1967) ya se refería a la personalidad anormal, para él *personalidad psicopática*, como una desviación de la media, es decir, como una variación respecto a la personalidad normal. Sin embargo, no ha sido hasta las últimas décadas cuando, forzados por las evidencias empíricas, los investigadores se han propuesto seriamente (re)considerar la idea de “dimensionalidad” y generar cambios fundamentales en el modelo teórico sobre el que están basados los TP.

Como ya se ha ido mencionando, los enfoques dimensionales proponen que los patrones conductuales desadaptativos recogidos en las actuales categorías diagnósticas podrían entenderse mejor como variantes extremas o desadaptativas de los rasgos generales de la personalidad que como categorías independientes y de naturaleza diferente entre sí (Cloninger et al., 1993; Livesley, 1998; Markon et al., 2005; Trull & Durrett,

2005; Watson et al., 1994; Widiger & Costa, 1994; Widiger & Mullins-Sweatt, 2009). Es más, los resultados empíricos muestran como los síntomas de cada TP se dan generalmente en una distribución normal, sin puntos claros que separen entre sí a la población general de la población clínica, planteando así la necesidad del “continuo” más que de la “cualidad” a la hora de identificar el umbral que separa los trastornos de Eje I y II y a éstos de la “normalidad”. Por lo tanto, si el sistema categorial y los actuales umbrales diagnósticos que definen los TP se demuestran arbitrarios será necesario considerar un nuevo sistema que identifique dichos síntomas atendiendo un continuo dimensional.

En las últimas décadas se han desarrollado múltiples propuestas dirigidas a superar las limitaciones del sistema diagnóstico categorial y así mejorar la comprensión, clasificación y evaluación de la patología de la personalidad con planteamientos que permitan integrar el conocimiento existente sobre la personalidad patológica y la estructura normal de la personalidad (Benjamin, 1993; Clark, 1992; Cloninger 2000; Costa & McCrae, 1992; Livesley, 2003; Millon, 1996; Oldham et al., 1992; Pincus & Wiggins, 1990; Schedler y Westen, 2004b; Siever & Davis, 1991; Simms & Clark, 2006; Stone, 1993; Trull, 1992; Widiger, 1993). De las numerosas propuestas desarrolladas, el grupo de expertos que colabora en el desarrollo del DSM-5 ha identificado dieciocho como posibles opciones para sustituir, o al menos complementar, al actual modelo categorial (Widiger y Simonsen, 2005a). El cuadro 3 recoge estas dieciocho propuestas y sus respectivos instrumentos de evaluación agrupadas en función del tipo de estrategia que persiguen. La estrategia A recoge las propuestas que sugieren realizar *representaciones dimensionales de los constructos diagnósticos existentes*, algo que facilitaría la transición de las categorías diagnósticas hacia la dimensionalidad pero que no superaría las limitaciones derivadas del actual sistema categorial.

Cuadro 3. Propuestas dimensionales para los TP del DSM-IV (Widiger y Simonsen, 2005a).

Autores	Instrumentos	Abreviatura
<b>A) Representaciones dimensionales de los constructos diagnósticos existentes</b>		
Oldham & Skodol (2000)	Cualquier instrumento existente para TP	
Tyrer & Johnson (1996)	Listado de evaluación de personalidad	PAS
Westen & Schedler (2000)	Procedimiento de evaluación de Schedler y Westen	SWAP200
<b>B) Reorganización dimensional de los criterios diagnósticos</b>		
APA (2000)	Cualquier instrumento para los cluster existentes	
Livesley (2003)	Cuestionario básico de evaluación de patología de la personalidad	DAPP-BQ
Simms & Clark (2006)	Listado para personalidad adaptativa y no adaptativa	SNAP
Harkness & McNulty (1994)	Personalidad y Psicopatología V	PSY-5
Schedler & Westen (2004b)	Procedimiento de evaluación de Schedler y Westen	SWAP200
<b>C) Integración de los Ejes I y II a partir del espectro clínico común de disfunción</b>		
Siever & Davis (1991)	Ninguno	
Krueger (2002)	Ninguno	
<b>D) Integración de los Ejes I y II respecto a la estructura general de la personalidad</b>		
Wiggins (2003)	Cualquier medición del complejo interpersonal	IPC
Tyrer (2000)	Listado de evaluación sobre personalidad	PAS
Eysenck (1987)	Cuestionario de personalidad de Eysenck	EPQ-EPP
Eysenck, (1987)	Perfil de personalidad de Eysenck	EPP
Costa & McCrae (1992)	Inventario de personalidad revisado	NEO-PI-R
Zuckerman (2002)	Cuestionario de personalidad de Zuckerman	ZKPQ
Cloninger (2000)	Inventario de temperamento y carácter	TCI
Millon (1996)	3 <sup>er</sup> Inventario multiaxial clínico de Millon	MCMII-III
Millon (1996)	Índice de estilos de personalidad de Millon	MIPS
Tellegen & Waller (1987)	Cuestionario multidimensional de personalidad	MPQ

La estrategia B agrupa las propuestas que plantean una *reorganización dimensional de los criterios diagnósticos* actuales con el fin de obtener dimensiones empíricas más útiles para la práctica clínica (aunque incompleto, un ejemplo de esta estrategia serían los tres clústeres que utiliza el DSM-IV-TR para agrupar los TP). La estrategia C corresponde a las propuestas que *integran los Ejes I y II a partir del espectro clínico común de disfunción* que subyace a los actuales de TP y al resto de síndromes clínicos. Finalmente, la estrategia D va un poco más allá y agrupa todas aquellas propuestas que buscan la *integración de los Ejes I y II respecto a la*

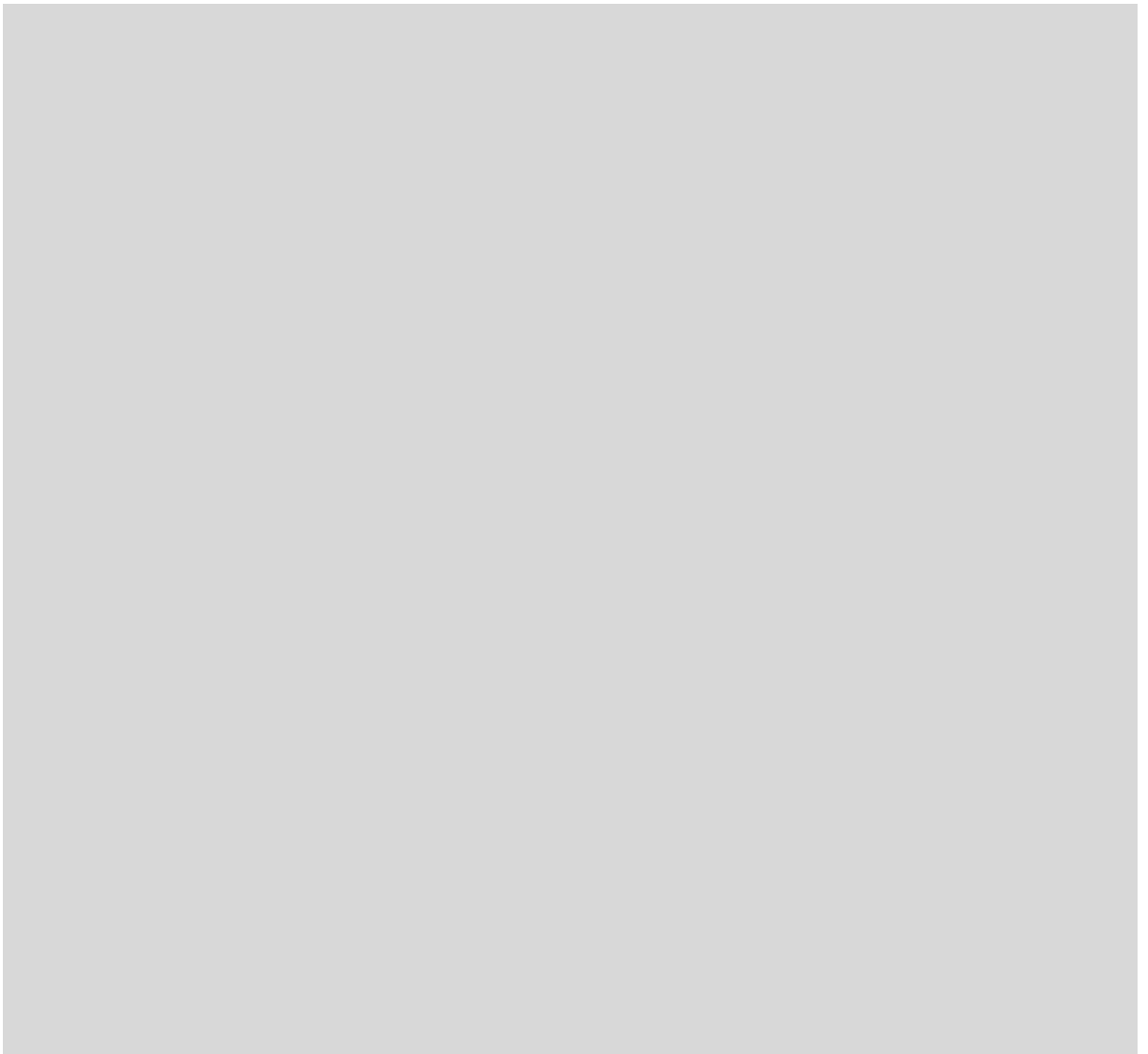
*estructura general de la personalidad*, aceptando la existencia de un continuo entre los TP y el funcionamiento normal de la personalidad.

A la vista de los resultados de investigación en torno a los modelos dimensionales, las muchas fortalezas que estos planteamientos inicialmente ofrecen comporta la necesidad de seguir explorándolos desde posiciones científicas, ya que simplemente adoptarlos sin analizar sus ventajas y limitaciones sería inexplicable. En esta línea nos encontramos algunos estudios bien formulados que se proponen evidenciar la existencia de limitaciones en los modelos dimensionales y valorar si éstas son realmente insalvables, de manera que sea posible disipar las dudas de clínicos e investigadores en torno a su utilidad para mejorar la explicación y comprensión de la personalidad disfuncional (Glover, Grego, & Widiger, 2011; Sprock, 2003; Widiger & Mullins-Sweatt, 2009).

Por nuestra parte, al igual que Trull y Durrett (2005), creemos que utilizar modelos dimensionales (acompañados de guías de uso) sería una alternativa muy valiosa para los clínicos, ya que identificar de forma global y comprensiva la psicopatología que presenta cada paciente permitirá a los terapeutas una comprensión más integral del mismo y, por lo tanto, redundará en una mejor planificación terapéutica, mucho más enriquecedora de lo que hasta ahora permiten las etiquetas diagnósticas concretas. Por este motivo, a continuación analizaremos con más detalle la propuesta dimensional propuesta por la APA, tanto por el peso que dicho sistema tiene en el ámbito de la investigación y de la práctica clínica como por el rigor con el que se ha conducido el grupo de trabajo propuesto para el estudio de las categorías de los TP de la futura quinta edición del DSM.

# **4.**

## **PROPUESTA DIMENSIONAL DE LA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA): DSM-5**





## **4. PROPUESTA DIMENSIONAL DE LA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA): DSM-5**

A las puertas de la publicación del DSM-5 nos ha parecido de interés revisar brevemente el proceso seguido por el grupo de trabajo encargado por la APA para la revisión de la investigación en el ámbito de la personalidad y sus trastornos, así como las propuestas de cambio más actuales que plantean para la (re)categorización y diagnóstico de los TP en dicha edición. En 1999 la APA, junto con el Instituto Nacional de Salud Mental, inicia una serie de conferencias internacionales dirigidas a señalar y planificar las prioridades de la investigación con perspectiva a las futuras ediciones de su manual diagnóstico (McQueen, 2000). Como señalan algunos de sus participantes, en dichas conferencias se puso de manifiesto la frustración existente con la actual nomenclatura de los diferentes trastornos mentales, y especialmente de los TP: *“...desde la introducción de los Criterios de Feighner por parte de Robins y Guze, que finalmente dieron lugar al DSM-III, el objetivo de validar esos síndromes y de descubrir etiologías comunes se ha mantenido inalcanzable (...) ningún marcador biológico ha demostrado ser específico para identificar alguno de los síndromes definidos en el DSM. Estudios epidemiológicos y clínicos han*

*mostrado tasas extremadamente altas de comorbilidad entre los trastornos (...) elevado grado de inestabilidad diagnóstica a corto plazo (...). Con respecto al tratamiento, la falta de especificidad del mismo supone la regla más que la excepción” (Kupfer et al., 2002, pp. xvii).*

Ante esta situación la APA se planteó la creación de una Agenda de Investigación para el desarrollo del próximo DSM-5 en la que destacó la necesidad de seguir aportando evidencia empírica y conceptual sobre los modelos dimensionales que se plantean como alternativos al actual sistema categorial (Kupfer et al., 2002; First et al., 2002). Resulta revelador como, además de la categoría de los TP, el grupo de trabajo sobre “Nomenclatura” para el DSM-5 también indicó la importancia de fundamentar buena parte de los trastornos del nuevo DSM en dimensiones más que en categorías, apoyándose en la idea de que *“si un sistema dimensional de la personalidad funciona bien y es aceptado por los clínicos, entonces podría ser apropiado explorar aproximaciones dimensionales en otros ámbitos”* (Kupfer et al., 2002, p. 13), aunque claramente recomendó que los primeros esfuerzos fueran dirigidos hacia los TP. Los resultados iniciales de los grupos de trabajo constituídos para la preparación de la quinta edición del DSM se plasmaron en un monográfico del *Journal of Personality Disorders* en el cual se incluye un capítulo dedicado exclusivamente al desarrollo de clasificaciones dimensionales para los TP (Widiger & Simonsen, 2005b).

Tras varios años de productividad científica en torno a las cuestiones que se plantearon en dicha agenda de investigación, y a la espera de su publicación en el año 2013, parece que la APA ha optado finalmente por introducir en la quinta edición de su manual diagnóstico las propuestas dimensionales en los TP a través de un modelo “híbrido”, es decir, un modelo que integraría las ventajas del modelo dimensional y del categorial y, a su vez, permitiría resolver las limitaciones derivadas de este último. Como puede observarse en el cuadro 4, el grupo de trabajo



encargado del DSM-5 propone el uso del planteamiento dimensional para el tercer y cuarto punto del proceso diagnóstico que deberá seguirse para la evaluación de los TP (DSM-5 Personality Disorders Workgroup, 2010), permitiendo así la evaluación de una serie de dimensiones y facetas que coinciden en gran parte con las planteadas por el NEO-PI-R, el DAPP-BQ, el ZKPQ (Zuckerman, 2002), el EPQ (Eysenck, 1987) y el factor cognitivo propuesto por Siever y Davis (1991).

Cuadro 4. Propuesta del proceso diagnóstico de TP en el DSM-5 (extraído de Esbec & Echeburúa, 2011).

1. *Identificación del nivel de gravedad en el funcionamiento interpersonal y personal (0: No afectación-4:Deterioro extremo)*
2. *Establecimiento de cinco categorías de TP (propuesta pendiente de valoración empírica)*
  - Esquizotípico
  - Antisocial/psicopático
  - Evitativo
  - Límite
  - Obsesivo-Compulsivo
3. *Valoración en función de seis dimensiones generales de personalidad y 37 facetas-rasgo más específicas*
  - Emocionalidad negativa: Labilidad emocional, Ansiedad, Sumisión, Inseguridad de separación, Pesimismo, Baja autoestima, Culpa/vergüenza, Autolesiones, Depresividad, Desconfianza
  - Introversión: Retraimiento social, Aislamiento social, Afectividad restringida, Anhedonia, Evitación de relaciones íntimas
  - Antagonismo: Insensibilidad, Manipulación, Narcisismo, Histrionismo, Hostilidad, Agresión, Negativismo, Engaño
  - Desinhibición: Impulsividad, Desatención, Imprudencia, Irresponsabilidad
  - Compulsividad: Perfeccionismo, Perseverancia, Rigidez, Orden, Aversión al riesgo
  - Esquizotipia: Percepciones inusuales, Creencias inusuales, Excentricidad, Desregulación cognitiva, Propensión a la disociación
4. *Valoración del TP según una escala dimensional de prototipicidad (1:Nulo-5:Muy bueno)*

Sin embargo, la decisión de incorporar esta propuesta en el próximo DSM-5 no exige a la comunidad científica de seguir aportando investigación y evidencia en torno a las propuestas dimensionales, las cuales, antes de tomar el relevo en la explicación de la patología de la personalidad, deberían asegurarse el apoyo empírico adecuado que les permita superar los “consensos” sobre los que se han construido las propuestas categoriales.

A pesar de que muchas de las cuestiones relativas a la superación de estos “consensos” ya se encuentran planteadas en la investigación actual de la personalidad patológica (Clark, 1993; Clarkin & Lenzenweger, 1996; Frances & Widiger, 1986; Livesley, 1998, 2001; Livesley et al., 1998; Millon & Davis, 1996; Strack & Lorr, 1994; Westen & Arkowitz-Westen, 1998; Westen & Schedler, 1999), si pretendemos reemplazar las categorías diagnósticas de TP y determinar si el enfoque dimensional es capaz, efectivamente, de resolver los numerosos problemas que el estudio científico de la personalidad tiene planteados con estos trastornos, la investigación futura deberá seguir trabajando para esclarecer muchos de los tópicos que quedan pendientes y que, a nuestro entender, se pueden agrupar en:

- a) Establecer una red nomológica o teórica de las relaciones asociadas con los TP que incorpore las actuales propuestas categoriales.
- b) Determinar si existe una estructura específica de personalidad patológica.
- c) Encontrar qué modelo dimensional representa de manera adecuada toda la psicopatología de los TP.
- d) Conseguir que ese modelo dimensional sea capaz de explicar los datos epidemiológicos, genéticos, neurobiológicos y conductuales de los que se dispone hasta la actualidad.
- e) Asegurar que ese modelo dimensional sea capaz de explicar la etiopatogenia de la personalidad disfuncional.

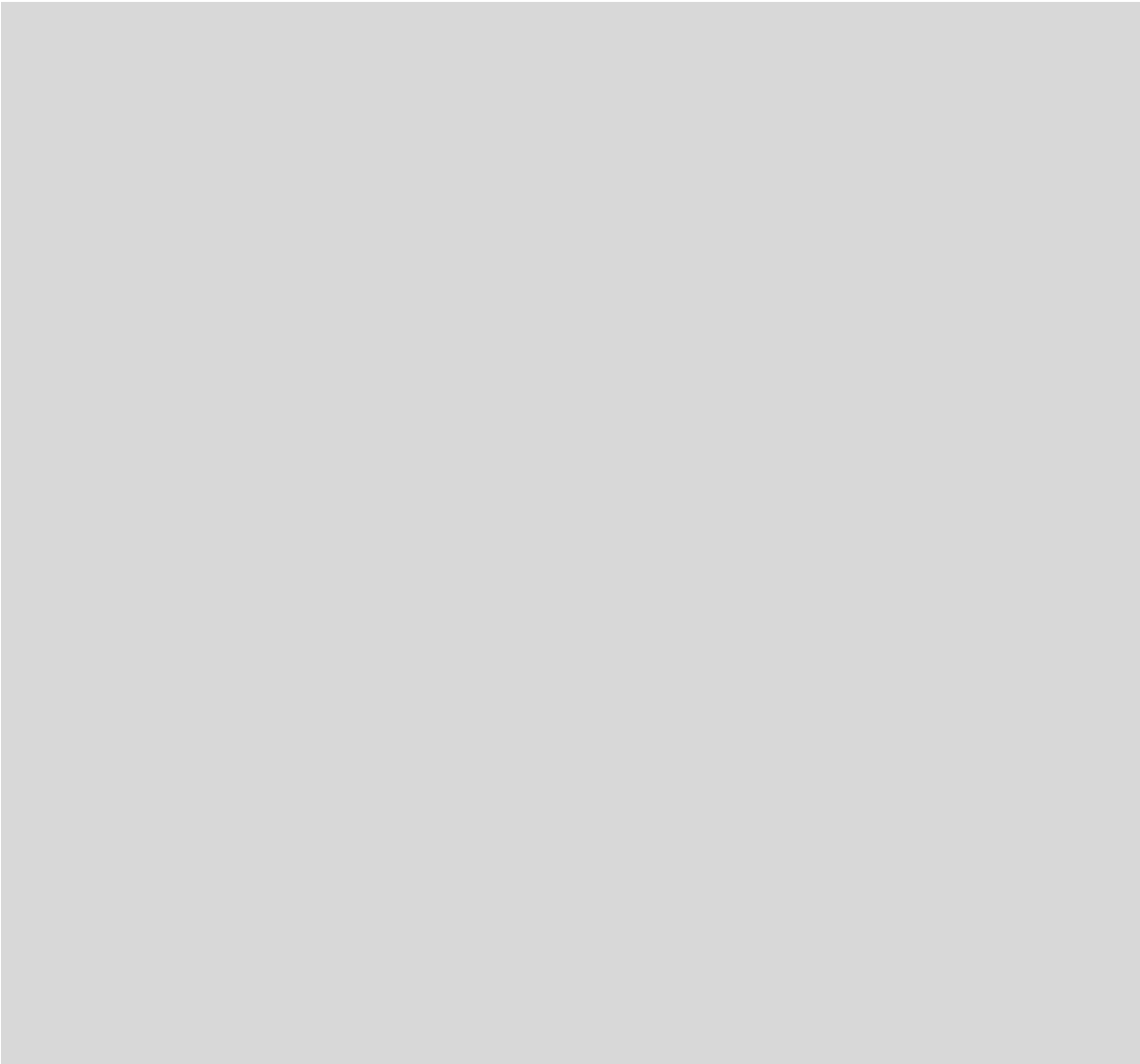
- f) Además, ese modelo dimensional debe atender a cuestiones evolutivas que determinen la existencia o no de endofenotipos.
- g) Confirmar que ese modelo dimensional permita generar diagnósticos clínicamente útiles.
- h) Determinar la pertinencia de establecer “puntos de corte” que delimiten lo normal de lo patológico.

Con el objetivo de contribuir al desarrollo científico en este ámbito de estudio el presente trabajo pretende aportar evidencia empírica acerca de algunas de estas cuestiones pendientes que tienen planteadas los modelos dimensionales. Concretamente, nos planteamos: (a) poner a prueba la existencia o no de una estructura de personalidad patológica, específica y diferente a la de la personalidad normal con diferentes muestras poblacionales; (b) revisar qué dimensiones o rasgos de los propuestos por dos de los principales modelos dimensionales en personalidad, NEO-PI-R y DAPP-BQ, permiten representar de forma más adecuada la psicopatología de los TP actuales y; (c) explorar qué tipo de modelo dimensional podría ser el más adecuado para representar los TP. A continuación dirigiremos pues nuestro foco atencional y reflexivo a la revisión de la literatura científica existente en torno a estas cuestiones.



# **5.**

## **HACIA LA INTEGRACIÓN DE LAS PROPUESTAS CATEGORIALES Y DIMENSIONALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**





## **5. HACIA LA INTEGRACIÓN DE LAS PROPUESTAS CATEGORIALES Y DIMENSIONALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Si los modelos dimensionales se presentan como alternativas posibles y útiles para sustituir a los actuales modelos categoriales de los TP, parece lógico pensar que las propuestas que de ellos se deriven deberían demostrar previamente su adecuación para tal propósito. Esta adecuación, desde nuestro punto de vista, no debe depender exclusivamente de sus cualidades intrínsecas, lo cual sin duda podrá ayudar a determinar si existen unas propuestas más válidas que otras, sino que se debe ir más allá y demostrar su capacidad explicativa y comprensiva de los TP. Así, a nuestro entender, no cabe pensar en introducir ningún modelo dimensional que pretenda explicar y medir la patología de la personalidad si éste no ha sido previamente capaz de identificar los TP que nos encontramos diariamente en la práctica clínica.

En esta línea de estudio, y sin obviar por ello el debate que los TP (como sucede con otras patologías recogidas por los sistemas categoriales) tiene abierto en torno a cuestiones como la estructura con la que el DSM los divide, la validez de los propios constructos que se utilizan para

describirlos, la arbitrariedad y poca justificación de sus criterios diagnósticos o su verdadera capacidad para recoger adecuadamente la patología de la personalidad, entre otros, (Andersen & Bienvenu; 2011; Clark, 1992; Huprich, Schmitt, Richard, Chelminski, & Zimmerman, 2010; Livesley, 2001; Tyrer & Johnson, 1996; Widiger, 2001; Widiger & Corbitt, 1994), a continuación intentaremos analizar cuáles serían las correspondencias entre los TP recogidos en el DSM-IV-TR y dos de los principales modelos dimensionales que se postulan como capaces de apresar la personalidad patológica: el modelo dimensional de Costa y McCrae, basado en la propuesta de los Cinco Factores (MCF) y su instrumento NEO-PI-R, y el modelo dimensional de Livesley con su instrumento de evaluación DAPP-BQ. La selección de estos modelos frente a otros que se proponen también como alternativos al sistema categorial se ha realizado atendiendo básicamente a cuatro criterios: (a) se trata de modelos e instrumentos que han constituido una línea de investigación previa en nuestro grupo de investigación, (b) cuentan con una gran aceptación por parte de la comunidad científica, (c) se utilizan con mucha frecuencia en el campo de la personalidad patológica y (d) ambos modelos disponen de un importante aval empírico que los sustenta.

Como ya vimos en el cuadro 2 y rescatamos en parte en el cuadro 5, el DSM-IV-TR identifica en su capítulo "*Trastornos de la personalidad*" 10 trastornos categoriales que se describen a partir de una serie de criterios que oscilan entre 7 y 9 según cada trastorno. Para poder consignar la ausencia o presencia de un diagnóstico de TP el sistema exige el cumplimiento de un número de criterios mínimos, normalmente entre 3 y 5 según trastorno, además de una serie de criterios generales en torno a su inflexibilidad, generalización y estabilidad, que generen malestar o deterioro clínicamente significativo en diferentes áreas de la vida de la



persona y que no puedan ser explicados por ninguna otra manifestación clínica o biológica.

Cuadro 5. Sistema categorial que propone el DSM-IV-TR para el diagnóstico de los TP

DSM-IV-TR: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (TP)	
Criterios generales de TP	Tipos de TP
<p><b>A.</b> Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes: <b>1.</b> cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos) <b>2.</b> afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional) <b>3.</b> actividad interpersonal <b>4.</b> control de los impulsos</p> <p><b>B.</b> Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p> <p><b>C.</b> Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p><b>D.</b> El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.</p> <p><b>E.</b> El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.</p> <p><b>F.</b> El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).</p>	<p><b>GRUPOS A</b></p> <p>Trastorno paranoide de la personalidad. Trastorno esquizoide de la personalidad. Trastorno equizotípico de la personalidad</p> <p><b>GRUPO B</b></p> <p>Trastorno antisocial de la personalidad. Trastorno límite de la personalidad. Trastorno histriónico de la personalidad. Trastorno narcisista de la personalidad</p> <p><b>GRUPO C</b></p> <p>Trastorno de la personalidad por evitación. Trastorno de la personalidad por dependencia. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.</p> <p><b>Trastorno de la personalidad no especificado.</b></p>

Referente a las propuestas dimensionales objeto de estudio en esta investigación, el NEO-PI-R es un instrumento de evaluación de la personalidad basado en el modelo dimensional de los Cinco Factores, el cual se desarrolló a partir de la perspectiva léxica y psicométrica ampliamente utilizadas en la evaluación de la personalidad normal. Como se puede consultar en el cuadro 6, la estructura general que propone este instrumento está basada en 5 dimensiones básicas e independientes: *Neuroticismo*, *Extraversión*, *Apertura a la experiencia*, *Amabilidad* y *Responsabilidad*, las cuales incluyen a su vez 30 facetas o rasgos de segundo orden (concretamente 6 en cada caso).

Cuadro 6. Descripción de la estructura de facetas y dimensiones del NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992) (extraído de Avia, 2000).

<b>NEUROTICISMO: Referida al ajuste emocional e inestabilidad</b>	
<i>Ansiedad</i>	Aprehensividad, miedo, tendencia a la preocupación, nervismo, tensión, inquietud.
<i>Hostilidad</i>	Tendencia a experimentar ira, enfado, frustración, amargura.
<i>Depresión</i>	Tendencia a experimentar afecto depresivo, culpa, tristeza, desesperanza, soledad, desánimo.
<i>Ansiedad social</i>	Vergüenza, desconcierto, turbación, azoramiento, incómodidad con otras personas, sensibilidad al ridículo, proclives a los sentimientos de inferioridad.
<i>Impulsividad</i>	Falta de habilidad para controlar y resistirse a los impulsos y las necesidades.
<i>Vulnerabilidad</i>	Vulnerabilidad a, o dificultad para controlar el estrés.
<b>EXTRAVERSIÓN: Referida a la cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales, al nivel de actividad, a la necesidad de estimulación y a la capacidad para la alegría</b>	
<i>Cordialidad</i>	Intimidad interpersonal y cualidad de la interacción social, afectuosidad, cariño, amistosidad.
<i>Gregarismo</i>	Preferencia por estar en compañía de otras personas.
<i>Asertividad</i>	Dominancia, influencia social, liderazgo en los grupos.
<i>Actividad</i>	Tempo rápido y movimiento vigoroso, energía, necesidad de estar ocupado.
<i>Búsqueda de emociones</i>	Excitación y estimulación, preferencia por los colores brillantes y ambientes ruidosos.
<i>Emociones positivas</i>	Tendencia a experimentar emociones positivas como alegría, felicidad, amor, ilusión y entusiasmo.
<b>APERTURA A LA EXPERIENCIA: Referida a la búsqueda activa y apreciación de experiencias por sí mismas</b>	
<i>Fantasía</i>	Relativa a la imaginación vívida y la fantasía activa.
<i>Estética</i>	Aprecio por el arte y la belleza.
<i>Valores</i>	Disposición a reexaminar valores sociales, políticos y religiosos, lo opuesto a dogmatismo.
<i>Sentimientos</i>	Receptividad por los propios sentimientos y las emociones internas.
<i>Acciones</i>	Disposición ante actividades diferentes, novedad y variedad
<i>Ideas</i>	Búsqueda activa de intereses intelectuales, mentalidad abierta, libre de prejuicios, buena disposición a considerar ideas nuevas.
<b>AMABILIDAD: Referida a las clases de interacciones que una persona prefiere en un continuo entre compasión y antagonismo</b>	
<i>Confianza</i>	Tendencia a creer que los demás son honrados y bien intencionados.
<i>Franqueza</i>	Franqueza, sinceridad e ingenuidad.
<i>Altruismo</i>	Preocupación activa hacia el bienestar de los demás, generosidad, consideración, disposición a asistir a las personas que requieren ayuda.
<i>Actitud conciliadora</i>	Relativa a el manejo de los conflictos interpersonales. Tendencia a deferirse a otros, inhibir la agresión, olvidar y perdonar.
<i>Modestia</i>	Referida a la humildad y la modestia. La falta patológica de modestia es parte de la concepción clínica de narcisismo.
<i>Sensibilidad a los demás</i>	Actitudes de simpatía y preocupación por los otros.
<b>RESPONSABILIDAD: Referida al grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a metas</b>	
<i>Competencia</i>	Sentimiento a cerca de la propia capacidad, sensatez, juicio,
<i>Orden</i>	Pulcritud, esmero, orden, organización.
<i>Sentido del deber</i>	Implica gobernarse por la conciencia, adherencia a los principios éticos y obligaciones morales.
<i>Necesidad de logro</i>	Altos niveles de aspiración, ambición, diligencia, resolución, sentimiento de dirección en la vida.
<i>Autodisciplina</i>	Habilidad para empezar tareas y completarlas hasta el final.
<i>Deliberación</i>	Tendencia pensar antes de actuar, cautela, prudencia.

Dicha estructura cuenta con numerosa evidencia empírica procedente del estudio de la personalidad normal, tanto por lo que se refiere a su estabilidad (Costa & McCrae, 1984; Costa & McCrae, 1988; Ortet et al., 2007; Ortet et al., 2010; Roberts & DelVecchio, 2000), su generalización a través de diferentes culturas y grupos de población (Ashton & Lee, 2001; Allik, 2005; Costa, McCrae, & Dye, 1991; Digman, 1990; Halverson, Kohnstamm, & Martin, 1994; John, 1990; McCrae & Costa, 1997; McCrae & John, 1992; McCrae, Costa, & Yik, 1996), así como sobre la base biológica y genética que lo sustenta (Jang, Livesley, Angleitner, Riemann, & Vernon, 2002; Munafo, Clark, & Flint, 2005; Reif & Lesch, 2003; Schinka, Busch, & Robichaux-Keene, 2004; Yamagata et al., 2006). Aunque en menor medida, también se dispone de evidencia empírica que avala la validez y utilidad del NEO-PI-R en el campo de estudio de los TP (Clark, 2007; De Clerq & De Fruyt, 2003; Huprich, 2003; Livesley, 2001; O'Connor, 2005; Reynolds & Clark, 2001; Trull, Widiger, & Burr, 2001). Así, estos resultados nos permiten concluir que el NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992) se muestra como una medida útil en la evaluación del funcionamiento de la personalidad normal y también de la personalidad patológica.

La otra medida dimensional de la personalidad utilizada en nuestro estudio es el DAPP-BQ, un instrumento que se construyó a partir de observaciones de la personalidad patológica y de una amplia muestra de descriptores basados en características y conductas propias de la patología de la personalidad que habían sido extraídos de la revisión de la literatura, entrevistas con pacientes diagnosticados de TP y el juicio de clínicos procedentes de diferentes corrientes psicopatológicas. Tras la aplicación de análisis factoriales se obtuvo una estructura de 18 facetas que, posteriormente, se reagrupó de una manera no uniforme en 4 dimensiones

más generales: *Desregulación emocional*<sup>1</sup>, *Inhibición*, *Conducta disocial* y *Compulsividad*. Dado que la evidencia empírica disponible ofrece diferentes propuestas de agrupación de estas 18 facetas iniciales en las cuatro dimensiones básicas, incluso el manual técnico del instrumento propone otra estructura teórica diferente a las encontradas en la literatura científica (Livesley & Jackson, 2007), en nuestro estudio hemos adoptado la estructura encontrada por el grupo de Gutiérrez-Zotes et al. (2008) por tratarse del único estudio que ha validado este instrumento en población española. Esta estructura y el contenido de cada una de sus faceta se recoge a continuación en el cuadro 7.

Al igual que el NEO-PI-R, la estructura propuesta por este instrumento se considera robusta y con suficiente aval empírico en cuanto a su estabilidad y consistencia entre de diferentes culturas y grupos de población (Bagge & Trull, 2003; Gutiérrez-Zotes et al., 2008; Marutaa, Yamatea, Limoria, Katoa, & Livesley, 2006; Pukrop, Gentil, Steinbring, & Steinmeyer, 2001; Pukrop et al., 2009; Schroeder et al., 1992; Simonsen & Simonsen, 2009; van Hiel, Merivielde, & de Fruyt, 2004; van Kampen, 2002, Wang, Du, Wang, Livesley, & Jang, 2004; Zheng et al., 2002), incluso existen estudios que proponen la existencia de una arquitectura genética que lo sustenta (Jang & Livesley, 1999; Krueger, Skodol, Livesley, ShROUT, & Huang, 2007; Livesley, 2005, 2007; Livesley & Jang, 2008) y sugieren reconceptualizar su estructura inicial en función de las facetas que se han visto relacionadas con componentes genéticos diferentes (un resumen de esta propuesta para el DAPP-BQ procedente de la genética de la conducta y multivariada puede consultarse en el anexo 1). Por último, mencionar que aunque inicialmente el DAPP-BQ fue concebido para evaluar la

---

<sup>1</sup> En la literatura podemos encontrar los términos *Desregulación* y *Disregulación* para referirse a esta dimensión. Dado que ninguno de los dos términos se ha recogido en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua y atendiendo al significado de los prefijos *des-* y *dis-* como formas indistintas de referirse a “negación o inversión del significado”, en nuestro caso hemos optado por utilizar la opción *Desregulación*.

personalidad patológica en poblaciones clínicas con TP, la mayoría de los estudios de fiabilidad y validez realizados con población general también evidencian que resulta adecuado en la evaluación de población sin patología.

Cuadro 7. Descripción de las facetas del DAPP-BQ (Schroeder et al., 1992). Agrupación en dimensiones según Gutiérrez-Zotes et al. (2008).

<b>DESREGULACIÓN EMOCIONAL</b>	
<i>Labilidad afectiva</i>	Inestabilidad afectiva, reacciones afectivas exageradas, hipersensibilidad, enfado lábil, irritabilidad
<i>Ansiedad</i>	Ansiedad rasgo, indecisión, rumiación, propensión a la culpa
<i>Distorsión cognitiva</i>	Despersonalización, desrealización, cognición esquizotípica, episodios psicóticos breves relacionados con el estrés
<i>Problemas de identidad</i>	Autoconcepto lábil, sentimientos crónicos de vacío, anhedonia, pesimismo
<i>Apego inseguro</i>	Angustia de separación, necesidad de una base segura, búsqueda de proximidad, miedo a la pérdida de otros significativos, intolerancia a la soledad
<i>Oposicionismo</i>	Pasividad, oposicionismo, falta de organización
<i>Sumisión</i>	Falta de asertividad, búsqueda de consejo, sugestionabilidad
<i>Evitación social</i>	Baja afiliación, habilidades sociales defectuosas, aprehensividad social
<i>Susplicacia</i>	Susplicacia, hipervigilancia
<i>Narcisismo</i>	Grandiosidad, necesidad de adulación y admiración, necesidad de aprobación, búsqueda de atención
<i>Autolisis<sup>1</sup></i>	Ideas de autolisis, actos de autodestrucción
<b>CONDUCTA DISOCIAL</b>	
<i>Insensibilidad</i>	Despectivo, despiadado, falta de empatía, explotación, egocentrismo, irresponsabilidad interpersonal
<i>Problemas de conducta</i>	Fracaso en adopción de normas sociales, violencia interpersonal, conductas juveniles antisociales, abuso de sustancias
<i>Rechazo</i>	Hostilidad, agresividad, estilo cognitivo rígido, dominancia, crítico
<i>Búsqueda de estímulos</i>	Búsqueda sensaciones, temeridad, impulsividad
<b>INHIBICIÓN</b>	
<i>Problemas de intimidad</i>	Apego evitativo, sexualidad inhibida, deseos de intimidad
<i>Expresividad restringida</i>	Expresión restringida de todas las emociones, reacio a la autorevelación, autosuficiencia
<b>COMPULSIVIDAD</b>	
<i>Compulsividad</i>	Disciplina, precisión, escrupulosidad

<sup>1</sup>La faceta autolisis ha sido habitualmente excluida de los análisis factoriales por sus escasa representatividad en la población general, a pesar de ello, estudios como los de Krueger et al. (2007) la relacionan con la dimensión Desregulación emocional.

## 5.1. Supuestas relaciones entre el modelo categorial de los TP, el NEO-PI-R y el DAPP-BQ

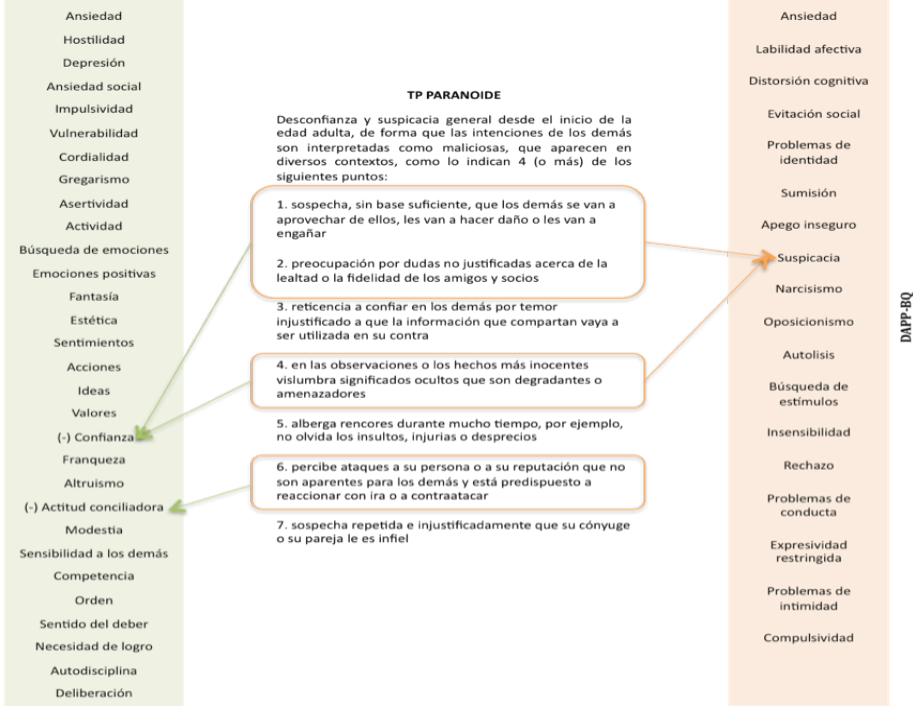
Una vez delimitados los tres modelos objeto de estudio en esta investigación nos ha parecido sugerente llevar a cabo un análisis observacional de sus componentes. Así, con el fin de establecer relaciones que nos permitan indagar y sugerir qué criterios propuestos por el DSM para cada uno de los TP podrían incluirse en cada uno de los modelos de personalidad dimensional (normal y patológica) utilizados, en las figuras 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 presentamos el resultado de dichas observaciones.

Atendiendo a la definición de las facetas del NEO-PI-R y del DAPP-BQ, cabe señalar que todos los TP descritos en el DSM-IV-TR pueden relacionarse con las diferentes facetas propuestas en estos dos instrumentos. Sin embargo, afinando un poco más en esta observación y tratando de encontrar relaciones a nivel de los criterios que configuran dichos TP nos encontramos con un panorama bastante más complejo de lo que inicialmente cabría esperar. Así pues, existen TP como el esquizoide, el esquizotípico, el antisocial, el límite o los TP por dependencia o por evitación que, aunque encuentran correspondencias para prácticamente todos sus criterios con determinadas facetas del DAPP-BQ, no revelan la misma relación con las facetas del NEO-PI-R (ver figuras 2, 3, 4, 5, 8 y 9). Un claro ejemplo de esto es el trastorno límite de la personalidad (ver figura 5), que encuentra relación en 8 de sus criterios con facetas del DAPP-BQ como *labilidad afectiva*, *distorsión cognitiva*, *problemas de identidad*, *apego inseguro*, *autolisis* o *búsqueda de estímulos*, mientras que solo 2 de sus criterios pueden relacionarse con la *hostilidad e impulsividad* del NEO-PI-R. En otros TP como el obsesivo-compulsivo parece suceder lo contrario, es decir, las facetas del NEO-PI-R recogen una mayor amplitud de criterios, concretamente 5 de 7, que las facetas del DAPP-BQ, que recordamos sólo

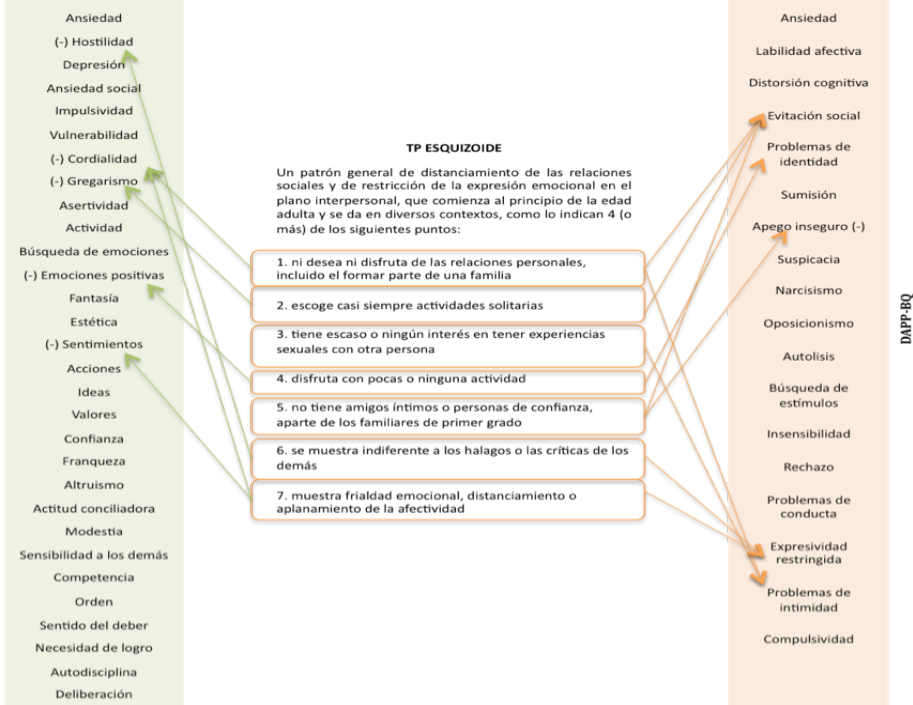
dispone de una faceta que evalúe aspectos relativos al constructo de la *compulsividad* (ver figura 10). Finalmente, también resulta llamativo como otros TP, como es el caso del trastorno paranoide, el histriónico y el narcisista (ver figuras 1, 6 y 7), no solo no encuentran demasiadas correspondencias entre sus criterios y las facetas de ambos instrumentos sino que en muchos casos sus criterios no parecen estar recogidos por ninguno de estos modelos dimensionales propuestos.

En cuanto al número de facetas que podrían representar los diferentes TP también nos encontramos con claras diferencias. Por un lado se pueden observar casos como el trastorno paranoide, que puede explicarse en gran parte con la faceta *susplicacia* del DAPP-BQ y la baja *confianza* y baja *actitud conciliadora* del NEO-PI-R (ver figura 1), o el TP por evitación, que está bastante bien representado por las facetas de *evitación social* y *apego inseguro* del DAPP-BQ o la *ansiedad social* del NEO-PI-R. Por otro lado existen otros TP como el esquizoide, el esquizotípico, el límite o el antisocial (ver figuras 2, 3, 4 y 5) en los que se evidencia un patrón contrario, es decir, necesitan más número y heterogeneidad de facetas de ambos instrumentos para describir los complejos constructos que representan. Así, el TP antisocial (ver figura 4) podría explicarse básicamente a partir de un conjunto de facetas como *hostilidad*, *impulsividad*, baja *franqueza*, bajo *altruismo*, baja *actitud conciliadora* y bajo *sentido del deber* del NEO-PI-R, pero también con *labilidad afectiva*, *búsqueda de estímulos*, *insensibilidad*, *rechazo*, *problemas de conducta* y baja *compulsividad* del DAPP-BQ.

**Figura 1. Correspondencia entre criterios de TP PAR y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.**



**Figura 2. Correspondencia entre criterios de TP ESQZD y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.**

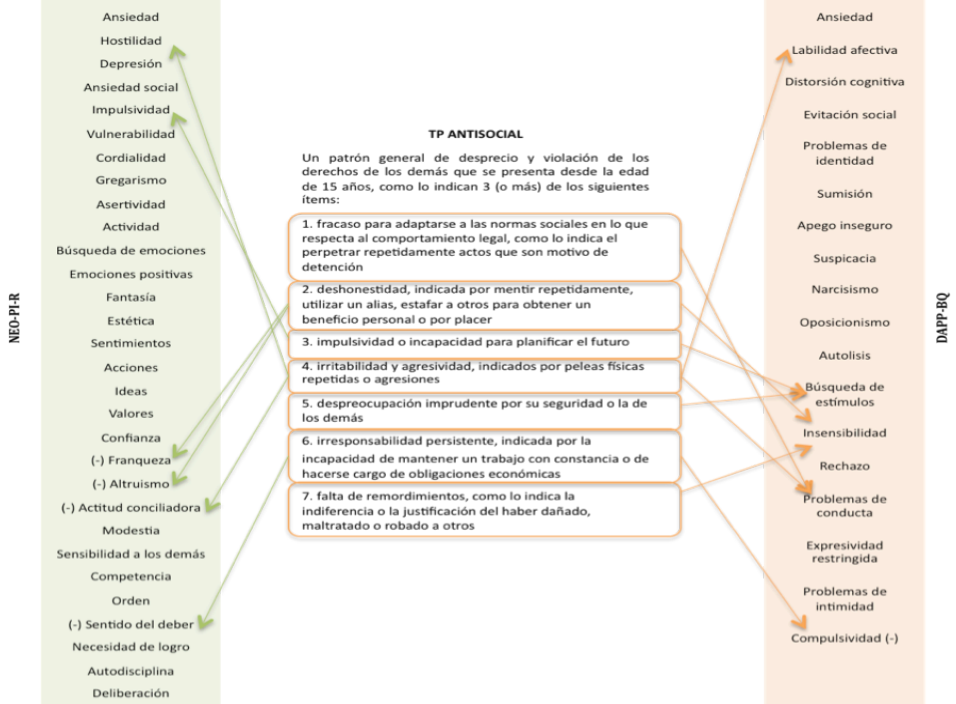




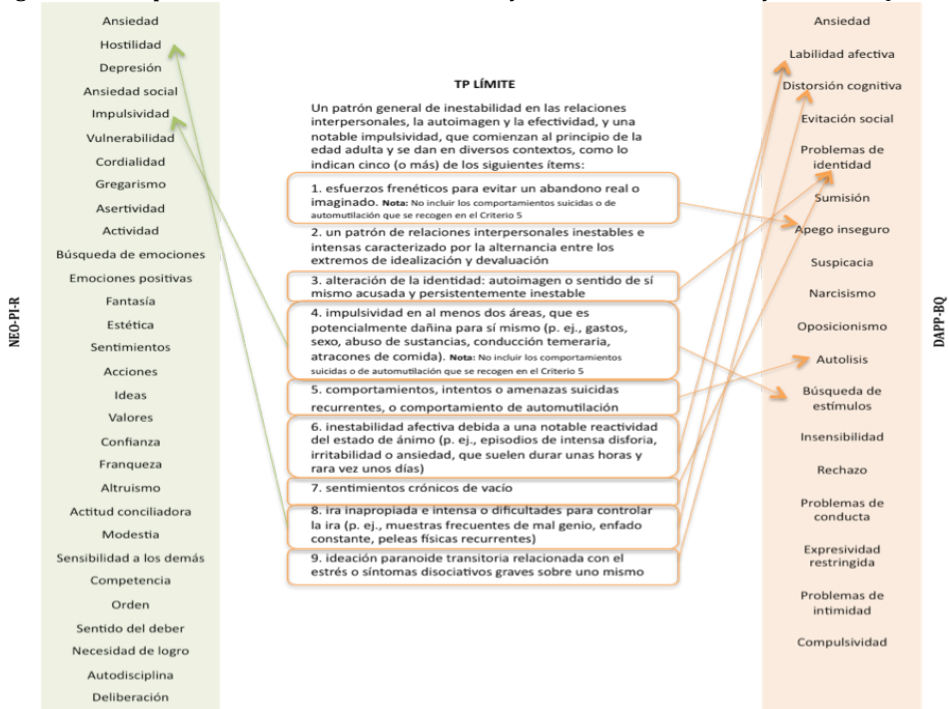
**Figura 3. Correspondencia entre criterios de TP ESQZT y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.**



**Figura 4. Correspondencia entre criterios de TP ANT y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.**



**Figura 5. Correspondencia entre criterios de TP LIM y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.**



**Figura 6. Correspondencia entre criterios de TP HIS y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.**

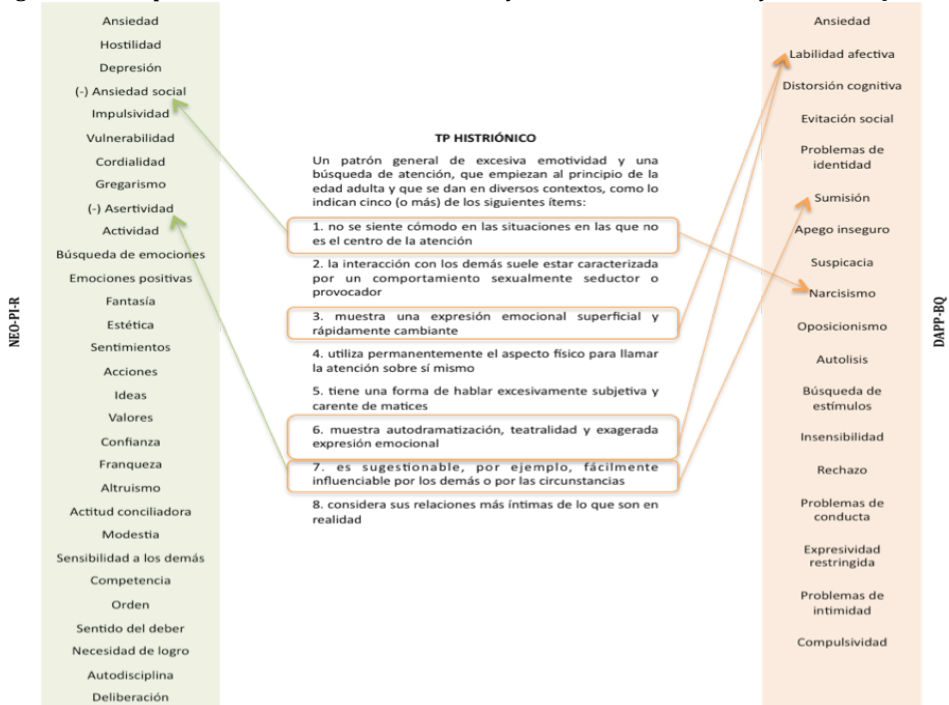


Figura 7. Correspondencia entre criterios de TP NAR y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.

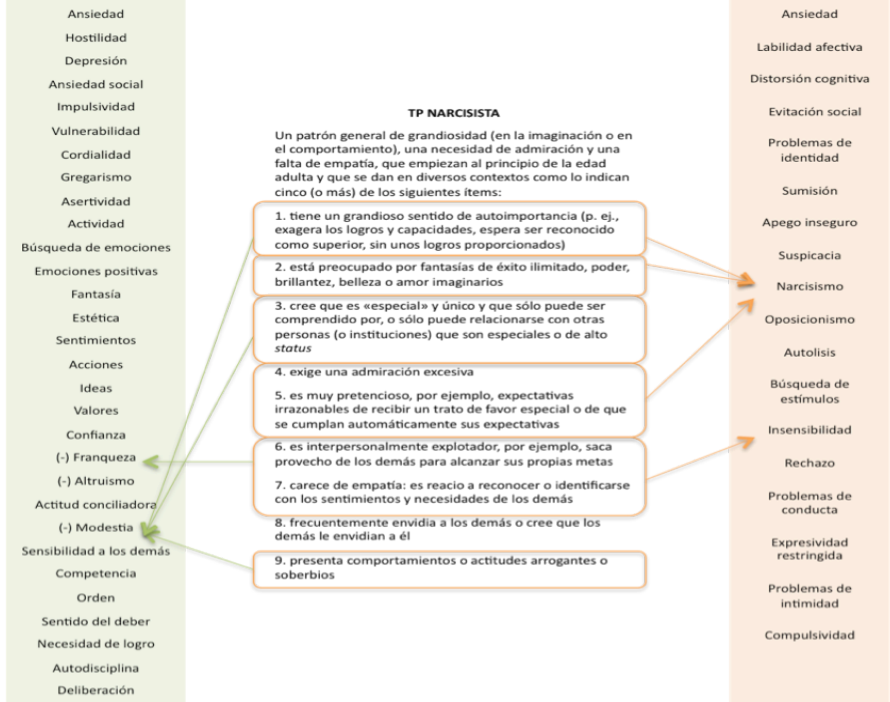


Figura 8. Correspondencia entre criterios de TP EVI y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.

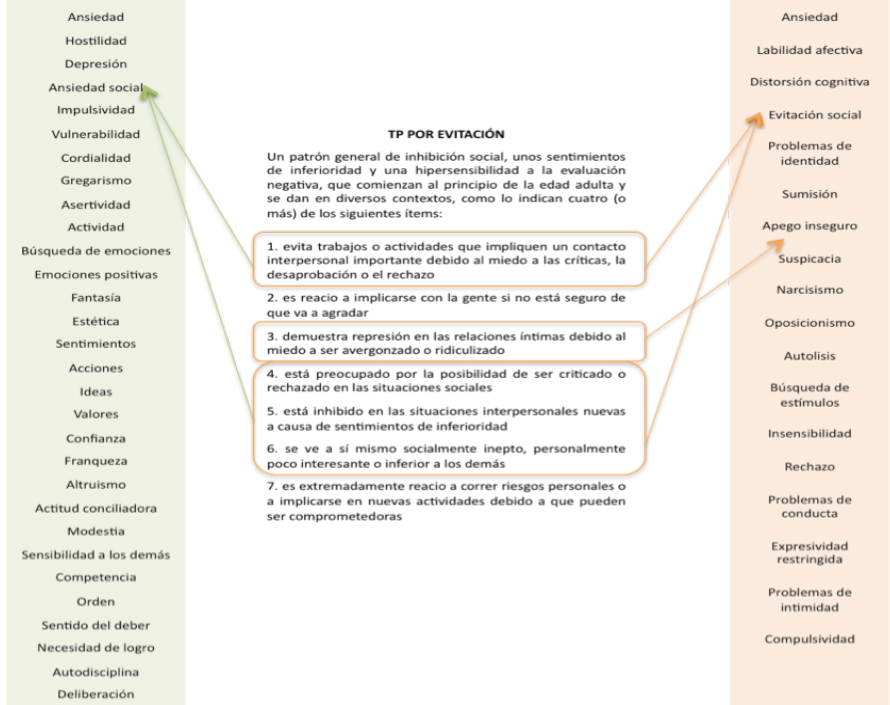


Figura 9. Correspondencia entre criterios de TP DEP y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.

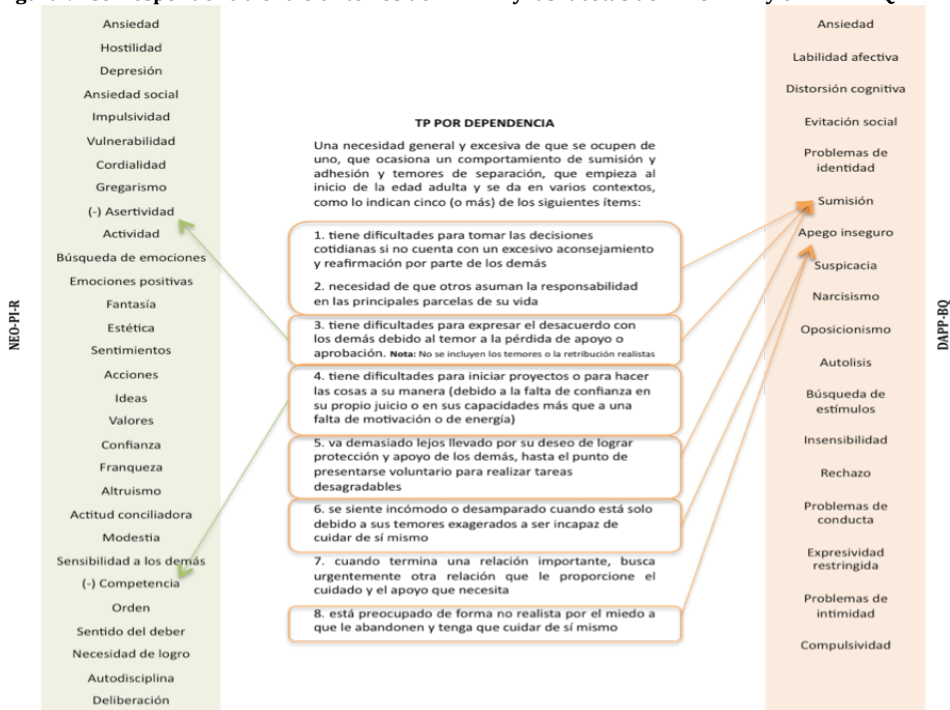


Figura 10. Correspondencia entre criterios de TP OBS y las facetas del NEO-PI-R y el DAPP-BQ.



Tras esta comparación meramente cualitativa de los contenidos que conforman nuestros tres modelos de estudio y una vez observadas las complejas relaciones que se establecen entre ellos, a continuación revisaremos los resultados de la investigación que ha relacionado empíricamente estos tres sistemas de evaluación de la personalidad normal y patológica, agrupándolos para una mayor claridad por instrumentos (NEO-PI-R y DAPP-BQ) y por las relaciones encontradas entre sus dimensiones y sus facetas con las categorías de TP que propone el DSM.

## **5.2. Relaciones empíricas entre el modelo categorial de los TP y el NEO-PI-R**

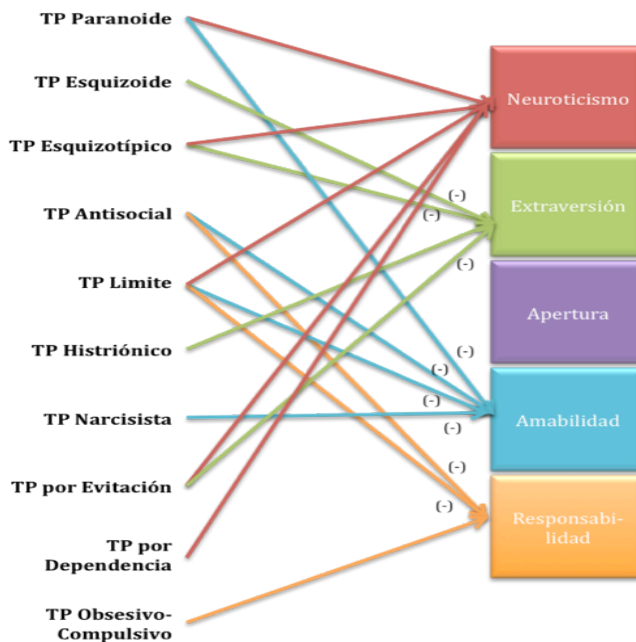
Para facilitar la lectura de las aportaciones procedentes de la investigación que ha tratado de explorar las relaciones entre la estructura del NEO-PI-R y el sistema categorial propuesto por el DSM-IV, presentaremos en primer lugar los resultados relativos al nivel de dimensiones y en segundo lugar al nivel de facetas.

### **5.2.1. Dimensiones del NEO-PI-R y los TP categoriales**

La investigación que ha explorado la existencia de relaciones entre las cinco dimensiones del NEO-PI-R y las categorías diagnósticas de TP que propone el DSM-IV revela la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre ambos modelos, uno de los motivos por los que se plantea la utilidad de este instrumento en las futuras conceptualizaciones dimensionales de los TP. Así, como puede observarse en la figura 11, los resultados obtenidos al revisar los 16 estudios recogidos en un meta-análisis llevado a cabo por Saulsman y Page (2004, 2005) y posteriormente

ampliado por Samuel y Widiger (2008a) plantean que el TP paranoide se relaciona consistentemente con las dimensiones *Neuroticismo* y *Amabilidad* (en sentido negativo). El trastorno esquizoide se relaciona básicamente con *Extraversión* pero en sentido negativo. El esquizotípico presenta relaciones con la dimensión de *Neuroticismo* y, en sentido negativo, también con *Extraversión*. El trastorno antisocial se relaciona en sentido negativo con *Amabilidad* y *Responsabilidad*, al igual que el TP límite que añade, además, una relación significativa con la dimensión *Neuroticismo*. El TP histriónico se relaciona principalmente con la dimensión de *Extraversión*, mientras que el narcisista lo hace en sentido negativo con *Amabilidad*. El TP por evitación se relaciona con las dimensiones *Neuroticismo* y, en sentido negativo, *Extraversión*. El TP por dependencia lo hace únicamente con *Neuroticismo*, mientras que el obsesivo-compulsivo con *Responsabilidad*.

Figura 11. Relaciones encontradas entre las dimensiones del MCF (NEO-PI-R) y los TP (Samuel & Widiger, 2008a).



Así pues, a un nivel de dimensiones vemos como todas las categorías de TP que propone el DSM encuentran correspondencias empíricas, bien únicas bien compartidas, con la estructura general del NEO-PI-R, con la única excepción de *Apertura*, una dimensión cuyo rol ha sido tradicionalmente considerado menos significativo en la explicación y comprensión de la personalidad patológica (Saulsman & Page, 2003).

### **5.2.2. Facetas del NEO-PI-R y los TP categoriales**

Por lo que se refiere a las facetas, el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a) también recoge los resultados de los estudios empíricos que han relacionado las facetas del NEO-PI-R y las diferentes categorías de TP, tomando como punto de partida una serie de hipótesis teóricas que el grupo de Widiger y colaboradores había planteado previamente (Trull & Widiger, 1997; Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson, & Costa, 1994). Para facilitar la lectura de los resultados encontrados, en la tabla 1 presentamos un cuadro resumen con las conclusiones derivadas de este meta-análisis así como de las diferentes propuestas teóricamente hipotetizadas, tanto las planteadas originalmente por Trull y Widiger (1997) como otras que se han ido replanteando posteriormente por autores como Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson y Costa (2002) o las aportadas por clínicos e investigadores expertos en la materia y recogidas por autores como Lynam y Widiger (2001) y Samuel y Widiger (2004, 2006).

Como puede observarse en la tabla 1, parece que los resultados obtenidos empíricamente ofrecen apoyo relativo a la existencia de posibles “perfiles prototípicos” entre las facetas del NEO-PI-R y los distintos TP. Sin embargo, una observación más detallada pone de manifiesto la dificultad para establecer patrones de relación claros y consistentes entre ellos. Si nos fijamos en el TP paranoide observamos que se confirman las relaciones

teóricamente hipotetizadas con facetas como *ansiedad, hostilidad, cordialidad, gregarismo, emociones positivas, confianza, franqueza, altruismo* y *actitud conciliadora*, mientras que no se confirman las relaciones con *acciones, ideas, valores y sensibilidad a los demás*, incluso aparecen relaciones que no habían sido previstas como es el caso de *depresión, ansiedad social* y *vulnerabilidad*. Lo mismo sucede con el trastorno esquizoide, en el que se confirman las relaciones esperadas con todas las facetas de la dimensión *Extraversión* pero no con las facetas de *ansiedad social* (con la que si aparece una relación pero en sentido opuesto a lo esperado), *hostilidad, sentimientos* o *acciones*; mientras que surgen relaciones significativas no esperadas con *depresión* o *confianza*. En el esquizotípico se confirman correspondencias con *ansiedad, ansiedad social, vulnerabilidad, cordialidad, gregarismo, emociones positivas* y *confianza*, a la vez que surgen relaciones inesperadas con *hostilidad* y *depresión*, pero no se confirma ninguna de las relaciones esperadas con las facetas de la dimensión *Apertura* ni con *orden*.

En el caso del TP antisocial se observan las relaciones esperadas con *hostilidad, impulsividad, búsqueda de emociones, confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, sentido del deber, autodisciplina* y *deliberación*, también aparece una relación significativa no esperada con *competencia* pero, sin embargo, no se confirman las relaciones con el resto de facetas de *Neuroticismo* ni con *gregarismo, asertividad, actividad, acciones, modestia, sensibilidad a los demás, orden* y *necesidad de logro*. Para el TP límite se confirman todas las hipótesis realizadas con las facetas de *Neuroticismo*, así como con *confianza, franqueza, actitud conciliadora, competencia* y *deliberación*, además de que surgen relaciones no previstas con *emociones positivas, sentido del deber* o *autodisciplina*, sin embargo, no se encuentra la evidencia esperada para *gregarismo, asertividad, fantasía, sentimientos, acciones* y *necesidad de logro*.



Tabla 1. Cuadro resumen de las relaciones teóricamente hipotetizadas y relaciones empíricas encontradas entre el MCF (NEO-PI-R) y los TP del DSM-IV.

MCF (NEO-PI-R)	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (DSM)																				
	PAR		ESQZD		ESQZT		ANTI		LIM		NAR		HIST		EVI		DEP		OBS		
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
NEUROTICISMO																					
Ansiedad	3	A	.27			A	.27	B		A	.38				A	.41	A	.39	A		
	4					A		B		A					A		A				
Hostilidad	3	A	.41	B			.29	A	.27	A	.48	A	.23	A		.29	B		A		
	4	A						B		A		B		A							
Depresión	3		.35		.28		.39	B		A	.50	B		A		.53	A	.41			
	4							B		A		B		A							
Ansiedad Social	3		.29	B	.23	A	.32	B			A		A		A	.56	A	.42			
	4					A		B		A	.35	B		B							
Impulsividad	3							A	.27	A	.34			A					B		
	4							A		A				A		B				B	
Vulnerabilidad	3		.22			A	.25	B		A	.39	A/B		A		A	.40	A	.43		
	4							B		A				A		A		A			
EXTRAVERSIÓN																					
Cordialidad	3			B	-.42	B	-.28			A	-.20		B	A	.26		-.35	A		B	
	4	B				B						B		A				A			
Gregarismo	3			B	-.48	B	-.25			A				A	.35	B	-.42	A			
	4	B				B		A						A		B					
Asertividad	3			B	-.22					A		A		A	.27	B	-.39	B	-.21	A	
	4							A				A		A		B		B			
Búsqueda emociones	3			B	-.21					A	.25			A	.27	B	-.23			B	
	4							A				A		A		B				B	
Emociones positivas	3	B	-.27	B	-.38	B	-.26				-.26	A/B		A	.23	B	-.39			B	
	4					B								A		B					
APERTURA																					
Fantasía	3					A				A		A		A						B	
	4													A							
Estética	3					A														B	
	4																				
Sentimientos	3			B		B				A				A						B	
	4									A		B		A						B	
Acciones	3	B				A						A		A		B	-.20			B	
	4			B				A		A		A		A		B				B	
Ideas	3	B				A								B						B	
	4							A												B	
Valores	3	B				A														B	
	4																			B	
AMABILIDAD																					
Confianza	3	B	-.45		-.28	B	-.31	B	-.22	B	-.29		B	-.20	A		-.29	A			
	4					B		B		B		B		A				A			
Franqueza	3	B	-.24					B	-.37	B	-.21		B	-.31	B						
	4							B		B		B									
Altruismo	3		-.21					B	-.24			B	-.20	B				A		B	
	4							B		B		B									
Actitud conciliadora	3	B	-.27					B	-.32	B	-.27		B	-.26				A		B	
	4							B		B		B						A			
Modestia	3											B	-.37				A	.20	A		
	4							B				B				A		A			
Sensibilidad a demás	3	B						B				B		A				A			
	4							B				B									
RESPONSABILIDAD																					
Competencia	3								-.21	B	-.29	A				B	-.23	B	-.25	A	.25
	4								B		B							B		A	
Orden	3							B												A	.25
	4					B														A	
Sentido del deber	3							B	-.29		-.22									A	.25
	4							B												A	
Necesidad de logro	3							B		B		A								A	.25
	4																			A	
Autodisciplina	3							B	-.25		-.29			B			-.22		-.23	A	.21
	4							B						B						A	
Deliberación	3							B	-.38	B	-.27			B				B		A	.24
	4							B		B				B						A	

Nota: MCF: Modelo de los Cinco Factores. PAR: TP Paranoide, ESQZD: TP Esquizoide, ESQZT: TP Esquizotípico, ANTI: TP Antisocial, LIM: TP Límite, NAR: TP Narcisista, HIS: TP Histriónico, EVI: TP por evitación, DEP: TP por dependencia, OBS: TP Obsesivo-compulsivo. 1. Hipótesis teóricas sobre la relación entre facetas y TP. 2. Resultados empíricos obtenidos a través de análisis de regresión jerárquica (Meta-Análisis Samuel & Widiger, 2008a). Se señalan las correlaciones con  $p < .05$ . 3. Hipótesis teóricas planteadas por Trull y Widiger, 1997 y Widiger et al., 2002. 4. Hipótesis teóricas según consenso de expertos y clínicos (Lynam & Widiger, 2001; Samuel & Widiger, 2004, 2006). En morado se señalan las relaciones positivas confirmadas, en verde las relaciones negativas confirmadas, en naranja las relaciones confirmadas pero que presentan diferentes sentidos según las hipótesis planteadas.

En el trastorno narcisista se dan las relaciones hipotetizadas con todas las facetas de *Amabilidad*, excepto para *sensibilidad a los demás*, y la *hostilidad*, mientras que no se confirman las relaciones con *depresión*, *ansiedad social*, *vulnerabilidad*, *cordialidad*, *asertividad*, *búsqueda de emociones*, *emociones positivas*, *fantasía*, *sentimientos*, *acciones*, *competencia* y *necesidad de logro*. Por otro lado, en el TP histriónico sí se encuentran las relaciones esperadas para todas las facetas de la dimensión *Extraversión*, además de que se revela una relación con *asertividad* que no había sido previamente hipotetizada, sin embargo, no se cumple ninguna de las relaciones esperadas para el resto de dimensiones.

En el caso del TP por evitación se reflejan prácticamente todas las hipótesis planteadas, es decir, se confirman las relaciones con todas las facetas de la dimensión *Extraversión*, incluso con *cordialidad* que no había sido previamente hipotetizada, así como con *ansiedad*, *depresión*, *ansiedad social*, *vulnerabilidad*, *acciones*, *modestia* y *competencia*, surgiendo además otras relaciones inesperadas con *hostilidad*, *confianza* y *autodisciplina*. Por lo que respecta al TP por dependencia también se puede observar la confirmación de algunas de las relaciones esperadas con *ansiedad*, *depresión*, *ansiedad social*, *vulnerabilidad*, *asertividad* y *competencia*, a las que se añade *autodisciplina* de forma imprevista, mientras que no se encuentran las relaciones hipotetizadas con *hostilidad*, *cordialidad*, *gregarismo*, *actividad*, *deliberación* y el resto de facetas que constituyen *Amabilidad*. Finalmente, en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad los resultados únicamente reflejan acuerdo en las correspondencias esperadas para la dimensión de *Responsabilidad*, no se encuentra sin embargo ninguna otra de las relaciones esperadas. Resulta igualmente llamativo que, a pesar de los planteamientos teóricos iniciales al respecto, y tal como sucedía con las dimensiones, a niveles más específicos tampoco se encuentran evidencias empíricas que relacionen la dimensión

de *Apertura* con ninguno de los TP (excepto para la faceta de *acciones* en el trastorno de personalidad por evitación).

Además de los resultados aportados por los meta-análisis previamente descritos nos pareció de interés para los fines de esta investigación realizar un análisis más detallado de los trabajos incluidos en ellos. Con este objetivo revisamos 11 de los 16 estudios utilizados en el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a) (concretamente los trabajos de Bagby, Costa, Widiger, Ryder, & Marshall, 2005; Bagby, Marshall, & Georgiades, 2005; De Fruyt, De Clercq, van de Wiele, & Van Heeringen, 2006; Dyce & O'Connor, 1998; Huprich, 2003; Mullins-Sweatt, Jamerson, Samuel, Olson, & Widiger, 2006; Mullins-Sweatt & Widiger, 2007a; Mullins-Sweatt & Widiger, 2007b; Samuel, 2007; Samuel & Widiger, 2008b; Trull et al., 2001), excluyendo los otros cinco por tratarse de estudios no publicados o no incluidos en revistas científicas. La lectura pormenorizada de estos trabajos nos condujo a analizar cuestiones como los tamaños muestrales, el género, el nivel de estudios, los procedimientos de selección de las muestras y los criterios diagnósticos empleados, así como el tipo de análisis estadísticos utilizados, derivándose de esta revisión una serie de conclusiones que pasamos a comentar.

Respecto al tamaño muestral de dichos trabajos nos encontramos con cifras que oscilan entre 51 y 232 sujetos, generalmente con mayor proporción de población femenina. Aunque estos tamaños muestrales pueden parecer inicialmente suficientes para los análisis que se pretenden, la naturaleza de la composición de sus muestras evidencia como en seis de once estudios los participantes eran exclusivamente estudiantes universitarios en los que cuales se evaluó la personalidad normal y patológica mediante autoinformes y, en ningún caso, se valoró la posible patología del eje I (Bagby, Marshall, & Georgiades, 2005; Dyce & O'Connor, 1998; Mullins-Sweatt et al., 2006; Mullins-Sweatt & Widiger, 2007a;

Mullins-Sweatt & Widiger, 2007b; Samuel & Widiger, 2008b). El resto de estudios incluidos utilizaron como participantes a población clínica de eje I y/o eje II, unos con diagnósticos muy específicos (Samuel, 2007; Huprich, 2003), otros con patología muy heterogénea o escasamente especificada (Bagby, Costa, et al., 2005; De Fruyt et al., 2006; Trull et al., 2001). Así, vemos que los problemas del tamaño muestral se agudizan al observar con detalle el tipo de participantes que utilizan en estos estudios y que poblaciones tan específicas dificultan la generalización de los resultados tanto a la población general como a la población clínica.

Otra cuestión a destacar en estos estudios fue el sistema de evaluación utilizado para realizar los diagnósticos de las muestras clínicas. Así, observamos procedimientos de evaluación variados y, en ocasiones, poco rigurosos, utilizando unas veces entrevistas clínicas (Bagby, Costa, et al., 2005; De Fruyt et al., 2006; Huprich, 2003; Samuel, 2007) y otras autoinformes (Bagby, Costa, et al., 2005; De Fruyt et al., 2006; Trull et al., 2001). Es conocido que la disparidad de instrumentos de evaluación para identificar diagnósticos clínicos tanto de eje I como de eje II puede llevar a tipos y cantidad de diagnósticos diferentes (Bouvard, Vuachet, & Marchand, 2011; Guy, Poythress, Douglas, Skeem, & Edens, 2008; Zimmerman, 1994; Zimmerman & Coryell, 1990; Zimmerman, Pfohl, Coryell, Stangl, & Corenthal, 1988), por lo que, a la vista del tipo de procedimientos de evaluación utilizados en estos estudios, resulta complicado objetivar las semejanzas de las distintas poblaciones clínicas estudiadas y llegar a resultados concluyentes.

Otro aspecto de interés que se desprende de la revisión de estos estudios es el “modo” en el que se utiliza el nivel de estudios en el diseño de sus trabajos. En los estudios que utilizan población no clínica todos los participantes tenían estudios universitarios, en cambio, en los estudios con muestras clínicas o no se informaba del nivel de estudios (Bagby, Costa, et

al., 2005; De Fruyt et al., 2006; Huprich, 2003) o si se hacía se trataba de pacientes con estudios secundarios o universitarios (Samuel, 2007; Trull et al., 2001). Cuestión esta que podría estar enmascarando los resultados obtenidos debido a la falta de representatividad de poblaciones con diferentes niveles de estudios.

También desde un punto de vista metodológico llama la atención que la mayoría de los estudios emplean un diseño de grupo único (bien clínico, bien de población general) para el análisis de las relaciones entre el NEO-PI-R y las categorías de TP. Únicamente el estudio de Trull y colaboradores (2001) utiliza un diseño que incluye una muestra de población clínica y otra de población no clínica. Ante esta realidad nos planteamos que la investigación debe avanzar hacia el uso de diseños más completos, que permitan una comprensión más amplia y generalizable de los resultados que de ellos se deriven.

Teniendo en cuenta que todos los trabajos aquí comentados tenían por objetivo explorar las relaciones entre la estructura que propone el NEO-PI-R y las categorías de TP, una mención aparte merece la variedad de análisis estadísticos empleados. Mientras que en algunos casos sólo se utilizan análisis de correlaciones (Mullins-Sweatt et al., 2006; Mullins-Sweatt & Widiger, 2007a, 2007b; Samuel & Widiger, 2008b) en otros se emplean análisis de regresión (Bagby, Costa, et al., 2005; Bagby, Marshall, & Georgiades, 2005; De Fruyt et al., 2006; Dyce & O'Connor, 1998; Huprich, 2003; Trull et al., 2001) y únicamente el trabajo de Samuel (2007) analiza las propiedades psicométricas relativas a la validez convergente y discriminante del NEO-PI-R sobre los TP.

En otro orden de cosas, la revisión llevada a cabo previamente con los estudios que relacionan las dimensiones y facetas del NEO-PI-R y los TP categoriales permite plantear otras cuestiones que van más allá de los resultados obtenidos y que hacen referencia la propia validez y utilidad del

modelo dimensional de los Cinco Factores (personalidad normal) para la comprensión y explicación de los TP. Por un lado, autores como Widiger (2005) plantean si el desarrollo del NEO-PI-R en el ámbito de personalidad normal o la propia descripción y nomenclatura que este instrumento utiliza podrían reducir por sí mismos su validez aparente en un contexto de evaluación de TP, incluso impedir una representación adecuada de dichos trastornos. Por otro lado, también se ha puesto en duda la capacidad del NEO-PI-R para representar algunas dimensiones clínicamente significativas que trascienden a varios TP, como es el caso de la disregulación cognitiva, las autolesiones o la inseguridad en el apego, que no aparecen recogidas específicamente en este instrumento (Livesley, 2001). Estas dos cuestiones que deberían tenerse en cuenta en futuros estudios que relacionen el NEO-PI-R y los TP ya han abierto una incipiente línea de investigación, basada en realizar modificaciones en los contenidos de los ítems que configuran el instrumento (Bagby et al., 2005; Haigler & Widiger, 2001; O'Connor, 2005; Samuel & Widiger, 2008a; Saulsman & Page, 2004; Widiger & Costa, 2002; Widiger & Lowe, 2007; Widiger & Mullins-Swett, 2009). Otra de las cuestiones planteadas al NEO-PI-R tiene que ver con su falta de utilidad clínica y diagnóstica (Coolidge et al., 1994), tanto por la dificultad que supone manejar toda la información que de él se deriva (lo cual, por otro lado, constituye una queja general a todos los modelos dimensionales de la personalidad), como por la falta de una misma relevancia clínica en todas sus facetas (Widiger & Lowe, 2008). Aun cuando todavía no se dispone de respuestas concluyentes a estas dos cuestiones ya existen algunas iniciativas que proponen resolverlas mediante una versión abreviada y simplificada del instrumento (Samuel & Widiger, 2006; Spitzer, First, Shedler, Westen, & Skodol, 2008; Sprock, 2002, 2003; Widiger & Lowe, 2008).

### **5.3. Relaciones empíricas entre el modelo categorial de los TP y el DAPP-BQ**

Pasamos a revisar ahora las aportaciones empíricas procedentes de la investigación que explora las relaciones entre la estructura del DAPP-BQ y las categorías de TP que propone el DSM-IV. Nuevamente, con el objetivo de facilitar la lectura organizaremos los resultados de la investigación según lo encontrado a nivel de dimensiones o lo encontrado a nivel de facetas.

#### **5.3.1. Dimensiones del DAPP-BQ y los TP categoriales.**

Al revisar la investigación que relaciona el DAPP-BQ y los TP únicamente encontramos tres estudios que evalúen las dimensiones de dicho instrumento y las categorías de TP del DSM-IV (Bagge & Trull, 2003; Pukrop et al., 2001; Simonsen & Simonsen, 2009). Como puede observarse en la tabla 2, los resultados de dichos estudios reflejan que a un nivel de dimensiones este instrumento se relaciona de forma bastante significativa y predecible con las distintas categorías de TP, lo que lo sitúa como una alternativa dimensional útil para sustituir a los actuales sistemas categoriales (Bagge & Trull, 2003; Pukrop et al., 2001; Simonsen & Simonsen, 2009). Concretamente, en los resultados de estos tres estudios el TP paranoide se relaciona consistentemente con las dimensiones *Desregulación emocional* y *Conducta disocial*, además de con la dimensión *Inhibición* según el estudio de Simonsen y Simonsen (2009). El TP esquizoide se relaciona, aunque de forma más inconsistente según estudio, con *Desregulación emocional*, *Conducta disocial* e *Inhibición*. El trastorno esquizotípico se relaciona con *Desregulación emocional* y *Conducta disocial* en los tres estudios y con *Inhibición* según el estudio de Bagge y Trull (2003).

Tabla 2. Resultados de las correlaciones Pearson obtenidas entre las dimensiones del DAPP-BQ y los TP del DSM-IV.

	Pukrop et al. (2001) N: 81 TP				Bagge y Trull (2003) N: 315 Estudiantes				Simonsen y Simonsen (2009) N: 59 TP			
DIMENSIONES DAPP-BQ												
TP	DE	C.D	I	C	DE	C.D	I	C	DE	C.D	I	C
PAR	.40***	.30**	.01	.05	.48***	.58***	.05	.16**	.49***	.29*	.27*	.05
ESQZD	.17	.14	.35**	-.20	.33***	.24***	.42***	.19**	.10	.15	.25	.06
ESQZT	.41***	.34**	-.07	.18	.46***	.44***	.27***	.14*	.38**	.32*	.01	-.21
ANTI	.15	.47***	.05	-.10	.16**	.67***	.05	-.40***	.25	.42***	.01	-.08
LIM	.47***	.28*	.20	.22*	.62***	.51***	-.04	.04	.57***	.41***	.11	-.26*
HIS	-.02	.27*	-.30**	.13	.46***	.36***	-.25***	-.02	.16	.13	.02	-.02
NAR	.26*	.32**	-.42***	.06	.41***	.55***	.01	.11	.26*	.22	-.14	-.13
EVI	.61***	.09	.30**	.10	.71***	.08	.19**	.17**	.55***	.17	.34**	.08
DEP	.51***	.08	.00	.16	.63***	.18**	.02	.06	.50***	.08	.23	-.18
OBS	.17	.07	-.15	.45***	.38***	.18**	.03	.34***	.12	.17	.18	.45***

Nota: TP: Trastorno de personalidad, PAR: TP Paranoide, ESQZD: TP Esquizoide, ESQZT: TP Esquizotípico, ANTI: TP Antisocial, LIM: TP Límite, NAR: TP Narcisista, HIS: TP Histriónico, EVI: TP por evitación, DEP: TP por dependencia, OBS: TP Obsesivo-compulsivo. DE: Desregulación emocional, C.D: Conducta disocial, I: Inhibición, C: Compulsividad. Se señalan las correlaciones mayores de .20. \*\*\*p≤ 0.001; \*\* p≤ 0.01; \*p≤ 0.05

El TP antisocial se relaciona con *Conducta disocial* en los tres estudios y con *Compulsividad* según Bagge y Trull (2003). En el caso del trastorno límite las relaciones más consistentes según los resultados de los tres estudios se dan con *Desregulación emocional* y *Conducta disocial*, aunque también se encuentran otras relaciones con *Compulsividad*, dimensión para la que los estudios de Pukrop y colaboradores (2001) y Simonsen y Simonsen (2009) encuentran resultados contradictorios en cuanto al sentido de la relación. El TP histriónico presenta relaciones con *Conducta disocial* y, en sentido negativo, con *Inhibición* en los estudios Pukrop y colaboradores (2001) y de Bagge y Trull (2003), además de con *Desregulación emocional* en el estudio de Pukrop y colaboradores. Sin embargo, el estudio realizado más recientemente por Simonsen y Simonsen (2009) no encuentra ninguna relación que resulte significativa entre el TP



histriónico y las dimensiones del DAPP-BQ. El TP narcisista también revela resultados confusos, así, mientras que la relación con *Desregulación emocional* se presentan con consistencia en los tres estudios otras dimensiones como *Conducta disocial* (Bagge y Trull, 2003; Pukrop et al., 2001) e *Inhibición* (Pukrop et al., 2001) no muestran relaciones igual de consistentes.

Para el TP por evitación las relaciones más consistentes encontradas en los tres estudios se dan con *Desregulación emocional*, además de con *Inhibición* según los estudios de Simonsen y Simonsen (2009) y Pukrop y colaboradores (2001). El TP por dependencia aparece relacionado con *Desregulación emocional* de una forma consistente en los tres estudios. Y, finalmente, el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad se relaciona con *Compulsividad* en los tres estudios y, en el estudio de Bagge y Trull (2003), también con la *Desregulación emocional*.

Así pues, atendiendo a los resultados previamente comentados, parece que existe evidencia empírica a favor de que todas las dimensiones del DAPP-BQ, y más concretamente la *Desregulación emocional*, podrían dar cuenta de todos los TP que se proponen desde el modelo categorial.

### **5.3.2. Facetas del DAPP-BQ y los TP categoriales**

En un nivel de análisis más específico, únicamente los estudios de Bagge y Trull (2003) y Pukrop y colaboradores (2009) aportan datos sobre las relaciones entre las facetas del DAPP-BQ y las diferentes categorías de TP. Ambos estudios se han realizado sobre la base de una serie de hipótesis teóricas previas, en este caso realizadas por Bagge y Trull en el año 2003. A continuación, en la tabla 3 se presenta un cuadro resumen de los resultados obtenidos por Bagge y Trull (2003) y Pukrop y colaboradores (2009), así como de las propuestas originalmente hipotetizadas que han servido de

base para establecer las comparaciones entre ambos modelos. Aunque en un primer momento el análisis de estos resultados induce a pensar que podrían identificarse diferentes “perfiles prototípicos” entre el DAPP-BQ y los distintos TP, como sucedía con el NEO-PI-R, una exploración más detallada de los mismos evidencia que las relaciones encontradas son bastante más complejas de lo que pueden resultar a primera vista.

Así, si nos fijamos en el TP paranoide observamos que las relaciones teóricamente hipotetizadas se confirman con las facetas *susplicacia* y *evitación social*, aun cuando en esta segunda faceta la relación se da en el sentido contrario al esperado, mientras que no se confirman las relaciones previstas con *ansiedad*, *apego inseguro*, *rechazo*, *insensibilidad* o *problemas de intimidad* y, sin embargo, aparecen otras relaciones que no habían sido previamente hipotetizadas con *problemas de identidad* y *autolisis*. Lo mismo sucede con el trastorno esquizoide, en el que se confirman las relaciones hipotetizadas con *problemas de identidad*, *evitación social*, *apego inseguro*, *búsqueda de estímulos* y *problemas de intimidad*, a las que se añaden otras no hipotetizadas con *narcisismo* y *rechazo*, mientras que no se cumplen las esperadas con *labilidad afectiva* y *expresividad restringida*. En el trastorno esquizotípico se confirman las relaciones con *distorsión cognitiva*, *susplicacia* y *problemas de intimidad*, a las que se añade una relación previamente no hipotetizada con *autolisis*, sin embargo, no se confirma la relación hipotetizada con *evitación social*.

Tabla 3. Cuadro resumen de las relaciones teóricamente hipotetizadas y relaciones empíricas encontradas entre el DAPP-BQ y los TP del DSM-IV.

DAPP-BQ	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (DSM)																			
	PAR		ESQZD		ESQZT		ANTI		LIM		NAR		HIST		EVI		DEP		OBS	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>DESREGULACIÓN EMOCIONAL</b>																				
Ansiedad	3	A					B		A						A		A		A	+
	4																			
Problemas de identidad	3								A											
	4		.23	A	.21			.21				.19			.19					
Evitación social	3		-	A		A									A	+				
	4	A			.20									-.22		.30	B			
Labilidad afectiva	3			B					A	+			A	+						
	4									.13										
Distorsión cognitiva	3					A	+			A										
	4																			
Oposicionismo	3							A												
	4																			
Sumisión	3													A	+			A	+	B
	4																	.15		
Apego inseguro	3	B		B					A				A	-			A	+		
	4				-.19															
Autolisis	3								A	+										
	4		.21				.24			.38										
Suspiciacia	3	A	+			A	+	A	-	A								B		
	4		.24				.20													
Narcisismo	3										A	+	A	+						
	4				-.19															
<b>CONDUCTA DISOCIAL</b>																				
Búsqueda de estímulos	3			B	-			A	+	A				A		B	-			
	4														.16					
Problemas de conducta	3							A	+	A	+									
	4								.45											
Rechazo	3	A						A		A		A	+					B		A
	4				.15															+
Insensibilidad	3	A						A				A	+			B	-*	B		
	4											.23								
<b>INHIBICIÓN</b>																				
Expresividad restringida	3			A									B	-	A				A	
	4							.17		.14										
Problemas de intimidad	3	A		A	+	A	+							B					A	
	4												-.21		.14				-.15	
<b>COMPULSIVIDAD</b>																				
Compulsividad	3																		A	+
	4												-.15				.11			.22

Nota: PAR: TP Paranoide, ESQZD: TP Esquizoide, ESQZT: TP Esquizotípico, ANTI: TP Antisocial, LIM: TP Límite, NAR: TP Narcisista, HIS: TP Histriónico, EVI: TP por evitación, DEP: TP por dependencia, OBS: TP Obsesivo-compulsivo. 1. Hipótesis teóricas sobre la relación entre facetas y TP planteadas por Bagge y Trull (2003). 2. Resultados empíricos obtenidos de análisis de regresión jerárquica (Bagge & Trull, 2003; Pukrop et al., 2009). Se señalan las correlaciones con  $p < .05$ . 3. Estudio de Bagge y Trull (2003), controlando para el sexo y la comorbilidad. 4. Estudio de Pukrop et al., (2009), controlando para la edad, años de educación, sexo, y la comorbilidad de TP. + : Faceta relacionada positivamente con ese TP; - : Faceta relacionada negativamente con ese TP. En morado se señalan las relaciones positivas confirmadas, en verde las relaciones negativas confirmadas, en naranja las relaciones confirmadas pero con diferentes sentidos

En el caso del TP antisocial se confirman las relaciones hipotetizadas con *búsqueda de estímulos y problemas de conducta*, también con *susplicacia* aun cuando en un sentido opuesto al esperado, y se añaden sin haber sido previamente hipotetizadas las relaciones con *problemas de identidad y expresividad restringida*. Sin embargo, las relaciones teóricamente hipotetizadas entre el trastorno antisocial y las facetas *ansiedad, oposicionismo, rechazo e insensibilidad* no consiguen confirmarse. Para el trastorno límite sí se encuentran las relaciones hipotetizadas con *labilidad afectiva, autolisis y problemas de conducta*, mientras que surge una relación no esperada con *expresividad restringida* y, sin embargo, no se encuentran las teóricamente hipotetizadas con *ansiedad, problemas de identidad, distorsión cognitiva, apego inseguro, susplicacia, búsqueda de estímulos y rechazo*. En el trastorno narcisista se confirman todas las relaciones hipotetizadas, concretamente con *narcisismo, rechazo e insensibilidad*, pero también se añaden otras no hipotetizadas con *problemas de identidad, problemas de intimidad y compulsividad*. Por otro lado, con el TP histriónico se confirman todas las relaciones previstas con *labilidad afectiva, sumisión, narcisismo, búsqueda de estímulos, expresividad restringida y problemas de intimidad*, también con *apego inseguro* aunque en un sentido opuesto al esperado teóricamente, sin embargo, se añade una relación que no había sido hipotetizada con *evitación social*.

En el caso del TP por evitación solo se confirman las relaciones hipotetizadas con *evitación social, búsqueda de estímulos e insensibilidad*, mientras que no se cumplen las previstas con *ansiedad y expresividad restringida*, incluso se añaden otras relaciones no hipotetizadas con *problemas de identidad y compulsividad*. Por lo que respecta al TP por dependencia también se confirman las relaciones hipotetizadas con *sumisión y apego inseguro*, a las que se añade una relación con *problemas de identidad* que no había sido hipotetizada, sin embargo, no se encuentran las

relaciones teóricamente esperadas con *ansiedad, evitación social, suspicacia, rechazo e insensibilidad*. Finalmente, en el caso del TP obsesivo-compulsivo los resultados reflejan las relaciones hipotetizadas con las facetas *ansiedad, rechazo y compulsividad*, pero no las que cabría esperar con *sumisión, expresividad restringida o problemas de intimidad*.

Nuevamente, como en el caso del NEO-PI-R, se puede lograr una mayor profundidad de análisis de la investigación en esta área si revisamos algunos aspectos metodológicos de los estudios previamente comentados. A continuación exponemos algunas de las conclusiones alcanzadas al revisar cuestiones como los tamaños muestrales, el género o el nivel de estudios, los procedimientos de selección de las muestras y los criterios diagnósticos utilizados, así como los tipos de análisis estadísticos llevados a cabo.

En la revisión de los tres estudios que relacionan las facetas y dimensiones del DAPP-BQ y los TP categoriales nos encontramos que los tamaños muestrales utilizados oscilan entre 59 y 315 participantes, siendo en la mayoría de los casos mujeres con estudios secundarios o superiores. Así, por ejemplo, la sobrerrepresentación de mujeres con un determinado nivel de estudios en tamaños muestrales tan reducidos limita significativamente la generalización sus resultados.

Respecto al diseño de la investigación, únicamente el estudio de Pukrop y colaboradores (2009) combina grupos de población clínica en eje I y eje II con población general para realizar los análisis. El resto de estudios utilizan poblaciones específicas, bien con diagnóstico de TP sin, por cierto, diferenciar o atender a la presencia de patología en eje I (Pukrop et al., 2001; Simonsen & Simonsen, 2008), o bien población procedente exclusivamente del ámbito universitario (Bagge & Trull, 2003). Una vez más, al analizar estos estudios encontramos que la falta de claridad en la descripción de las proporciones para las categorías de eje I y eje II de las

muestras clínicas dificulta la comparación de los mismos, así como la generalización de resultados.

También la forma de evaluar la patología de personalidad resulta inconsistente entre los tres estudios revisados si tenemos en cuenta que, en ocasiones, se realiza a través de autoinformes (Bagge & Trull, 2003; Pukrop et al., 2009) y, en ocasiones, a través entrevistas clínicas semiestructuradas (Pukrop et al., 2001; Simonsen & Simonsen, 2008). Esta falta de consistencia en el método de evaluación para identificar diagnósticos clínicos puede evidentemente introducir diferencias que hacen difícil la comparación de los resultados.

Sobre el tipo de análisis utilizado, dos de los tres estudios utilizan análisis de correlaciones para identificar las relaciones entre las dimensiones y facetas del DAPP-BQ y las categorías de TP (Pukrop et al., 2001; Simonsen & Simonsen, 2008), dejando el análisis de regresión para los estudios más sofisticados (Bagge & Trull, 2003; Pukrop et al., 2009).

Incluso yendo un poco más allá de esta revisión pormenorizada de los estudios que relacionan las dimensiones del DAPP-BQ y los TP categoriales, otro aspecto que pone en cuestión la evidencia obtenida hasta la fecha en este campo de estudio es el que se refiere a la propia estructura del instrumento. Así, por ejemplo, no podemos obviar las propuestas de cambio de las 18 facetas propuestas inicialmente por Livesley a las 30 que comienzan a perfilarse en base a estudios de genética de la conducta y multivariada (Liveley, 2007; Livesley & Jang, 2008) o incluso las propuestas de autores como Kushner, Quilty, Tackett y Bagby (2011), quienes cuestionan la propia estructura latente de este instrumento y plantean la segregación de algunas de sus dimensiones para poder aproximarse más adecuadamente a las categorías de los TP.

Para concluir, y tal como hemos detallado anteriormente, las investigaciones que relacionan los modelos dimensionales (NEO-PI-R y

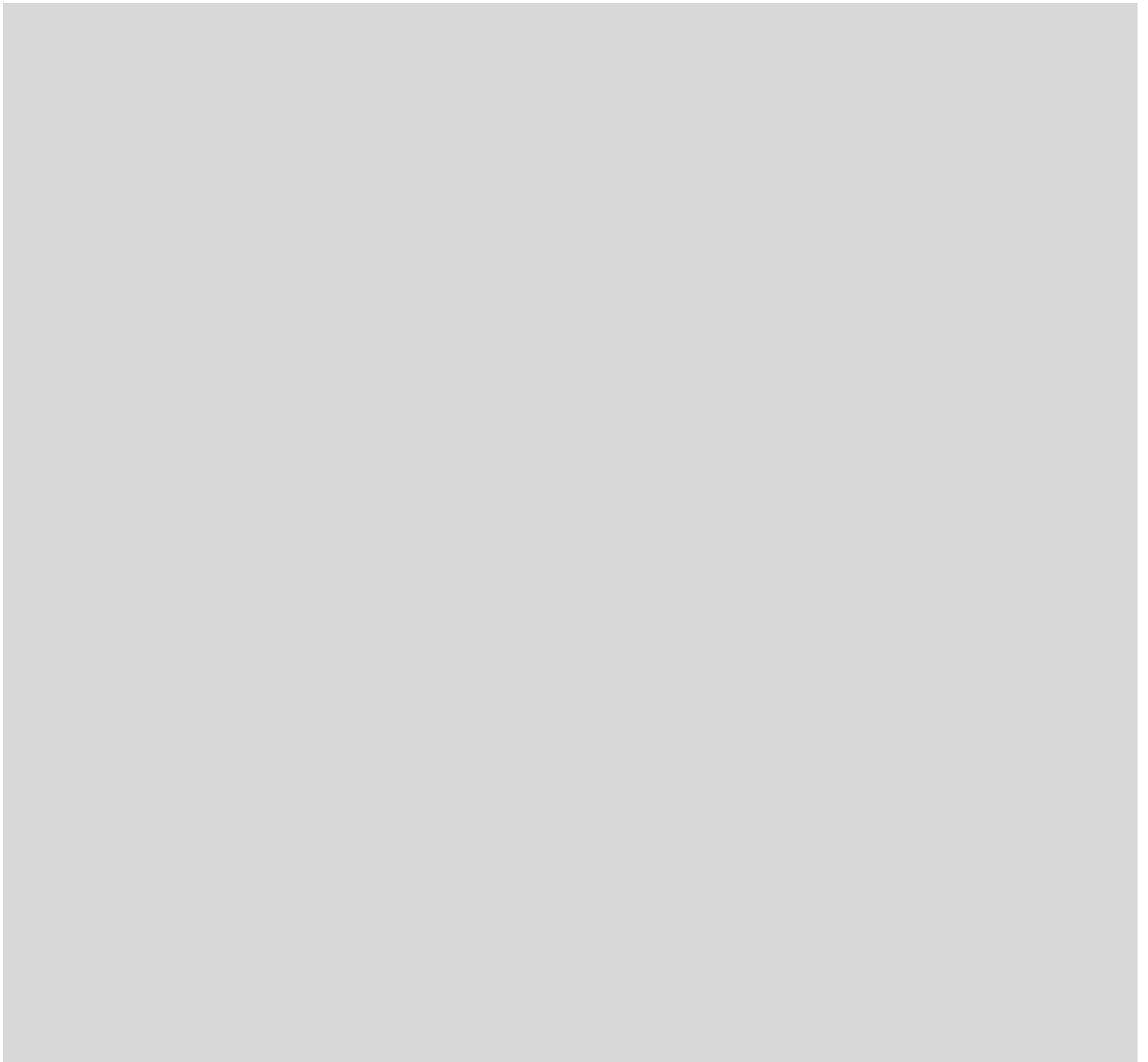
DAPP-BQ) con los modelos categoriales de los TP (DSM) aportan resultados reveladores, aun cuando el análisis pormenorizado de las mismas también evidencia la dificultad para llegar a conclusiones claras y generalizables. Todo ello pone de manifiesto, por una parte, el interés que suscita el tema y, por otra, la necesidad de continuar realizando estudios cada vez más rigurosos. Es decir, la investigación futura que relacione las dimensiones y facetas de los modelos dimensionales con las propuestas categoriales de los TP requiere de diseños metodológicos representativos de la población, en los que se asegure la participación de muestras heterogéneas, tanto en variables sociodemográficas como en presencia de patología, que utilicen instrumentos clínicos para valorar la patología de los participantes y que utilicen análisis estadísticos que permitan garantizar la posterior generalización de los resultados y, por ende, su extrapolación útil al ámbito aplicado y clínico. En otro orden de cosas, como ya hemos visto, otra cuestión que la investigación futura deberá resolver para avanzar en este campo de estudio son los problemas derivados de los propios instrumentos de medida dimensional de la personalidad (normal y patológica), tanto lo que respecta a su estructura, a su utilidad clínica y ventaja frente a las propuestas categoriales, a su capacidad para aportar explicación y comprensión a la patología de la personalidad o a la bondad de unos instrumentos frente a otros, entre otros.





# 6.

## **UNA PROPUESTA COMPRENSIVA: CONTENIDOS COMUNES ENTRE EL NEO-PI-R Y EL DAPP-BQ**





## **6. UNA PROPUESTA COMPRENSIVA: CONTENIDOS COMUNES ENTRE EL NEO-PI-R Y EL DAPP-BQ**

Obviando las posibles limitaciones metodológicas o estadísticas, e incluso las cuestiones conceptuales planteadas respecto al DAPP-BQ y el NEO-PI-R, los resultados derivados de los estudios que acabamos de comentar nos llevan a plantear las siguientes cuestiones: Si dos modelos procedentes de planteamientos teóricos diferentes, con estructuras aparentemente distintas y denominaciones para sus facetas y dimensiones también diferentes, son capaces de aproximarse a un mismo constructo clínico representado en los “trastornos de personalidad”, ¿son también similares sus instrumentos de medida?, ¿ambos miden realmente los mismos elementos básicos y nucleares pero desde posiciones distintas?, ¿podrían ser sus contenidos superponibles?, ¿tiene sentido continuar buscando con estudios rigurosos la existencia de perfiles prototípicos útiles y comprensivos para cada uno de estos modelos por separado? o ¿deberíamos buscar previamente la integración de ambos?.

Como ya hemos mencionado a lo largo de este marco teórico, en los últimos años ha habido un aumento considerable de estudios dirigidos a explorar la idea de “dimensionalidad” en personalidad, es decir, analizar si los rasgos de la personalidad normal y patológica constituirían meras

variaciones de una “única estructura” con un mismo componente etiológico de base (Eysenck, 1994; Jang & Livesley, 1999; Markon, Krueger, Bouchard, & Gottesman, 2000; O’Connor, 2002; O’Connor & Dyce, 2001; Schroeder et al., 1992; Widiger & Costa, 1994). Sin embargo, intentar identificar dicha “estructura” de personalidad que comprenda la gran variabilidad de facetas y dimensiones que proponen los distintos modelos dimensionales procedentes tanto del ámbito de la personalidad normal como de la patológica es un desafío que muy pocos autores se han propuesto desentrañar y, los que lo han hecho, han obtenido resultados poco concluyentes, a veces inconsistentes, que revelan la existencia de estructuras factoriales “similares” pero no completamente “equivalentes” entre los instrumentos de medida de la personalidad normal o la personalidad patológica (Livesley et al., 1998; O’Connor & Dyce, 1998; Markon et al., 2005).

Concretamente con los instrumentos NEO-PI-R y DAPP-BQ la revisión de la literatura científica dirigida a buscar correspondencias entre ambos pone de manifiesto que nos encontramos ante un campo de estudio muy incipiente. Aun así, los pocos resultados encontrados hasta la fecha apuntan de forma bastante consistente hacia la existencia de relaciones empíricamente significativas entre las estructuras que ambos instrumentos proponen (Larstone, Jang, Livesley, Vernon, & Wolf, 2002; Markon et al., 2005; Maruta et al., 2006; Schroeder et al., 1992). Concretamente el estudio de Larstone y colaboradores (2002) y el de Maruta y colaboradores (2006), a través de análisis de componentes principales, revelan relaciones significativas entre las dimensiones *Neuroticismo* del NEO-PI-R y *Desregulación emocional* del DAPP-BQ, entre *Amabilidad* (en sentido negativo) del NEO-PI-R y *Conducta disocial* del DAPP-BQ, entre *Extraversión* (en sentido negativo) del NEO-PI-R e *Inhibición* del DAPP-BQ y entre *Responsabilidad* del NEO-PI-R y *Compulsividad* del DAPP-BQ. La dimensión

*Apertura* del NEO-PI-R, sin embargo, resulta algo confusa pues en uno de los estudios se relaciona en sentido negativo (junto con la *Amabilidad* y el *Neuroticismo*) con la *Desregulación emocional* del DAPP-BQ (Larstone et al., 2002), mientras que en otro presenta relación en un sentido negativo (junto con la *Extraversión*) con la *Inhibición* del DAPP-BQ (Maruta et al., 2006).

A un nivel de análisis más específico y a través de una metodología basada en el análisis de regresiones jerárquicas Schroeder y colaboradores (1992), pioneros en establecer relaciones entre el NEO-PI-R y el DAPP-BQ, también encuentran relaciones significativas entre la dimensión *Neuroticismo* del NEO-PI-R y las facetas *labilidad afectiva, ansiedad, sumisión, problemas de identidad, apego inseguro, narcisismo y evitación social*, que constituyen parte importante de la dimensión *Desregulación emocional* del DAPP-BQ. Es decir, en sus resultados *Neuroticismo* aparece relacionado con facetas que reflejan dificultades en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales o insatisfacción con la circunstancias de uno mismo y la vida, cuestión que va en línea con la idea de que esta dimensión es la que presenta un papel más determinante en la expresión de la mayoría de los TP (Costa & McCrae, 1990; Wiggins & Pincus, 1989). La *Extraversión* del NEO-PI-R, sin embargo, presenta patrones diferenciados. Por un lado, en sentido positivo, se relaciona con la faceta *búsqueda de estímulos*, mientras que por otro, junto a la *Apertura* del NEO-PI-R, ambas en sentido negativo, se relaciona con las facetas *expresividad restringida* y *problemas de intimidad* de la dimensión *Inhibición* del DAPP-BQ. La *Amabilidad* del NEO-PI-R aparece relacionada en sentido negativo con las facetas *insensibilidad, rechazo, problemas de conducta* (facetas que habitualmente configuran, junto a *búsqueda de estímulos*, la dimensión *Conducta disocial*) y *susplicacia* del DAPP-BQ. Finalmente, la *Responsabilidad* del NEO-PI-R se relaciona con la faceta

*compulsividad* pero también, en sentido negativo, con *oposicionismo* del DAPP-BQ.

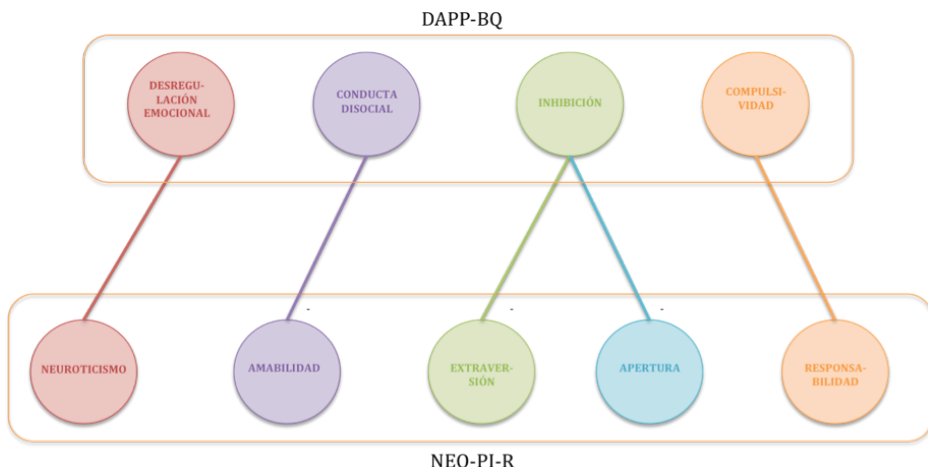
Con posterioridad al estudio de Schroeder y colaboradores, los resultados aportados por Larstone y colaboradores (2002) y Maruta y colaboradores (2006) van en esta misma línea, encontrándose contadas excepciones con los resultados descritos anteriormente. Concretamente, *susplicacia* se relaciona con *Neuroticismo* en los estudios de Maruta, *narcisismo* lo hace con baja *Amabilidad* y *Extraversión* en el estudio de Larstone, *sumisión* se relaciona con *Extraversión* en el estudio de Maruta, o *distorsión cognitiva*, que no había sido incluida inicialmente, revela relaciones significativas con *Neuroticismo* según los estudios de Larstone y de Maruta. Resulta digno de mención que en ninguno de los tres estudios descritos se evalúan las relaciones para la faceta *autolisis* del DAPP-BQ.

A modo de resumen, y a partir de los tres estudios descritos anteriormente, en la figura 12 se puede observar una representación gráfica de las relaciones encontradas con mayor frecuencia entre el NEO-PI-R y el DAPP-BQ. Para facilitar la comprensión en esta figura se exponen únicamente las principales relaciones a un nivel de dimensiones en ambos instrumentos.

De nuevo, el análisis detallado del tipo de diseño y metodología utilizada en los estudios que acabamos de comentar revela algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta en la valoración de sus resultados. Por un lado, encontramos que aun cuando los tres estudios cuentan con muestras amplias, entre 300 y 717 participantes, éstas proceden exclusivamente del ámbito universitario (Schroeder et al., 1992) o de la población general (Larstone et al., 2002; Maruta et al., 2006). Respecto a las características sociodemográficas de dichas muestras, llama la atención que suele haber una mayor representatividad de mujeres (Larstone et al., 2002; Maruta et al., 2006), con medias de edad que oscilan

entre los 27 y los 34 años. El cuanto al nivel de estudios, o bien no se informa (Schroeder et al., 1992; Maruta et al., 2006) o éste es básicamente de secundaria (Larstone et al., 2002). Estos datos ponen en entredicho la representatividad de las muestras utilizadas, así los varones, las personas con niveles de estudios inferiores o con niveles superiores se encuentran infrarepresentados, lo que abundaría en la dificultad para generalizar los resultados.

Figura 12. Representación gráfica de las relaciones encontradas entre las estructuras del NEO-PI-R y el DAPP-BQ (Schroeder et al., 1992; Larstone et al., 2002; Maruta et al., 2006).



Por otro lado, el tipo de análisis utilizado para identificar las relaciones entre las dimensiones del NEO-PI-R y las facetas del DAPP-BQ en los tres estudios son análisis de componentes principales, mientras que para evaluar la validez predictiva de las dimensiones del NEO-PI-R sobre las facetas del DAPP-BQ se utilizan análisis de regresión. Cabe señalar que en ninguno de los estudios se incluyen todas las facetas, concretamente en los tres se excluye la faceta *autolisis* y en el de Schroeder y colaboradores (1992) la faceta *distorsión cognitiva*, por estar ambas escasamente representadas en las muestras de población general que utilizan.

A los aspectos metodológicos comentados cabe añadir la cuestión de si de los resultados de estos tres estudios se deriva que el NEO-PI-R y el DAPP-BQ estarían evaluando realmente los mismos constructos teóricos. Atendiendo a las conclusiones de estos estudios se podría pensar que estamos ante formas de instrumentos equivalentes para medir un mismo constructo, lo cual implicaría a su vez la existencia de un componente común a ambos, sin embargo, el análisis crítico de la metodología que utilizan y de resultados pone de manifiesto que no se ha tenido en cuenta la diferenciación de niveles que existe entre un modelo teórico y la operacionalización en sus instrumentos de medida. Así pues, si lo que se busca es la equiparación entre modelos teóricos no se pueden desatender los criterios de bondad de los instrumentos de medida utilizados para cada uno de los modelos, ni tampoco las relaciones que existen entre ellos. En relación a esta controversia nos parece pertinente recordar lo complejo que es analizar la validez de constructo entre dos instrumentos procedentes de distintos planteamientos teóricos, lo cuales, además, no pretenden ser formas paralelas. De ahí que si los tres estudios anteriormente mencionados intentaban abordar la cuestión de si estos dos instrumentos (NEO-PI-R y DAPP-BQ) eran formas equiparables, lo que haría referencia a la invarianza métrica entre ambos, la metodología empleada genera confusión y se aleja del propósito del análisis de la invarianza de medida que se pretendía.

En esta línea de debate cabría preguntarse sobre el uso de la metodología que explora la relación entre variables y la equiparación de medidas, ya que, a menos que el contenido haya sido cuidadosamente seleccionado y contrastado, no todos los instrumentos existentes en el mercado que “parecen” medir el mismo constructo son realmente formas intercambiables. Así, los métodos de regresión y correlación únicamente aportan información sobre proyección o predicción y, por lo tanto, no



suponen en sí mismos un método adecuado para evaluar la equiparación. Sin embargo, el uso informal del lenguaje para explicar estadísticamente la predicción y la equiparación lleva a menudo a confusión, e induce a pensar que se trata de métodos intercambiables para el mismo fin.

En el campo de la personalidad solo el estudio de Samuel y colaboradores (2010) se plantea valorar realmente la invarianza de medidas entre el NEO-PI-R y el DAPP-BQ, aun cuando Dorans y Holland ya en el año 2000 enfatizaron que la investigación debe abandonar el cuestionamiento sistemático de los modelos teóricos para pasar a cuestionarse la validez y utilidad del “exceso” de instrumentos de medida en los que éstos se operacionalizan. Sin embargo, el estudio de Samuel y colaboradores (2010), que sí busca expresamente la equiparación de estas medidas, utiliza como método de análisis la teoría de respuesta al ítem (TRI), una técnica ampliamente utilizada en el campo de los test educativos y de la inteligencia pero poco en el ámbito de la personalidad y la psicopatología. Si tenemos en cuenta que en el campo de la educación o las aptitudes las respuestas son claramente dicotómicas (correcto *versus* incorrecto) mientras que en el ámbito de la personalidad, tal como indican las propias instrucciones de todos los instrumentos de evaluación, no existen respuestas correctas o incorrectas y, además, suelen utilizarse escalas likert de cinco puntos para su valoración, algunos autores sugieren que la TRI no es realmente el procedimiento más adecuado para valorar la equiparación de este tipo de medidas (Ferrando, 1996). Así, la TRI se considera un método adecuado cuando las respuestas siguen una distribución binomial, mientras que ante variables que siguen una distribución escalar o continua se considera el análisis factorial confirmatorio (AFC) como un método alternativo de igual poder estadístico. Por lo tanto, se considera que el AFC es el método más apropiado para los casos en los que no interesa la respuesta concreta al

ítem (p.ej. el índice de dificultad) sino las estructuras latentes que pudieran explicar la distribución de sus respuestas (Ferrando, 1996).

En resumen, la investigación que busca equivalencias entre instrumentos todavía se encuentra en una etapa inicial y los estudios disponibles no son todo los rigurosos que cabría esperar para sacar conclusiones firmes en torno a la relación entre el NEO-PI-R y el DAPP-BQ. Así pues, son necesarios estudios con muestras heterogéneas, que cubran otros grupos de población más allá de las tan explotadas muestras de estudiantes, así como análisis que profundicen y analicen las estructuras de estos dos instrumentos.

A partir de las limitaciones detectadas en la investigación que ha tratado de buscar relaciones entre la personalidad normal y la personalidad patológica, así como de nuestra propia experiencia y curiosidad clínicas, nos planteamos seguir explorando en torno a las cuestiones previamente comentadas. Así pues, con esta investigación nos proponemos aportar nueva evidencia, fundamentada en un diseño y metodología rigurosos, en torno a diferentes cuestiones que se encontrarían guiadas por un gradiente de complejidad o abstracción: por un lado pretendemos corroborar con una muestra amplia, variada y heterogénea (en cuanto a variables sociodemográficas y grado de patología) la existencia del continuo en la personalidad normal y en la personalidad patológica, utilizando para ello dos instrumentos procedentes de la modelos teóricos diferentes, el NEO-PI-R (planteado desde el ámbito de la personalidad normal) y el DAPP-BQ (planteado desde el ámbito de la personalidad patológica), por otro lado nos proponemos revisar la capacidad predictiva de estos dos instrumentos que se han propuesto como alternativas dimensionales para la comprensión y evaluación de los TP categoriales, finalmente, dada su aparente utilidad para evaluar desde posiciones distintas el mismo constructo de la personalidad patológica,

proponemos explorar mediante métodos confirmatorios si las estructuras de ambos instrumentos corresponden o no a un mismo constructo teórico subyacente, la personalidad “general”.

Finalmente, es de esperar que la acumulación de evidencia en este campo de estudio abra en un futuro la puerta para la creación de instrumentos de evaluación más integradores y comprensivos, más próximos al amplio constructo de personalidad, y que, sin duda, repercutirá en un mejor conocimiento de la personalidad patológica y en el trabajo diario que desde la clínica se lleva a cabo con los pacientes. A continuación pasamos, pues, a describir nuestro diseño de investigación y los objetivos que nos planteamos con la realización de esta investigación.



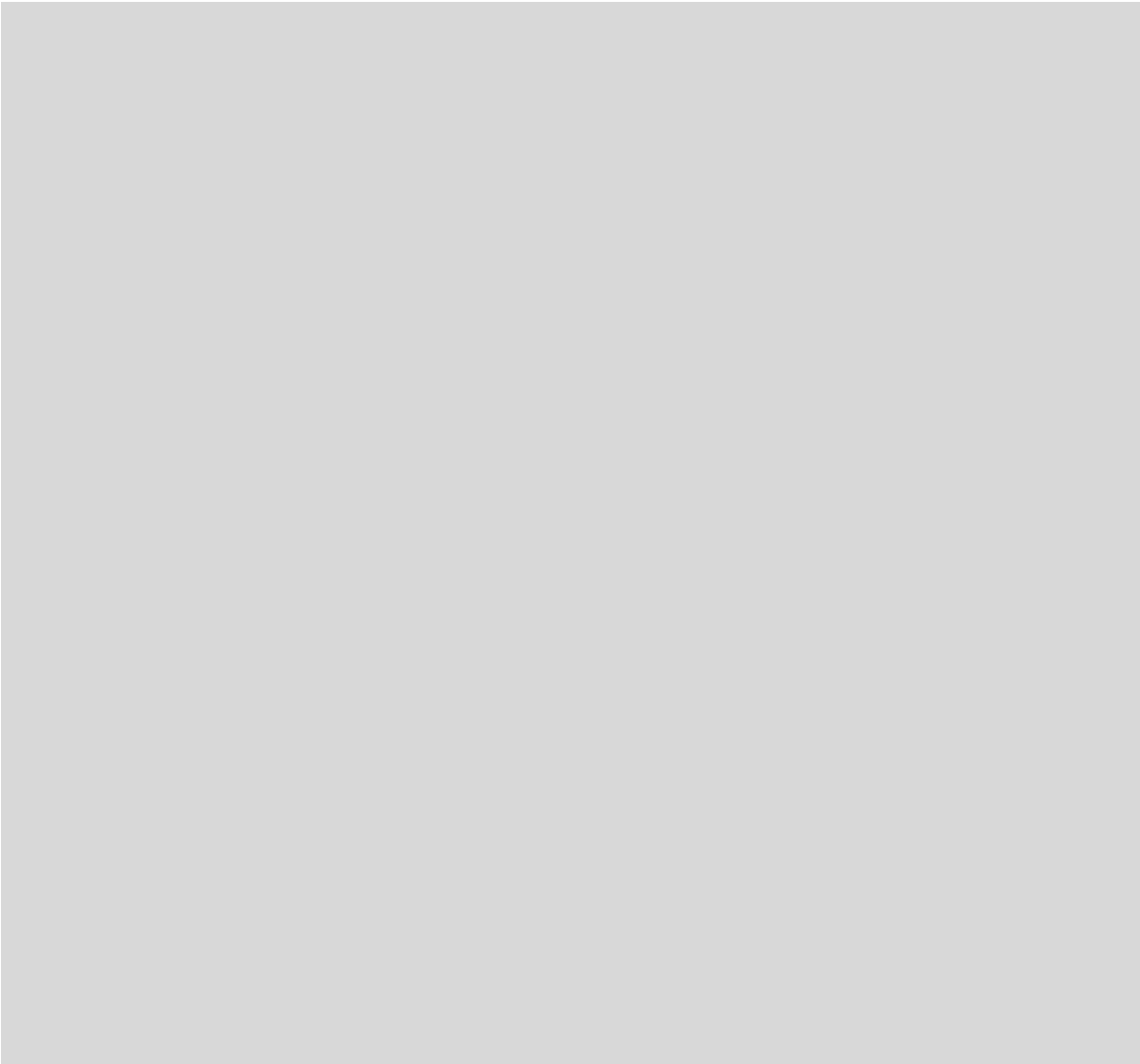
# MARCO EXPERIMENTAL

---



# 7.

## JUSTIFICACIÓN







## 7. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el estudio científico de la personalidad patológica se encuentra en un momento de profunda reflexión. Paradójicamente, las controvertidas propuestas categoriales diagnósticas que inicialmente impulsaron el estudio de los TP han dado lugar posteriormente a numerosas evidencias cuyos resultados orientan hacia las propuestas dimensionales, propuestas que se vislumbran como la alternativa de cambio más viable en la futura comprensión de los TP (Esbec & Echeburúa, 2011; Kupfer et al., 2002). Sin embargo, aunque esta necesidad de cambio conceptual y clasificatorio de los TP se esté planteando como fundamental y se prevea cada vez más próxima, todavía quedan muchas cuestiones pendientes de explicar en torno a las propuestas dimensionales (First, 2010; Kupfer et al., 2002; Widiger, 2011).

Entre estas cuestiones pendientes, como ya hemos visto en el marco teórico previo, se encuentra la necesidad de confirmar empíricamente la existencia o no de una *continuidad* entre la *personalidad normal* y la *personalidad patológica*. Un aspecto que ha ocupado, y ocupa, gran cantidad de la investigación científica que se está realizando en el campo de la patología de la personalidad y cuyos resultados apuntan claramente hacia

la existencia del continuo entre la normalidad y la patología (Clark, 1992; Livesley, 1998; Markon et al., 2005; Miller et al., 2001; Pukrop et al., 2009; Trull, 1992; Widiger & Mullins-Sweatt, 2009). Sin embargo, también llama la atención que la mayoría de estudios que aportan evidencia a favor de esta cuestión se basan en diseños con muestras de población general, y por lo tanto sin supuesta patología de la personalidad, o muestras pertenecientes a poblaciones en las que se destaca el diagnóstico de TP (Gutiérrez-Zotes et al., 2008; Kass et al., 1985; Livesley et al., 1992; Nestadt et al., 1990; Simonsen & Simonsen, 2009; Zimmerman & Coryell, 1990) en detrimento de otros grupos de población clínica (o subclínica) que también podrían ser dignos de estudio y con los que se han demostrado altos grados de comorbilidad (o co-ocurrencia) (Huang et al., 2009). Con esta investigación pretendemos aportar evidencia sobre esta cuestión utilizando para ello un diseño experimental de mayor validez ecológica, es decir, proponemos observar como se comportan dos instrumentos de medida dimensional, el NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992) y el DAPP-BQ (Livesley et al., 1998), a la hora de representar esta *continuidad* en un amplio grupo de población con el que se asegura la participación de distintos grupos, con y sin patología de la personalidad y en diferentes grados.

En esta línea de la *continuidad* entre personalidad normal y personalidad patológica, otra de las cuestiones que todavía tienen pendientes de resolver los modelos dimensionales hace referencia a la forma en la que éstos pueden integrarse con los modelos categoriales a los que pretenden sustituir. También aquí nos encontramos con algunas iniciativas científicas que han tratado de justificar la utilidad de estos los modelos dimensionales que proponemos, el NEO-PI-R y el DAPP-BQ, a través de su capacidad para representar los distintos TP que describe el DSM (Bagge & Trull, 2003; Lynam & Widiger, 2001; Pukrop et al., 2001;

Samuel & Widiger, 2004, 2006, 2008a; Simonsen & Simonsen, 2009; Trull & Widiger, 1997; Widiger et al., 1994; Widiger et al., 2002). Los resultados derivados de estos estudios revelan cómo ambos modelos, aun cuando proceden de marcos teóricos claramente diferenciados, son capaces de representar una parte considerable de las características que constituyen los TP. Sin embargo, el análisis pormenorizado de los mismos, de los diseños metodológicos y estadísticos que sustentan sus conclusiones, generan dudas en torno a su validez. Por este motivo, en nuestra investigación proponemos explorar la relación existente entre el NEO-PI-R, el DAPP-BQ y las categorías de TP que propone el DSM-IV-TR a través de un diseño experimental que intenta ser más riguroso, ya que incluye una muestra heterogénea y representativa y tiene en cuenta diferentes grados de patología que pueden estar presentes en la población.

Finalmente, y remontándonos a cuestiones más bien conceptuales en esta idea de *continuidad*, hemos observado en el marco teórico previo que si bien es cierto que durante los últimos años la comunidad científica y clínica ha generado gran cantidad de investigación y reflexión en torno a las nuevas propuestas dimensionales para aproximarse al conocimiento de la personalidad patológica, éstas normalmente lo han hecho desde postulados teóricos y/o empíricos claramente diferentes. Así, en función de las preferencias del grupo de investigadores que propone cada modelo dimensional podemos encontrar con múltiples estructuras, composiciones de rasgos y dimensiones, incluso denominaciones, para referirnos a la personalidad normal o a la personalidad patológica por separado (Widiger & Simonsen, 2005a). La evidencia empírica que se ha propuesto comparar esta heterogeneidad de propuestas, contrariamente a lo que cabría esperar, ha demostrado que realmente todas ellas no se diferencian demasiado entre sí (Livesley et al., 1998; O'Connor & Dyce, 1998; Markon et al., 2005), sin embargo, todavía no se ha conseguido

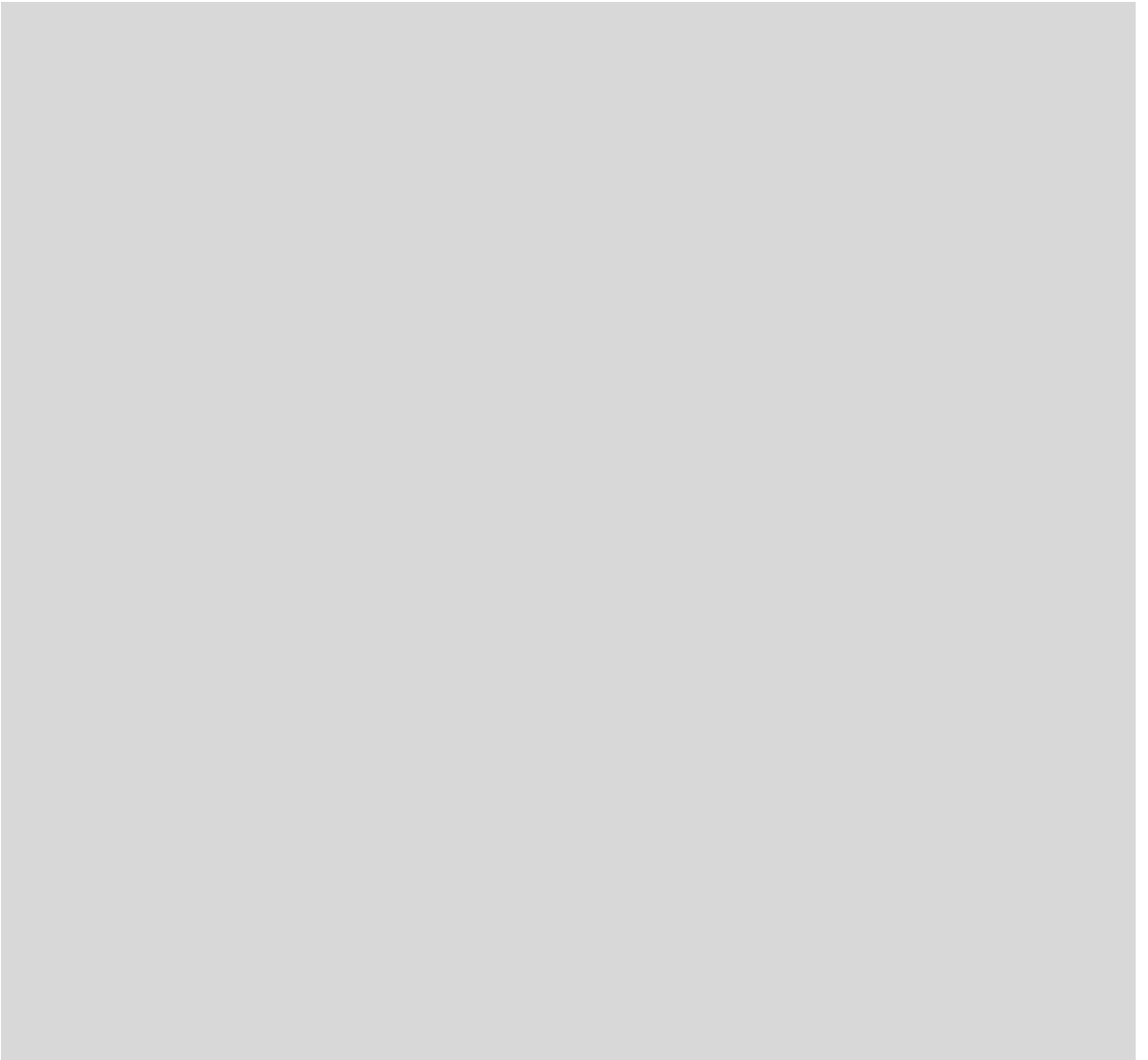
aclarar cual sería la estructura básica que permita dar cuenta de esta multidimensionalidad que conformaría la personalidad “en general” (Livesley et al., 1998; O’Connor & Dyce, 1998; Markon et al., 2005).

Más concretamente entre el NEO-PI-R y el DAPP-BQ, por tratarse de nuestros instrumentos objeto de estudio y porque se basan en dos de los principales modelos utilizados para identificar los rasgos de personalidad normal y patológica respectivamente, hemos confirmado la escasez de estudios existentes y su confusión en cuanto al tipo de análisis estadísticos utilizados para explorar las equivalencias entre ambos (Larstone et al., 2002; Markon et al., 2005; Maruta et al., 2006; Schroeder et al., 1992). Sólo el estudio de Samuel y colaboradores (2010) ha tratado de explorar en una muestra de población general la invarianza métrica entre estos dos instrumentos, utilizando para ello técnicas estadísticas procedentes de la teoría de respuesta al ítem, un tipo de análisis que, como ya hemos visto, no se considera el procedimiento más adecuado para el estudio de equivalencias entre instrumentos de evaluación de la personalidad (Ferrando, 1997). Con nuestra investigación planteamos aportar nuevos datos a esta cuestión, utilizando una muestra más heterogénea y representativa de la población, que incluya participantes con diferentes grados de patología, y una metodología más indicada para al objetivo que se pretende: el análisis factorial confirmatorio (Ferrando, 1997).

Así pues, deseamos finalizar esta investigación con el inicio de lo que pretendemos sea un proceso de “búsqueda” riguroso de los factores que subyacen a dos de los principales instrumentos dimensionales de la personalidad (NEO-PI-R y DAPP-BQ), esperando que los resultados que podamos aportar sirvan para esclarecer, o al menos incentivar, el estudio de la hasta ahora controvertida relación entre la personalidad normal y la personalidad patológica.

# 8.

## OBJETIVOS





## 8. OBJETIVOS

Tanto en el marco teórico como en la justificación previa se ha puesto de manifiesto la necesidad de seguir investigando y esclareciendo las relaciones que existen entre la personalidad normal y la personalidad patológica. Así, es necesario responder cuestiones relativas a la continuidad entre ambas, a la adecuación de los modelos dimensionales para representar las distintas categorías de TP que propone el DSM o a la existencia de factores comunes latentes a los instrumentos de medida que de estos modelos dimensionales (propuestos inicialmente para explicar la personalidad normal o la personalidad patológica por separado). Toca pues, en adelante, abordar el procedimiento experimental con el que pretendemos aportar evidencia empírica a este campo de estudio. Para ello, a continuación describimos los objetivos que se pretenden alcanzar con el desarrollo de esta investigación:

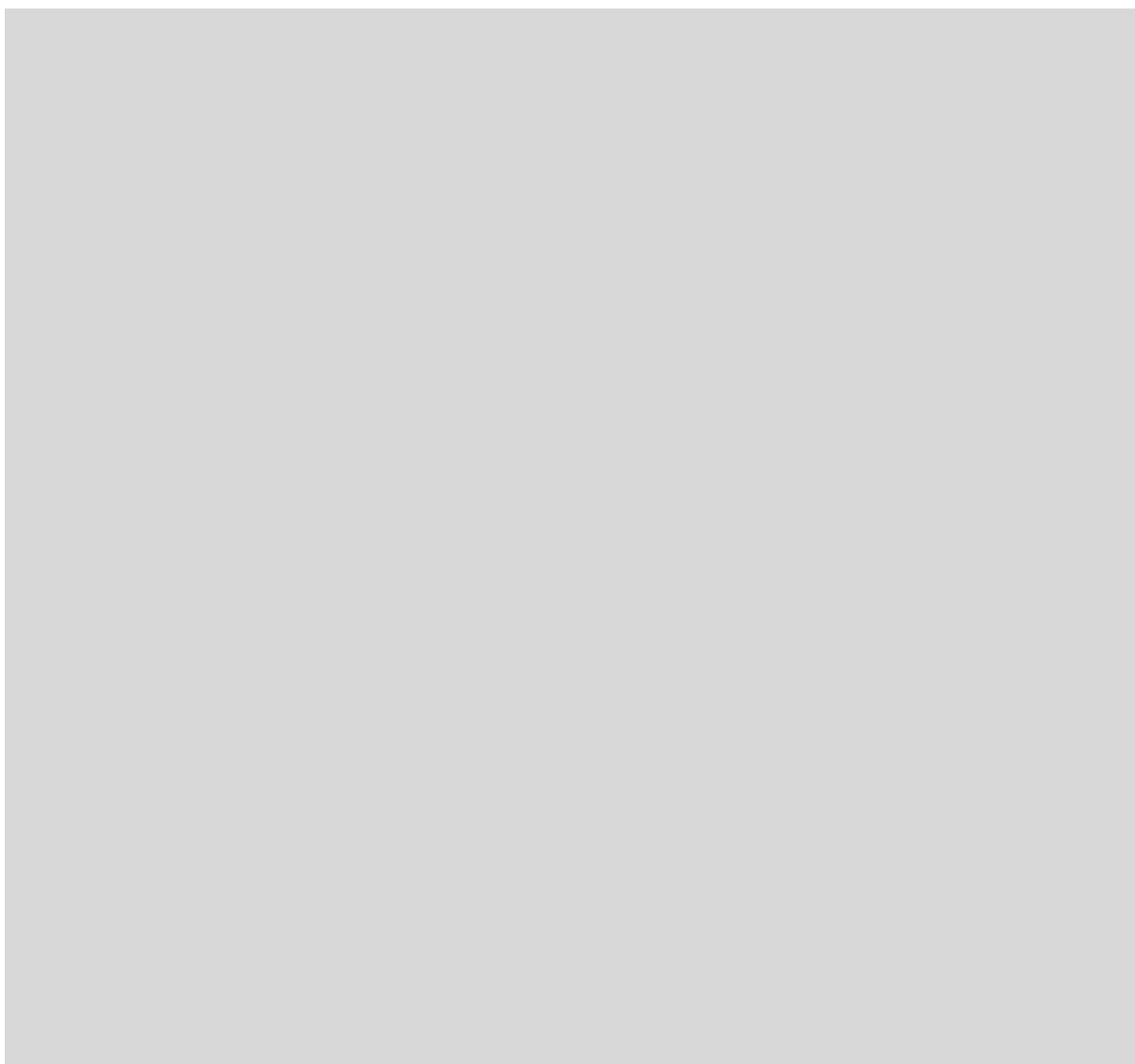
- **Primer objetivo:** Comparar los perfiles de personalidad obtenidos mediante dos instrumentos de evaluación de la personalidad: el NEO-PI-R y el DAPP-BQ en cuatro grupos de participantes con diferentes grado de patología.

- **Segundo objetivo:** Obtener los perfiles prototípicos de los diferentes TP descritos en el DSM-IV-TR a partir dos instrumentos de evaluación de la personalidad: el NEO-PI-R, basado en un modelo de la estructura de la personalidad normal; y el DAPP-BQ, basado en un modelo de la estructura de la personalidad patológica.
- **Tercer objetivo:** Analizar la invarianza de medida de los instrumentos NEO-PI-R y DAPP-BQ, es decir, comprobar en qué medida las mismas variables latentes explican las respuestas a ambos instrumentos.



# 9.

## MÉTODOS



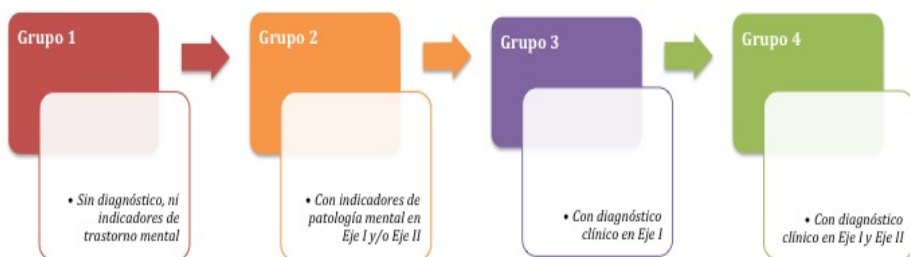


## 9. MÉTODO

### 9.1. Diseño y análisis

Para lograr los objetivos planteados anteriormente se decidió llevar a cabo un diseño experimental de comparación de grupos naturales, una metodología ampliamente utilizada en el estudio de las ciencias sociales y del comportamiento (Pedhazur & Schmelkin, 1991). Concretamente, se determinaron cuatro posibles grupos de comparación, los cuales debían ser seleccionados en base al criterio “grado de patología mental” (figura 13).

Figura 13. Establecimiento de los grupos naturales según criterio “grado de patología mental”.



Para llevar a cabo los objetivos planteados en el presente estudio se emplearon diferentes métodos de análisis. En el primer objetivo se llevaron a cabo análisis multivariados de la varianza (MANOVA y ANOVA) en los que se agruparon las facetas por cada una de las dimensiones tanto del NEO-PI-R como del DAPP-BQ. Para la realización de los análisis con el NEO-PI-R se utilizaron las puntuaciones T, mientras que con el DAPP-BQ se utilizó la suma de las puntuaciones en los ítems de cada faceta. En las comparaciones intergrupales post-hoc se utilizó la corrección de Bonferroni. En el segundo objetivo se llevaron a cabo análisis de regresión jerárquica a partir del método de introducción de variables por bloques. En estos dos objetivos el programa utilizado fue el SPSS versión 17. En el caso del tercer objetivo se realizaron análisis factoriales confirmatorios a través de ecuaciones estructurales, para lo cual se utilizó el software EQS 6.1 (Bentler, 2005).

## **9.2. Participantes**

Los cuatro grupos de estudio previamente propuestos se obtuvieron a partir de distintas poblaciones, con y sin patología mental, lo que motivó procedimientos de selección también diferentes que a continuación pasamos a detallar.

Para la selección de los participantes del Grupo 3 y el Grupo 4 se establecieron como criterios de inclusión ser mayor de edad y presentar un diagnóstico de trastorno mental según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000), principalmente del espectro del estado de ánimo, ansiedad, adaptativo y/o personalidad. Los criterios de exclusión fueron la presencia de una enfermedad orgánica severa, retraso mental, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y/o cualquier otro trastorno relacionado con el uso o abuso de sustancias. A partir de estos criterios se conformó una muestra clínica

compuesta por 214 pacientes, de los cuales 108 presentaban diagnóstico de trastorno mental en eje I y 106 en eje I y eje II.

Para la selección de los participantes del Grupo 1 y el Grupo 2 se establecieron como criterios de inclusión ser mayor de edad y no estar diagnosticado de enfermedad mental en el momento de la evaluación<sup>2</sup>. Tras la aplicación de estos criterios se obtuvo una muestra de población general de 426 participantes, de los cuales, en función de las puntuaciones obtenidas en diferentes instrumentos psicométricos de *screening* que se describen en el apartado de medidas, se identificaron 180 participantes sin indicadores que reflejaran la presencia de una patología mental y 246 participantes que, aunque no tenían (o no informaban) un diagnóstico clínico sí mostraban indicadores de patología en el eje I y/o eje II.

En resumen, la muestra de participantes del presente estudio se estableció en cuatro grupos: grupo de personas sin diagnóstico ni indicadores de trastorno mental (G1), grupo de personas con indicadores de patología mental en los eje I y/o II (G2), grupo de personas con diagnóstico clínico según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) de trastorno mental en eje I (G3) y grupo de personas con diagnóstico clínico de trastorno mental en eje I y eje II según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) (G4). Para facilitar la comprensión del lector, de ahora en adelante se utilizarán los acrónimos G1, G2, G3 y G4 para hacer referencia los distintos grupos.

En la tabla 4 se presenta la distribución de la muestra en función del género, edad y nivel de estudios. La distribución por género en los cuatro grupos no mostró diferencias significativas,  $\chi^2(3) = 4.40, p = .221$ . Tampoco se dieron diferencias significativas en edad,  $F(3, 635) = 1.45, p =$

---

<sup>2</sup> Seis participantes procedieron de la muestra clínica tras confirmar con la evaluación la ausencia de cualquier diagnóstico de trastorno mental.

.227,  $\eta^2 = .007$ . Sin embargo, para el nivel de estudios sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos,  $\chi^2 (9) = 23.65$ ,  $p = .005$ .

Tabla 4. Género, edad y nivel de estudios de los cuatro grupos de participantes.

	G1 (n = 180)	G2 (n = 246)	G3 (n = 108)	G4 (n = 106)
<b>Género</b>				
Hombre	68 (37.78%)	81 (32.93%)	31 (28.70 %)	43 (40.57%)
Mujer	112 (62.22%)	165 (67.07%)	77 (71.30%)	63 (59.43%)
<b>Edad</b>	38,69 (DT = 12.29)	37.89 (DT = 13.19)	37.72 (DT = 11.33)	35.62 (DT = 10.10)
<b>Nivel estudios<sup>3</sup></b>				
Sin estudios	1 (0.55%)	3 (1.22%)	1 (0.92%)	3 (2.83%)
Primarios	59 (32.78%)	122 (49.59%)	44 (40.74%)	32 (30.19%)
Secundarios	64 (35.55%)	75 (30.49%)	33 (30.55%)	40 (37.73%)
Universitarios	54 (30.00%)	42 (17.07%)	29 (26.85%)	29 (27.36%)

Nota. G1: grupo sin diagnóstico ni indicadores de trastorno mental, G2: grupo con indicadores de patología mental en eje I y/o eje II, G3: grupo con diagnóstico clínico en eje I, G4: grupo con diagnóstico clínico en eje I y eje II.

La tabla 5 y 6 muestran las frecuencias y distribución de patología mental tanto en eje I como en eje II que presentaban los grupos G1 y G2 a partir de los diferentes instrumentos psicométricos de *screening* utilizados. Como puede observarse, respecto a la patología de eje I, el grupo G1 se confirmó libre de cualquier sospecha de patología mental (tabla 5). El grupo G2, por el contrario, presentó indicadores de patología mental de tipo ansioso y/o del estado de ánimo, destacando principalmente la de tipo obsesivo compulsivo en un 23.17% de la muestra, la de tipo fóbico inyecciones /sangre/daño en un 38.62% de la muestra y la de tipo fóbico con un patrón combinado en un 23.17% de la muestra (tabla 5). Por lo que se refiere a los indicadores de sintomatología en eje II, el grupo G1 también se confirmó libre de cualquier sospecha de patología (tabla 6). Sin

<sup>3</sup> Sin información del nivel de estudios de 9 participantes, 2 del G1, 4 del G2, 1 del G3 y 2 del G4.

embargo, un 54.47% del grupo G2 presentó puntuaciones indicadoras de patología de personalidad, evidenciándose además en el 35.82% de dichos casos la sospecha de varias de las categorías diagnósticas de eje II (tabla 6).

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de patología de Eje I a partir del BDI-II, PSWQ, FQ y OCI-R en los grupos G1 y G2.

		G1 (n = 180)	G2 (n = 246)
SINTOMATOLOGÍA DE EJE I	Estado de ánimo	0 (0.00%)	7 (2.84%)
	Ansiedad Generalizada	0 (0.00%)	2 (0.81%)
	Sintomatología Obsesivo-Compulsiva	0 (0.00%)	57 (23.17%)
	Agorafobia	0 (0.00%)	8 (3.25%)
	Fobia inyecciones/sangre/daño	0 (0.00%)	95 (38.62%)
	Fobia social	0 (0.00%)	6 (2.44%)
	Fobia combinada	0 (0.00%)	57 (23.17%)

Nota. G1: grupo sin diagnóstico ni indicadores de trastorno mental, G2: grupo con indicadores de patología mental en eje I y/o eje II, BDI-II: Beck Depression Inventory, PSWQ: Penn State Worry Questionnaire, FQ: Fear Questionnaire, OCI-R: Obsessive Compulsive Inventory-Revised. Porcentajes calculados sobre el total de cada una de las muestras para este eje.

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de patología de Eje II a partir del IPDE en los grupos G1 y G2.

		G1 (n = 180)	G2 (n = 246)
SINTOMATOLOGÍA DE EJE II	Paranoide	0 (0.00%)	10 (4.06%)
	Esquizoide	0 (0.00%)	14 (5.69%)
	Esquizotípico	0 (0.00%)	0 (0.00%)
	Histriónico	0 (0.00%)	20 (8.13%)
	Narcisista	0 (0.00%)	8 (3.25%)
	Límite	0 (0.00%)	20 (8.13%)
	Antisocial	0 (0.00%)	5 (2.03%)
	Evitación	0 (0.00%)	86 (34.96%)
	Dependencia	0 (0.00%)	13 (5.28%)
	Obsesivo-Compulsivo	0 (0.00%)	28 (11.38%)

Nota. G1: grupo sin diagnóstico ni indicadores de trastorno mental, G2: grupo con indicadores de patología mental en eje I y/o eje II, IPDE: International Personality Disorder Examination. Porcentajes calculados sobre el total de cada una de las muestras para este eje.

La frecuencia y distribución de patología diagnóstica de eje I y eje II en los grupos G3 y G4, la cual fue confirmada a través de las entrevistas clínicas estructuradas para los trastornos del eje I (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) y los trastornos del eje II (SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997) respectivamente, se muestra en las tablas 7 y 8. Así, tal como puede observarse en la tabla 7, los trastornos más prevalentes en eje I para ambos grupos (G3 y G4) fueron el trastorno depresivo mayor, la distimia y el trastorno obsesivo-compulsivo (con porcentajes entre el 15.74 y el 19.81% para cada una de las muestras por separado), seguidos del trastorno adaptativo mixto y del trastorno de angustia con agorafobia en G3 (con 15.74% y 14.81%, respectivamente). En la categoría de *otros diagnósticos*, se recogieron seis pacientes diagnosticados de trastorno somatomorfo, uno de trastorno de la conducta alimentaria, uno con trastorno sexual, uno con trastorno del control de los impulsos y dos pacientes diagnosticados en la categoría de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. De total de la muestra clínica, el 64.48% de los pacientes presentó un solo diagnóstico en eje I, el 28.97% presentó dos diagnósticos en eje I, y tan solo el 6.54% (14 casos, todos ellos pertenecientes al grupo G2) no cumplió criterios para ningún diagnóstico en este eje. La media estimada de diagnósticos en eje I para el total de esta muestra fue de 1.22 por paciente.

A continuación, en la tabla 8 puede observarse la distribución y frecuencia de patología en eje II, que sólo estaba presente a niveles diagnósticos en el grupo G4 y de forma comórbida con otros diagnósticos en eje I, lo cual por otro lado refleja la realidad comúnmente encontrada en muestras clínicas (Grant et al., 2004; Krueger, 2005; McGlashan et al., 2000; Oldham et al., 1992; Widiger & Trull, 1998). Concretamente, el TP obsesivo-compulsivo fue el más prevalente (25.47%), seguido por los TP por evitación (17.92%), el TP Límite (16.98%) y el TP no especificado



(16.03%), garantizándose para todas las categorías diagnósticas la representación mínima que establecen las prevalencias poblacionales que describe el propio DSM-IV-TR (APA, 2000). Además de la comorbilidad con el eje I, el 16.98% de los participantes de este grupo presentó comorbilidad con otros TP, más concretamente un 15.09% de ellos presentó dos diagnósticos de TP y un 1.89% tres diagnósticos de TP. La media de TP en el grupo G4 fue del 1.17 por paciente.

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de patología de Eje I a partir de la SCID-I para los grupos G3 y G4.

		G3 (n = 108)	G4 (n = 106)
DIAGNÓSTICO EN EJE I	T. Bipolar	3 (2.78%)	3 (2.83%)
	T. Depresivo Mayor	17 (15.74%)	21 (19.81%)
	T. Distímico	17 (15.74%)	17 (16.04%)
	T. Depresivo N.E.	1 (0.92%)	0 (0.00%)
	T. Angustia con agorafobia	16 (14.81%)	8 (7.55%)
	T. Angustia sin agorafobia	8 (7.41%)	5 (4.72%)
	Agorafobia sin historia de T. Angustia	2 (1.85%)	0 (0.00%)
	T. Obsesivo Compulsivo	18 (16.67%)	20 (18.87%)
	T. Estrés postraumático	5 (4.63%)	3 (2.83%)
	T. Ansiedad Generalizada	6 (5.55%)	5 (4.72%)
	Fobia Social	2 (1.85%)	3 (2.83%)
	Fobia específica	10 (9.26%)	8 (7.55%)
	T. Ansiedad N.E.	4 (3.70%)	3 (2.83%)
	T. Adaptativo con estado de ánimo depresivo	6 (5.55%)	3 (2.83%)
	T. Adaptativo con ansiedad	1 (0.92%)	1 (0.94%)
	T. Adaptativo mixto	17 (15.74%)	14 (13.21%)
	T. Adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento	0 (0.00%)	3 (2.83%)
	T. Adaptativo N.E.	1 (0.92%)	0 (0.00%)
	Otros diagnósticos	6 (5.55%)	5 (4.72%)

Nota. G3: grupo con diagnóstico clínico en eje I, G4: grupo con diagnóstico clínico en eje I y eje II, SCID-I: Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I. Porcentajes calculados sobre el total de cada una de las muestras para este eje.

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de patología de Eje II a partir de la SCID-II en el grupo G4.

		G4 (n = 106)
DIAGNÓSTICO EN EJE II	T.P. Paranoide	9 (8.49%)
	T.P. Esquizoide	4 (3.77%)
	T.P. Esquizotípico	4 (3.77%)
	T.P. Histriónico	10 (9.43%)
	T.P. Narcisista	2 (1.89%)
	T.P. Límite	18 (16.98%)
	T.P. Antisocial	5 (4.72%)
	T.P. por Evitación	19 (17.92%)
	T.P. por Dependencia	9 (8.49%)
	T.P. Obsesivo-Compulsivo	27 (25.47%)
	T.P. no especificado	17 (16.03%)

Nota. G3: grupo con diagnóstico clínico en Eje I y Eje II, SCID-II: Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje II. Porcentajes calculados sobre el total de la muestra para este eje.

### 9.3. Procedimiento

Para obtener las muestras objeto de nuestro estudio se llevaron a cabo dos procedimientos diferentes de selección, uno para los grupos clínicos (G3 y G4) y otro para los grupos de población general sin diagnóstico (G1 y G2). A continuación pasamos a describir detalladamente cada uno de los procedimientos utilizados, pudiéndose consultar un resumen conjunto en la figura 14.

#### 9.3.1. Procedimiento realizado para obtener los grupos clínicos

Los grupos G3 y G4 se obtuvieron con la colaboración de varias Unidades de Salud Mental (USM) consideradas como representativas de la provincia de Castellón. Concretamente, las USMs que participaron en nuestro estudio fueron la 2.1 y 2.2 adscritas al Departamento de Salud de

“Castellón”, y la 2.4 (Burriana) y 2.5 (Vila-real) pertenecientes al Departamento de Salud “La Plana”, las cuales atienden a una población estimada de 87.852, 71.982, 77.844 y 65.500 habitantes respectivamente. Como es preceptivo en este tipo de estudios el proyecto fue presentado y valorado positivamente por la comisión deontológica de la institución pública implicada (Agencia Valenciana de Salud).

Atendiendo a las particularidades del tipo de población seleccionada, el procedimiento de evaluación llevado a cabo en estos dos grupos se dividió en 6 fases:

**FASE 1:** En primer lugar se llevó cabo una reunión con cada una de las USM implicadas con el objetivo de presentar el proyecto y explicar a los facultativos especialistas de dichos dispositivos (psicólogos clínicos o psiquiatras) el motivo y objetivo de nuestro estudio, así como los diferentes criterios de inclusión y exclusión necesarios para la selección de las muestras:

***Criterios de inclusión:*** para que un paciente fuera candidato a participar en el estudio se requería la presencia de al menos un diagnóstico de trastorno mental según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000), principalmente del espectro de estado de ánimo, ansiedad, adaptativo y/o personalidad, por el que se encontrara recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico en el momento de la evaluación.

***Criterios de exclusión:*** era motivo de exclusión del estudio la presencia de una enfermedad orgánica severa, retraso mental, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, así como cualquier otro trastorno relacionado con el uso o abuso de sustancias.

En dicha reunión con las USM se informó también a los facultativos del protocolo de derivación y de la evaluación que la investigadora llevarían a cabo con los pacientes que aceptaran participar en el estudio. Desde una perspectiva traslacional (Salomone, 2005) y con la pretensión de establecer una colaboración entre la investigación básica y la práctica clínica, también se les explicó que al finalizar la evaluación de cada paciente se les entregaría un informe con los principales resultados de su evaluación. De este modo, el beneficio no sólo redundaría en la investigación, sino también en su práctica clínica con el paciente y en la propia institución. La función de los profesionales asistenciales era únicamente la de seleccionar a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión previamente descritos para, a continuación, informarles de las características del estudio y la forma de participación. Si el paciente aceptaba, el clínico cumplimentaba una “hoja de derivación” con los datos de contacto y el diagnóstico del paciente en eje I y/o en eje II.

Empleando un sistema de muestro no probabilístico incidental, durante el periodo comprendido entre los años 2005-2010, los facultativos especialistas de las mencionadas USMs derivaron a 284 pacientes que cumplían los criterios necesarios y accedían a participar en el estudio. De ellos, sólo se pudo contactar con 281.

**FASE 2:** Cuando la investigadora recibía la hoja de derivación, y en un plazo máximo de 15 días, se contactaba telefónicamente con el paciente para explicarle el objetivo de la investigación, confirmar su voluntariedad en la participación y acordar una cita para la 1ª sesión de evaluación. Con el fin de ser lo más ecológicos posibles y tratando de facilitar al máximo la participación y la familiaridad con su entorno habitual, las sesiones siempre se realizaron en la USM de referencia del paciente.

En esta primera sesión con el paciente la investigadora realizaba una entrevista con el siguiente esquema:

1. Primeros minutos dedicados al establecimiento del rapport y la explicación detallada del objetivo y forma de participación en el estudio (de forma oral y por escrito).
2. Cuando había garantía de que el/la paciente había entendido claramente dichas cuestiones, se le solicitaba la firma de la hoja de consentimiento para su participación en el estudio.
3. A continuación la investigadora recogía datos personales e información relativa a variables sociodemográficas básicas (edad, género y nivel de estudios del paciente) y realizaba la evaluación psicométrica inicial. Dicha evaluación estaba compuesta por diferentes autoinformes dirigidos a evaluar la presencia de posible patología en los ejes I y II, concretamente:
  - *International Personality Disorder Examination* [IPDE] (Loranger, 1995; Versión española de López-Ibor, Pérez-Urdániz, & Rubio, 1996)
  - *Beck Depression Inventory* [BDI-II] (Beck, Steer, & Brown, 1996; Versión española de Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003)
  - *Penn State Worry Questionnaire* [PSWQ] (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990)
  - *Fear Questionnaire* [FQ] (Marks & Mathews, 1979)
  - *Obsessive Compulsive Inventory-Revised* [OCI-R] (Foa et al., 2002, Versión española de Fullana, et al., 2005)
  - Formulario de salud general elaborado *ad hoc* para detectar la presencia de trastornos somatomorfos y

trastornos de la conducta alimentaria.

Todos los autoinformes debían cumplimentarse durante la sesión y en presencia de la investigadora, quien facilitaba las instrucciones de respuesta en cada uno de los instrumentos y resolvía las dudas que pudieran surgir.

4. Una vez finalizada la evaluación psicométrica inicial, la investigadora ofrecía y explicaba los instrumentos de autoinforme que el paciente debía cumplimentar en su domicilio, concretamente los instrumentos que evaluaban rasgos de personalidad desde un planteamiento dimensional:
  - DAPP-BQ (Livesley et al., 1998; Adaptación española de Gutiérrez-Zotes et al., 2008)
  - NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992; Adaptación española de Avia, 2000).

Los criterios seguidos para establecer el orden de aplicación de todos estos instrumentos fueron: (a) la necesidad de evaluar el “estado” del paciente desde un primer momento, teniendo en cuenta las variaciones que éste puede experimentar en el transcurso de los días, (b) los resultados de los primeros autoinformes eran los necesarios para preparar las entrevistas diagnósticas correspondientes de la SCID-I y SCID-II que permitían establecer el diagnóstico categorial en la segunda entrevista y, (c) las instrucciones de los instrumentos que el paciente debía rellenar en su domicilio eran similares, mientras las de los instrumentos que evaluaban “estado” podían ser muy diferentes.

5. Finalmente, tras agradecer al paciente su participación se

concertaba una cita para la 2ª sesión (fase 4), en la cual se llevarían a cabo las entrevistas pertinentes después de analizar los resultados de los autoinformes cumplimentados en esta 1ª sesión (fase 3).

De los 281 pacientes con los que se contactó inicialmente, 253 accedieron a participar y completaron esta primera evaluación. La duración de esta 1ª sesión fue de aproximadamente una hora y media por paciente.

**FASE 3:** En esta fase la investigadora valoraba los resultados obtenidos con los autoinformes cumplimentados en la fase 2 y, atendiendo al criterio (punto de corte) que se describe para cada instrumento en el apartado de medidas, se planificaban las entrevistas diagnósticas SCID-I (First, Spitzer, et al., 1997) y SCID-II (First, Gibbon, et al., 1997) que debían realizarse en la siguiente fase (2ª sesión). Teniendo en cuenta las limitaciones que se derivan de las medidas de autoinforme (Bouvard et al., 2011; Guy et al., 2008; Zimmerman, 1994; Zimmerman & Coryell, 1990; Zimmerman et al., 1988), la introducción de estas entrevistas diagnósticas permitía a la investigadora confirmar/descartar los resultados obtenidos con los autoinformes y realizar así los correspondientes diagnósticos categoriales de eje I y/o II según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000).

**FASE 4:** En esta 2ª sesión, que atendiendo a las posibles variaciones del estado clínico del paciente debía realizarse en un plazo de tiempo inferior a 15 días después de la 1ª sesión, se llevaban a cabo las correspondientes entrevistas clínicas SCID-I (First, Spitzer, et al., 1997) y/o SCID-II (First, Gibbon, et al., 1997) derivadas de la fase anterior. A continuación se detalla el esquema llevado a cabo en esta sesión:

1. Inicialmente la investigadora dedicaba unos minutos al

acogimiento y consolidación del rapport.

2. Se preguntaban y aclaraban las dudas que hubieran surgido durante la cumplimentación de los cuestionarios de autoinforme que el paciente había realizado en su domicilio.
3. Se realizaban las entrevistas diagnósticas seleccionadas en la fase 3.
4. Se finalizaba la sesión agradeciendo al paciente su participación y recordándole que remitiríamos el informe de sus resultados a su facultativo de referencia.

De los 253 pacientes que iniciaron el estudio, 242 finalizaron la evaluación completa. La duración de esta 2ª sesión fue de aproximadamente una hora y media por paciente.

**FASE 5:** Una vez finalizadas las entrevistas SCID-I y/o II (First, Spitzer, et al., 1997; First, Gibbon, et al., 1997) la investigadora realizaba el/los diagnósticos clínicos derivados de ellas, adscribía al paciente a uno de los grupos clínicos del estudio (G3 y G4) y corregía los cuestionarios de personalidad que el paciente había entregado en la fase 4.

De los 242 pacientes que finalizaron el protocolo de evaluación 214 presentaron al menos un diagnóstico en eje I y/o II, 6 no cumplieron criterios suficientes para ningún diagnóstico DSM-IV-TR (APA, 2000) y, por lo tanto, se incluyeron en la muestra de población general y 22 no se incluyeron en el estudio por razones de validez en la cumplimentación de los autoinformes.

**FASE 6:** En esta última fase la investigadora elaboraba el informe con los datos relativos al diagnóstico/s clínico/s confirmados según las SCID-I y/o SCID-II (First, Spitzer, et al., 1997; First, Gibbon, et al., 1997), así como los



perfiles de personalidad obtenidos con el IPDE (Loranger, 1995; Versión española de López-Ibor et al., 1996), el NEO-PI-R y el DAPP-BQ. Posteriormente este informe se lo entregaba personalmente al facultativo responsable de cada paciente con el fin de poder aclarar alguna cuestión si se requería.

El tiempo total dedicado a la evaluación de los participantes de los grupos G3 y G4 se estimó en aproximadamente cuatro horas por paciente (evaluación, corrección de instrumentos y elaboración del informe de resultados).

### **9.3.2. Procedimiento realizado para obtener los grupos de población general**

Para llevar a cabo nuestro diseño experimental y obtener una muestra de participantes sin trastorno mental que fuera equiparable con los grupos clínicos (G3 y G4) en las variables sociodemográficas básicas (edad, género y nivel de estudios), la selección de los grupos G1 y G2 se llevó a cabo en diversos contextos de la población general durante último periodo de la recogida de muestra clínica, aproximadamente durante los años 2009-2011. Para su identificación se utilizaron principalmente carteles informativos colocados en el recinto de la Universitat Jaume I y se contó con la colaboración de las Escuelas de Adultos “Germà Colom” y “Pascual i Tirado” de Castellón.

Atendiendo las características este grupo de población, el procedimiento empleado para la composición de los grupos G1 y G2 constistió en las siguientes fases:

**FASE 1:** Se distribuyeron carteles informativos (en los que figuraba el teléfono de contacto, así como el lugar y horario de atención del grupo de investigación) en el recinto de la Universitat Jaume I y se pidió

colaboración a las Escuelas de Adultos “Germà Colom” y “Pascual i Tirado” de Castellón para solicitar voluntarios mayores de edad que desearan participar en el estudio.

Mediante este procedimiento de muestreo no probabilístico incidental, durante el periodo que duró la selección de la muestra, aproximadamente 600 personas contactaron con el grupo de investigación para informarse y ofrecerse como participantes.

**FASE 2:** Cuando los voluntarios contactaban con el grupo de investigación la investigadora responsable pedía información sobre algunos aspectos sociodemográficos y clínicos básicos, determinantes para decidir si pasaba o no a la fase 3 del estudio. A partir de estos datos se excluyeron los menores de edad, los que informaron de algún problema de salud mental o de poseer un diagnóstico de enfermedad mental, así como los que presentaban características sociodemográficas (edad, género y nivel de estudios) que no se ajustaran a las necesarias para garantizar la equiparación con el grupo clínico. Si un voluntario cumplía con los criterios requeridos se seguía el procedimiento que se describe a continuación:

1. Se explicaba el objetivo del estudio de forma oral y por escrito.
2. Se le entregaba un sobre con todos los autoinformes de psicopatología general y personalidad que debía cumplimentar en su domicilio, previa explicación de las instrucciones de cada uno de ellos. Concretamente, cada participante debía cumplimentar los siguientes instrumentos:
  - IPDE (Loranger, 1995; Versión española de López-Ibor et al., 1996)
  - DAPP-BQ (Livesley et al., 1998. Adaptación española de Gutiérrez-Zotes et al., 2008)

- NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1990. Adaptación española de Avia, 2000)
  - BDI-II (Beck et al., 1996. Versión española de Sanz et al., 2003)
  - PSWQ (Meyer et al., 1990), el FQ (Marks & Mathews, 1979)
  - OCI-R (Foa et al., 2002; Versión española de Fullana et al., 2005)
  - Formulario de salud general elaborado *ad hoc*.
3. Se ofrecía una gratificación simbólica de 10 euros que se entregaría al finalizar el proceso de evaluación.
  4. Finalmente se agradecía la participación y se proponía lugar y fecha, inferior a 15 días, para un segundo encuentro.

Como se trataba de una participación voluntaria y anónima para estas muestras no se solicitaron datos de identificación, por lo que tampoco se firmó acuerdo de colaboración con los participantes.

Atendiendo a estos criterios de inclusión/exclusión anteriormente comentados, de los aproximadamente 600 voluntarios que contactaron se seleccionaron para pasar a la siguiente fase 467.

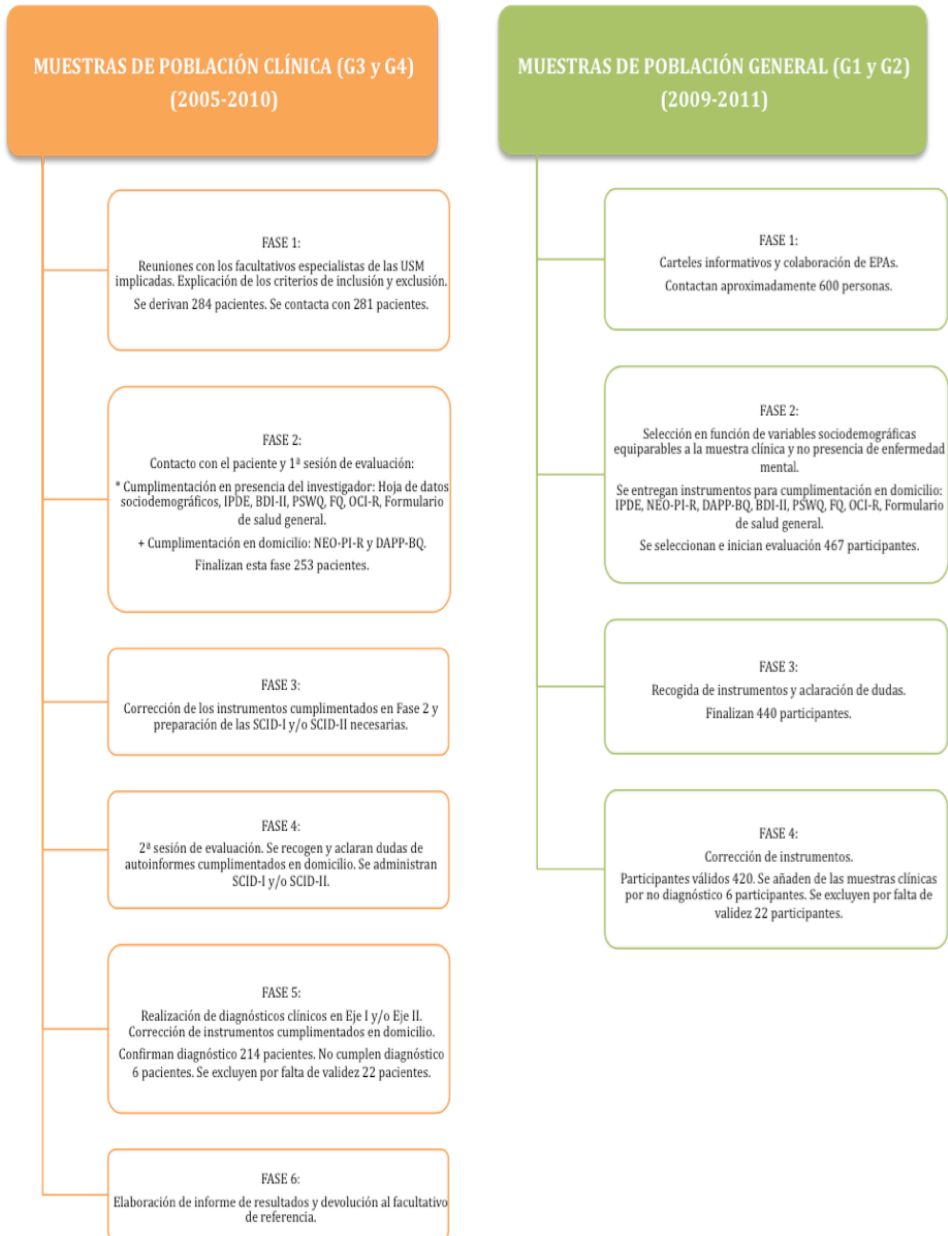
**FASE 3:** En este 2º encuentro la investigadora revisaba que los cuestionarios que devolvía el participante estuvieran bien cumplimentados y, si era necesario, se resolvían las dudas que hubieran surgido. Finalmente se agradecía la participación y se ofrecía la compensación económica correspondiente.

De los 467 participantes a los que se entregaron los cuestionarios, sólo 440 finalizaron esta fase 3 y cabe señalar, además, que aproximadamente un 50% de ellos renunció a la recompensa económica.

**FASE 4:** En esta última fase la investigadora corregía los cuestionarios recogidos en la fase 3.

De los 440 participantes que finalizaron el proceso de evaluación se eliminaron 20 por falta de validez en la cumplimentación. Así pues, el número final de participantes fue de 420 que, junto con los 6 pacientes de la muestra clínica que no cumplían criterios para ningún diagnóstico en el momento de la evaluación, conformaron una muestra total de 426 participantes. Finalizada la corrección de los cuestionarios y tras aplicar los criterios de composición descritos para cada uno de los grupos de la población general, esta muestra de la población general se dividió en dos subgrupos: un grupo formado por 180 participantes que no presentaba indicadores de patología en eje I y/o eje II (G1) y un grupo de 246 participantes que, a pesar de no haber informado de presencia de trastorno mental, en su evaluación sí mostraba algunos indicadores de patología en eje I y/o eje II (G2). El tiempo estimado por participante para llevar a cabo este procedimiento de evaluación fue de aproximadamente una hora y media.

Figura 14. Resumen de los procedimientos utilizados para la selección de las muestras de población clínica y población general.



## 9.4. Medidas

Los participantes de este estudio formaban parte de una investigación más amplia dirigida a evaluar los factores de vulnerabilidad en el desarrollo de trastornos internalizantes y externalizantes en el que se aplicaba un extenso protocolo de evaluación. A continuación pasamos a detallar los instrumentos concretos que han sido utilizados para el desarrollo del presente trabajo. Al finalizar el apartado se puede consultar un cuadro resumen de dichos instrumentos, así como de los diferentes puntos de corte utilizados para la evaluación de las diferentes nuestras muestras (cuadro 9).

*Inventario de personalidad NEO-Revisado* (NEO Personality Inventory-Revised [NEO-PI-R], Costa & McCrae, 1992. Adaptación española de Avia, 2000) (anexo 2).

El NEO-PI-R es un cuestionario de autoinforme desarrollado desde la perspectiva dimensional que tiene como propósito medir los rasgos propios de la personalidad normal. Está formado por 240 ítems que describen el modo general en el que las personas se comportan y sienten. Sus respuestas se evalúan según el grado de acuerdo con una escala de intervalo de 5 puntos, siendo 0 “*En total desacuerdo*” y 4 “*Totalmente de acuerdo*”. Para su corrección, sus autores proponen una estructura jerárquica basada en el MCF según la cual se identifican 5 grandes factores o dimensiones, cada una de las cuales está compuesta a su vez por 6 rasgos o facetas más específicas: *Neuroticismo*, referida al nivel de ajuste emocional e inestabilidad; *Extraversión*, referida a la cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales, al nivel de actividad, a la necesidad de estimulación y a la capacidad para la alegría; *Apertura a la Experiencia*, referida a la búsqueda activa y apreciación de las experiencias por sí mismas; *Amabilidad*, una dimensión interpersonal que se refiere a las

clases de interacciones que la persona prefiere en un continuo entre la compasión y el antagonismo; y *Responsabilidad*, referida al grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a metas. La estructura interna del instrumento y la descripción detallada de las facetas que lo componen puede consultarse en el cuadro 6 que se presentó en la página 66 de este trabajo. Aunque este instrumento, como la mayoría de instrumentos de personalidad procedentes de modelos dimensionales, no tiene una finalidad diagnóstica sino descriptiva también cuenta con algunas iniciativas dirigidas a encontrar perfiles concretos de facetas que permitan a los clínicos identificar los diferentes TP que propone el DSM-IV (Lynam & Widiger, 2001; Samuel & Widiger, 2008a; Trull & Widiger, 1997; Widiger et al., 2002).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el NEO-PI-R constituye uno de los instrumentos con mejores índices de fiabilidad y validez en el campo de la personalidad (Allik, 2005; Ashton & Lee, 2001; Costa & McCrae, 1984; Costa & McCrae, 1988; Costa, McCrae, & Dye, 1991; Digman, 1990; Halverson, Kohnstamm, & Martin, 1994; John, 1990; McCrae & Costa, 1997; McCrae & John, 1992; McCrae, Costa, & Yik, 1996; Roberts & DelVecchio, 2000).

*Cuestionario básico de evaluación dimensional de la personalidad patológica* (Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire [DAPP-BQ], Livesley et al., 1998. Adaptación española de Gutiérrez-Zotes et al., 2008) (anexo 3).

El DAPP-BQ es un cuestionario de autoinforme desarrollado desde la perspectiva dimensional para evaluar los rasgos y conductas propias de la personalidad patológica. Está formado por 290 ítems cuyo contenido se refiere al modo, más bien de carácter extremo y disfuncional, en que las personas se comportan y sienten. Las respuestas se evalúan en función del

grado de acuerdo con una escala de intervalo de 5 puntos, siendo 0 “Muy en desacuerdo” y 4 “Muy de acuerdo”. Respecto a su corrección, el modelo que subyace al DAPP-BQ propone una estructura jerárquica de personalidad patológica formada por 18 facetas básicas, las cuales, a su vez, pueden agruparse en 4 dimensiones independientes: *Desregulación emocional*, *Conducta disocial*, *Inhibición* y *Compulsividad*. Al margen de la evaluación de la personalidad, el instrumento también cuenta con una escala de deseabilidad social. La estructura y descripción detallada de las facetas que componen este instrumento pueden consultarse en el cuadro 7 que se presentó en la página 69 de este trabajo. Como en el caso del NEO-PI-R, este instrumento cuenta con algunas iniciativas dirigidas a encontrar perfiles prototípicos de facetas que permitan a los clínicos identificar los actuales TP (Bagge y Trull, 2003; Pukrop et al., 2009).

Respecto a sus propiedades psicométricas, el DAPP-BQ cuenta con niveles adecuados de fiabilidad y validez, tanto en muestras clínicas como en muestras procedentes de la población general (Gutiérrez-Zotes et al., 2008; Marutaa et al., 2006; Pukrop et al., 2001, 2009; Schroeder et al., 1992; Simonsen & Simonsen, 2009; van Hiel et al., 2004; van Kampen, 2002; Wang et al., 2004; Zheng et al., 2002). En los anexos 4 y 5 se pueden consultar dos cuadros resumen con los datos psicométricos acumulados hasta la fecha sobre las diferentes estructuras factoriales que ha presentado este instrumentos según lenguas, culturas y tipos de población.

*Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad*  
(*International Personality Disorder Examination* [IPDE], Loranger, 1995. Versión española de López-Ibor et al., 1996) (anexo 6).

El IPDE es un instrumento diagnóstico compuesto por una entrevista clínica semiestructurada basada en los criterios del DSM-IV (APA, 1994) y la CIE-10 (OMS, 1993) para los TP y un autoinforme de 95



ítems que tiene como propósito detectar (con anterioridad a la entrevista) los rasgos y conductas relevantes para cada categoría de TP. Debido a que tanto la entrevista como el autoinforme que componen este instrumento pueden ser utilizados por separado, en la realización de este estudio decidimos utilizar únicamente el autoinforme perteneciente al módulo para el DSM-IV (formado por 77 ítems de la versión completa) y lo complementamos con la entrevista semiestructurada SCID-II (First, Gibbon, et al., 1997) que describiremos a continuación. El objetivo de este instrumento es que el paciente describa su conducta habitual durante los últimos 5 años a través de una escala nominal dicotómica, en la que “V” es verdadero y “F” falso.

La corrección del IPDE proporciona al entrevistador una rápida información acerca de qué TP están probablemente presentes y, por el contrario, qué otros resultan muy poco probables, información que siempre debe ser confirmada o descartada a través de una entrevista semiestructurada posterior. Con un objetivo diagnóstico y según la interpretación original, si el individuo señala 3 o más ítems para un TP concreto se considera que la evaluación es positiva y debe ser entrevistado antes de poder confirmar o descartar el correspondiente diagnóstico categorial de TP (Loranger, 1999). El instrumento permite también la posibilidad de adoptar otros estándares de referencia (mayores o menores) dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tengan en el propósito de evaluación los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos) (Álvaro-Brun & Vegue-González, 2008). Además de esta evaluación categorial, como se puede ver en el cuadro 8, el IPDE también ofrece la posibilidad de realizar una aproximación dimensional al diagnóstico de los TP utilizando la contabilización de los criterios presentes y ausentes para cada una de sus categorías (Widiger, 1993).

Cuadro 8. Propuesta de conversión de las categorías diagnósticas en clasificaciones dimensionales (Widiger, 1993).

T. PERSONALIDAD	Nº CRITERIOS					
	Ausente	Con rasgos	Subumbral	Umbral	Moderadamente presente	Prototipo
Paranoide	0	1-2	3	4	5-6	7
Esquizoide	0	1-2	3	4	5-6	7
Esquizotípico	0	1-3	4	5-6	7-8	9
Antisocial	0	1-2	3	4-5	6-9	10
Límite	0	1-3	4	5	6-7	8
Histriónico	0	1-2	3	4-5	6-7	8
Narcisista	0	1-3	4	5-6	7-8	9
Evitativo	0	1-2	3	4	5-6	7
Dependiente	0	1-3	4	5-6	7-8	9
Obsesivo-Compulsivo	0	1-3	4	5-6	7-8	9

Dado que en nuestro estudio el IPDE fue utilizado con fines diagnósticos y también de clasificación dimensional, a continuación describimos los diferentes criterios y puntos de corte que se utilizaron en cada una de las muestras:

1. En la muestra clínica (grupos G3 y G4): Si el objetivo era realizar un diagnóstico categorial se utilizó un punto de corte de 4 o más para cualquiera de las categoría de TP que evalúa el autoinforme. Esta puntuación nos indicaba la sospecha de un diagnóstico de TP, el cual debía ser confirmado posteriormente con la entrevista SCID-II (First, Gibbon, et al., 1997) correspondiente. Sin embargo, si el objetivo era realizar una clasificación dimensional de las muestras, lo cual fue necesario para la realización de algunos de los análisis, se utilizaron los puntos de corte pertenecientes al rango “umbral” propuestos por Widiger (1993).

2. En la muestra procedente de la población general (grupos G1 y G2): Dado que se trataba de participantes que habían informado previamente de no poseer ningún diagnóstico de enfermedad mental, se utilizó como criterio para identificar aquellos casos con indicadores de patología de TP los puntos de corte del rango “moderadamente presente” o superiores propuestos por Widiger (1993).

Las propiedades psicométricas en cuanto a fiabilidad y validez de este instrumento han resultado ser generalmente adecuadas (Loranger, 1999; Blanchard & Brown, 1998; Coolidge & Segal, 1998).

*Entrevista Clínica Estructurada para los TP del Eje II del DSM-IV* (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* [SCID-II], First, Gibbon, et al., 1997) (anexo 7).

La SCID-II es una entrevista semiestructurada para evaluar de forma heteroaplicada los diferentes TP descritos en el DSM-IV (APA, 1994). Para su realización el evaluador cuenta con un cuaderno de preguntas a través del cual va explorando las distintas categorías de TP por separado y a la vez que responde a las preguntas que se plantean con una escala ordinal de 4 alternativas: “¿” información inadecuada, “1”: ausente- falsa, “2”: subumbral y “3”: umbral-verdadera. Su corrección consiste en contabilizar el número de valoraciones codificadas con un “3” para cada TP, siendo necesario alcanzar el número de criterios mínimos que requiere el manual DSM-IV (APA, 1994) en cada categoría para realizar el/los diagnósticos correspondientes. Respecto a sus propiedades psicométricas, la SCID-II ha demostrado a través de diferentes estudios índices adecuados de fiabilidad y validez (Maffei et al., 1997; Skodol, Rosnick, Kellman, Oldham, & Hyler, 1988)

*Entrevista Clínica Estructura para los Trastornos del Eje I del DSM-IV*

(*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders* [SCID-I], First, Spitzer, et al., 1997) (anexo 8).

La SCID-I es una entrevista semiestructurada destinada a evaluar de forma heteroaplicada los diagnósticos más importantes del eje I que se describe el DSM-IV (APA, 1994), concretamente los trastornos del estado de ánimo, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de ansiedad, los trastornos somatomorfos, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos adaptativos. Para su realización el evaluador cuenta con un cuaderno de preguntas a través del cual va explorando estos trastornos y respondiendo a las mismas mediante una escala ordinal de 3 alternativas: “¿” información inadecuada, “-”: ausente, “+”: presente. Su corrección consiste en contabilizar el número de valoraciones codificadas con un “+” para cada trastorno, siendo necesario cumplir el número de criterios mínimos que propone el DSM-IV (APA, 1994) en cada uno de los trastornos para poder establecer un diagnóstico concreto. Existe evidencia de los buenos índices de fiabilidad y de validez que esta entrevista ha demostrado en diferentes estudios (Basco et al., 2000; Steiner, Tebes, Sledge, & Walker, 1995; Zanarini & Frankenburg, 2001).

*Inventario de Depresión de Beck* (*Beck Depression Inventory* [BDI-II],

Beck et al., 1996. Versión española de Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003) (anexo 9).

El BDI es un cuestionario de autoinforme ampliamente utilizado para la evaluación de la severidad de la sintomatología depresiva. Está formado por 21 ítems cuyo contenido es consistente con los criterios/síntomas que propone el DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico del episodio depresivo mayor. Su evaluación hace referencia a las dos semanas previas al momento de la evaluación y las respuestas

evalúan el grado de severidad para cada uno de los síntomas en una escala ordinal de 4 alternativas, siendo “0” la alternativa más positiva y “3” la alternativa más negativa. Su corrección ofrece una puntuación total que oscila entre 0 y 63 puntos. Con el objetivo de graduar la severidad de los síntomas depresivos los puntos de corte que se utilizan son: puntuaciones entre 0-13 reflejan *Depresión mínima*, entre 14-19 *Depresión leve*, entre 20-28 *Depresión moderada* y entre 29-63 *Depresión grave* (Beck et al., 1996). Es importante remarcar el resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico clínico de trastorno del estado de ánimo y necesita de otras evaluaciones complementarias posteriores (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, gravedad de la interferencia y/o vivencia subjetiva de malestar, etc.) antes de poder confirmar la existencia de un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, este instrumento sí resulta de gran utilidad para realizar una exploración inicial de la sintomatología depresiva. Con este propósito de evaluación previa, en nuestro estudio utilizamos como puntos de corte para identificar sospechas diagnósticas de trastornos depresivos en las muestras clínicas 20 o más puntos, teniendo en cuenta que posteriormente estas sospechas debían ser confirmadas o descartadas con las entrevistas SCID-I correspondientes a los trastornos del estado de ánimo (First, Spitzer, et al., 1997). Sin embargo, en las muestras de población general, cuyos participantes habían informado de no poseer ningún diagnóstico de enfermedad mental, los puntos de corte utilizados como criterio para identificar indicadores de patología depresiva fueron 29 o más puntos.

Respecto a sus propiedades psicométricas, cabe señalar que el BDI cuenta con niveles adecuados de fiabilidad y validez tanto en muestras clínicas como en población general (Beck et al., 1996, Nezu, Ronan, Meadows, & McClure, 2000; Sanz et al., 2003; Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, & Vázquez, 2005).

*Inventario de Preocupación de Pensilvania* (*Penn State Worry Questionnaire* [PSWQ], Meyer et al., 1990) (anexo 10).

El PSWQ es un cuestionario de autoinforme que evalúa la tendencia general a experimentar preocupación, una variable especialmente relevante en el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y de otros trastornos de ansiedad del DSM-IV-TR (APA, 2000). Está compuesto por 16 ítems cuyas respuestas se miden en una escala de intervalo de 5 puntos, siendo 1 “*No es en absoluto típico de mí*” y 5 “*Es muy típico de mí*”. Su corrección ofrece una puntuación de preocupación total que oscila entre 16 y 80 puntos (Meyer et al., 1990), la cual no es suficiente para realizar un diagnóstico clínico de trastorno de ansiedad pero que sí resulta útil como método de detección de sintomatología ansiosa (Molina & Borkovec, 1994; Chorot, Sandin, Santed, & Valiente, 2004; Sandin, Chorot, Valiente, & Lostao, 2009). Con este objetivo, en nuestro estudio se utilizó un punto de corte de 60 o más puntos para la detección de sospechas diagnósticas en la muestra clínica (Meyer et al., 1990), teniendo en cuenta que posteriormente estas sospechas debían ser confirmadas o descartadas con las entrevistas SCID-I (First, Spitzser, et al., 1997) correspondientes al los trastornos de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad del DSM-IV (APA, 1994) (excepto para el trastorno obsesivo compulsivo y las fobias, para los que se utilizaron otros instrumentos de *screening*). En las muestras de población general, en las que los participantes habían informado de no poseer ningún diagnóstico de enfermedad mental, se utilizó como criterio para identificar casos que presentaran indicadores de patología ansiosa un punto de corte de 68 o más puntos (Molina & Borkovec, 1994).

Las propiedades psicométricas en torno a la fiabilidad y la validez de este instrumento también han recibido un apoyo adecuado tanto en

muestras de población general como de población clínica (Molina & Borkovec, 1994; Chorot et al., 2004; Sandin et al., 2009).

Cuestionario de Miedos (*Fear Questionnaire* [FQ], Marks & Mathews, 1979) (anexo 11).

El FQ es un instrumento de autoinforme diseñado para la evaluación de las fobias que consta de tres apartados: un apartado formado por 17 ítems cuyo contenido va dirigido a identificar situaciones potencialmente fóbicas, otro apartado en el que a través de seis ítems se valora el grado de molestia que producen ciertos síntomas no-fóbicos que se asocian a los trastornos afectivos y otro apartado en el que a través de un ítem se evalúa el nivel de interferencia que producen dichos síntomas fóbicos en la vida diaria. Las respuestas de los tres apartados utilizan como medida una escala de razón de 9 puntos que valora el grado de evitación asociado a cada una de estas situaciones, siendo 0 “*No lo evito*” y 8 “*Siempre lo evito*”. Dado que en nuestro protocolo de evaluación contábamos con otros instrumentos más específicos para la detección de sintomatología afectiva, decidimos utilizar únicamente el primer y tercer apartado de este instrumento. Así pues, esta adaptación nos ofrecía dos puntuaciones distintas: una puntuación de fobia total, procedente del primer apartado que oscilaba entre 0 y 120 puntos y una puntuación de fobia global procedente del tercer apartado que oscilaba entre 0 y 8 puntos. A su vez, la puntuación de fobia total podía dividirse en otras tres puntuaciones atendiendo al objeto fóbico: agorafobia, fobia a la sangre/inyecciones y fobia social, todas ellas con puntuaciones entre 0 y 40 puntos (Marks & Mathews, 1979). Como sucede en otros instrumentos descritos previamente, el resultado del FQ no permite realizar un juicio clínico de trastorno fóbico y requiere de otras evaluaciones complementarias para poder establecer un diagnóstico. A pesar de ello, sí resulta útil como

instrumento de exploración inicial, dado que permite diferenciar entre distintos trastornos de fóbicos (Cox, Swinson, & Shaw, 1991). En nuestro estudio, los puntos de corte que utilizamos para identificar la sospecha diagnóstica de algún trastorno fóbico en las muestras clínicas fueron 7 o más en la puntuación de agorafobia, 5.7 o más en la puntuación de fobia a la sangre/inyecciones y 12.9 o más en la puntuación de fobia social (Antony, Orsillo, & Roemer, 2001). Evidentemente, estos puntos de corte únicamente servían para identificar la sospecha de patología fóbica, la cual debía ser confirmada o descartada posteriormente con las entrevistas SCID-I (First, Spitzer, et al., 1997) relativas a los trastornos de agorafobia (con y sin trastorno de angustia) y los trastornos fóbicos (fobia específica y fobia social) del DSM-IV (APA, 1994). En las muestras de población general, dado que los participantes habían informado previamente de no poseer ningún diagnóstico de enfermedad mental, se utilizaron como puntos de corte para identificar los casos con indicadores patología fóbica 15 o más puntos para agorafobia, 15 o más puntos para la fobia sangre/inyecciones y 23 o más puntos para fobia social (Cox et al., 1991; Anthony et al., 2001).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, la investigación relativa a este instrumento revela buenos índices de fiabilidad y validez en muestras clínicas, siendo algo menos robustos en población general (Marks & Mathews, 1979; Mathews, Gelder, & Johnston, 1986; Sandin, Valiente, Chorot, & Santed, 2005).

*Inventario Obsesivo Compulsivo-Revisado* (*Obsessive Compulsive Inventory-Revised* [OCI-R], Foa et al., 2002. Versión española de Fullana et al., 2005) (anexo 12).

El OCI-R es un autoinforme de 18 ítems que evalúa la presencia y severidad de una serie de síntomas y comportamientos de tipo obsesivo-compulsivo. Su evaluación está referida al malestar derivado de ellos



durante el último mes y sus respuestas siguen una escala de razón de 5 puntos, siendo 0 “*Nada de malestar*” y 4 “*Mucho malestar*”. Su corrección proporciona una puntuación total entre 0 y 72 puntos y 6 puntuaciones más específicas referidas a las subescalas de limpieza, orden, comprobación, obsesión, acumulación y neutralización, cuyas puntuaciones por separado oscilan entre 0 y 12 puntos. Aunque se trata de un instrumento muy utilizado en la detección de sintomatología obsesiva, los resultados del OCI-R no son suficientes para realizar ningún diagnóstico clínico de trastorno obsesivo-compulsivo según los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) y necesita de otras evaluaciones complementarias posteriores (Huppert et al., 2007). Con este objetivo, los puntos de corte que utilizamos en este estudio para detectar posible sintomatología de trastorno obsesivo en las muestras clínicas fue de 21 puntos (Foa et al., 2002), teniendo en cuenta que posteriormente estas sospechas debían ser confirmadas o descartadas con la entrevista SCID-I (First, Spitzer, et al., 1997) correspondiente al trastorno obsesivo-compulsivo del DSM-IV (APA, 1994). En las muestras de población general, dado que los participantes habían informado de no poseer ningún diagnóstico de enfermedad mental, se utilizó como criterio para identificar casos con indicadores de patología obsesivo-compulsiva un punto de corte de 28 o más puntos (Foa et al., 2002).

Sobre sus cualidades psicométricas, el OCI-R también ha demostrado adecuados niveles de fiabilidad y validez tanto en muestras clínicas de trastornos obsesivos y ansiosos como en muestras no clínicas (Foa et al., 2002; Huppert et al., 2007).

#### *Formulario de Salud General* (anexo 13).

Este formulario fue elaborado a propósito de esta investigación con el único objetivo de evaluar la presencia o ausencia de sintomatología

indicativa de trastornos somatomorfos (5 ítems) o relacionada con la alimentación (1 ítem). Está formado por 6 ítems formulados como preguntas que admiten una respuesta única de “Si” o “No”. Su corrección estaba pensada para hacerse de forma cualitativa, es decir, las respuestas marcadas con un “Si” resultaban indicadoras de sospecha en los trastornos somatomorfos o de la alimentación correspondientes y, en cualquier caso, debían confirmarse a través de una entrevista clínica. Este formulario fue utilizado en la evaluación de las muestras clínicas como indicador de “otros posibles diagnósticos”, más allá de los relacionados con el estado de ánimo, la ansiedad o los adaptativos que podían presentar los pacientes. En las muestras procedentes de la población general, dadas las características del instrumento y las de la propia muestra, este formulario no fue tenido en cuenta para detectar indicadores de patología.

Cuadro 9. Instrumentos y puntos de corte utilizados para la evaluación y selección de las muestras G1, G2, G3 y G4

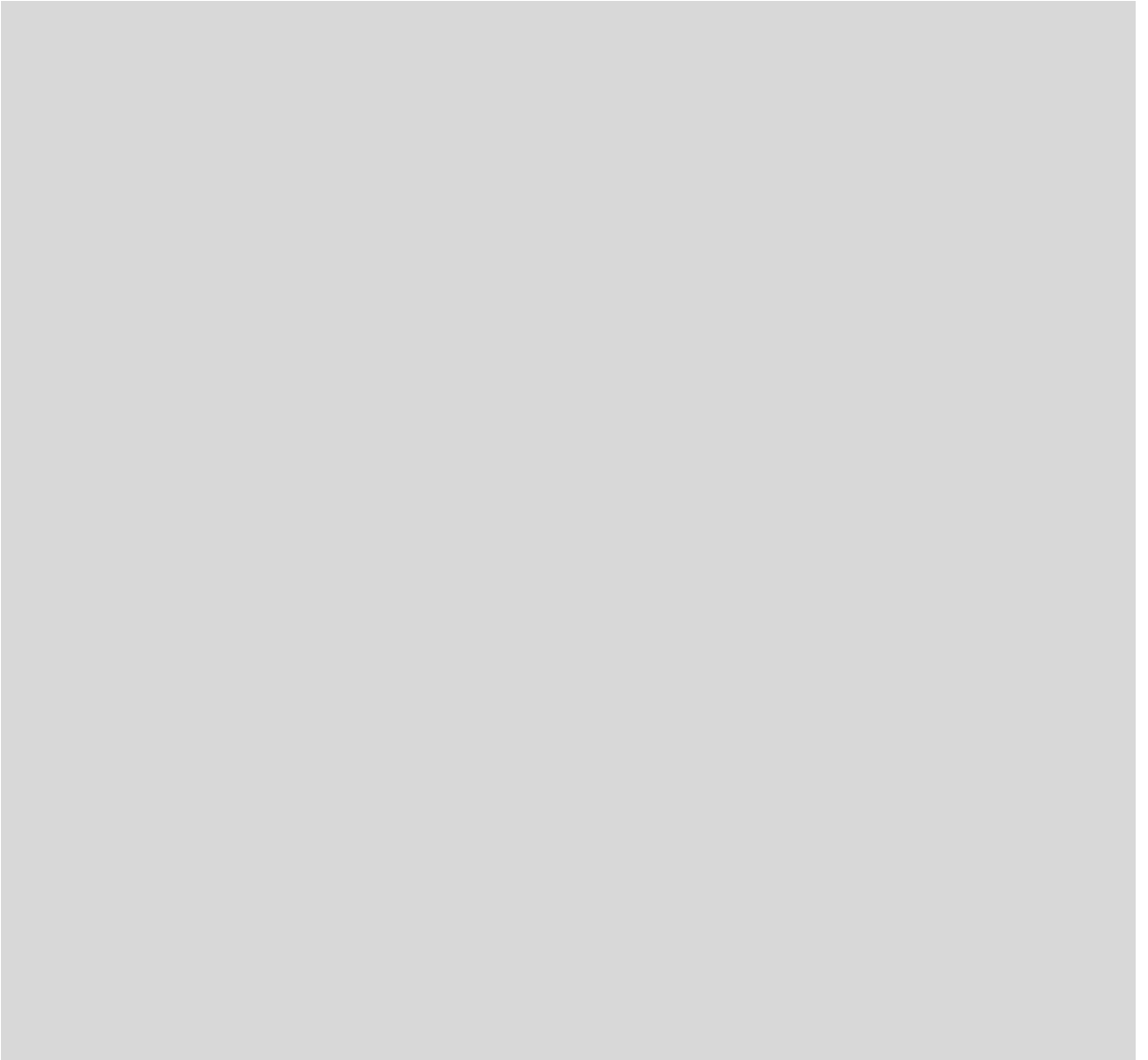
	MUESTRAS DE POBLACIÓN CLÍNICA (G3 y G4)		MUESTRAS DE POBLACIÓN GENERAL (G1 y G2)	
OBJETO DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS APLICADOS	Puntos de corte	INSTRUMENTOS APLICADOS	Puntos de corte
PERSONALIDAD NORMAL Y PATOLÓGICA	<b>IPDE</b> (Versión española de López-Ibor et al., 1996): Cuestionario de evaluación categorial y dimensional de los TP de DSM-IV.	<u>Objetivo categorial:</u> 4 o más puntos por categoría de TP <u>Objetivo dimensional:</u> Rangos "umbrales", "moderadamente presente" o "prototipo" (ver cuadro 8)	<b>IPDE</b> (Versión española de López-Ibor et al., 1996): Cuestionario de evaluación categorial y dimensional de los TP de DSM-IV.	Rangos "moderadamente presente" o "prototipo" (ver cuadro 8)
	<b>NEO PI-R</b> (Costa & McCrae, 1992). Inventario de personalidad normal según el MCF.		<b>NEO PI-R</b> (Costa & McCrae, 1992). Inventario de personalidad normal según el MCF.	
	<b>DAPP-BQ</b> (Livesley et al., 1998. Adaptación española de Gutiérrez-Zotes et al., 2008). Cuestionario de personalidad patológica		<b>DAPP-BQ</b> (Livesley et al., 1998. Adaptación española de Gutiérrez-Zotes et al., 2008). Cuestionario de personalidad patológica	
	<b>SCID-II</b> (First, Gibbon, et al., 1997). Entrevista estructurada para los TP del Eje II, basada en los criterios del DSM-IV.			
PSICOPATOLOGÍA GENERAL	<b>BDI-II</b> (Beck et al., 1996. Versión española de Sanz et al., 2003). Inventario de depresión.	20 o más puntos	<b>BDI-II</b> (Beck et al., 1996. Versión española de Sanz et al., 2003). Inventario de depresión.	29 o más puntos
	<b>PSWQ</b> (Meyer et al., 1990). Cuestionario de preocupaciones.	60 o más puntos	<b>PSWQ</b> (Meyer et al., 1990). Cuestionario de preocupaciones.	68 o más puntos
	<b>FQ</b> (Marks & Mathews, 1979). Cuestionario de miedos.	7 o más puntos en Agorafobia 5.7 o más puntos en Sangre/inyecciones 12.9 o más puntos en Fobia social	<b>FQ</b> (Marks & Mathews, 1979). Cuestionario de miedos.	15 o más puntos en Agorafobia 15 o más puntos en Sangre/inyecciones 23 o más puntos en Fobia social
	<b>OCI-R</b> (Foa et al., 2002. Versión española de Fullana et al., 2005). Inventario de Obsesiones y Compulsiones.	21 o más puntos	<b>OCI-R</b> (Foa et al., 2002. Versión española de Fullana et al., 2005). Inventario de Obsesiones y Compulsiones.	28 o más puntos
	<b>Formulario de salud general</b> (elaborado <i>ad hoc</i> )	Ninguno: corrección cualitativa	<b>Formulario de salud general</b> (elaborado <i>ad hoc</i> )	No utilizado
	<b>SCID-I</b> (First, Spitzer, et al. 1997). Entrevista estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV.			

Nota. G1: grupo sin diagnóstico ni indicadores de trastorno mental, G2: grupo con indicadores de patología mental en eje I y/o eje II, G3: grupo con diagnóstico clínico en eje I, G4: grupo con diagnóstico clínico en eje I y eje II.



# 10.

## RESULTADOS





## 10. RESULTADOS

### 10.1. Primer objetivo: Comparación de perfiles de personalidad del NEO-PI-R y el DAPP-BQ

Como se ha mencionado anteriormente, el primer objetivo de este trabajo consistía en comparar los perfiles de personalidad obtenidos mediante dos instrumentos de evaluación de la personalidad (NEO-PI-R y DAPP-BQ) en cuatro grupos de participantes con diferente grado de patología. Dado que, como se describe en el apartado de descripción de la muestra, los cuatro grupos se diferenciaron significativamente en la variable *nivel de estudios* y esto podía afectar a los resultados de los análisis comparativos, se llevaron a cabo dos tipos de análisis: en primer lugar se realizaron MANOVAs y ANOVAs para los diferentes bloques de facetas que componían cada dimensión de cada instrumento y en segundo lugar se llevaron a cabo MANCOVAs y ANCOVAs con el fin de controlar el posible efecto que pudiera tener la covariable *nivel de estudios*.

Dado que los resultados no diferían entre sí y no mostraban discrepancias de tendencia relevantes, se ha optado por mostrar los resultados de los análisis sin la covariable con la intención de favorecer la

parsimonia de su interpretación (los resultados de los análisis covariados se pueden consultar en el anexo 14). Para los contrastes post-hoc se empleó el método de comparación de Bonferroni.

En primer lugar se llevaron a cabo los análisis sobre el instrumento NEO-PI-R, cuyos resultados se pueden consultar en las tablas 9, 10, 11 y 12. Así, los resultados sobre la dimensión *Neuroticismo* reflejaron diferencias significativas para sus seis facetas (tabla 9), encontrándose en *depresión*, *ansiedad social* y *vulnerabilidad* que los cuatro grupos de estudio se comportaban siguiendo un patrón del tipo  $G1 < G2 < G3 < G4$  con diferencias significativas entre todos ellos. En el resto de facetas se mantuvo la misma tendencia, con la salvedad de que no todas las comparaciones intergrupales alcanzaron niveles de significación. Además, cabe destacar que los tamaños del efecto de los contrastes realizados fueron altos según la clasificación de Cohen (1988), salvo en el caso de *impulsividad* donde el tamaño del efecto alcanzó un nivel medio.

La dimensión *Extraversión* también mostró resultados que alcanzaron niveles de significación en todas las facetas, excepto para *búsqueda de emociones* (tabla 10). A pesar de que las comparaciones post hoc no resultaron significativas en todos los casos, en todas las facetas se observó una tendencia general de tipo  $G1 > G2 > G3 > G4$ , es decir, por lo general el grupo 1 presentó mayores puntuaciones que el grupo 2, éste mayores que el grupo 3 y éste mayores que el grupo 4. Siguiendo la clasificación de Cohen (1988) los tamaños del efecto de los contrastes realizados fueron medios, salvo en el caso de *emociones positivas* donde alcanzó un nivel alto.

Los análisis sobre la dimensión *Apertura* mostraron diferencias significativas para todas las facetas (tabla 11) y, aun cuando no todas las comparaciones post-hoc fueron significativas, también se observó en todos los casos una tendencia general del tipo  $G1 > G2 > G3 > G4$ . En esta dimensión



únicamente el tamaño del efecto en la faceta *acciones* fue medio, el resto de contrastes mostraron tamaños del efecto bajos (Cohen, 1988).

Para la dimensión *Amabilidad* los análisis mostraron diferencias significativas en las facetas *confianza*, *altruismo*, *actitud conciliadora* y *sensibilidad a los demás* (tabla 12). En todas estas facetas se confirmó una tendencia de los contrastes post-hoc que seguía el patrón  $G1 > G2 > G3 > G4$ , aun a pesar de que no todas las comparaciones resultaron significativas. En esta dimensión únicamente el tamaño del efecto mostrado en la faceta *confianza* fue alto, el resto de contrastes con resultados significativos mostraron tamaños del efecto medios o bajos (Cohen, 1988).

Los resultados para la dimensión de *Responsabilidad* reflejaron diferencias significativas para todas sus facetas, con excepción de *orden* (tabla 13). Las comparaciones post-hoc no fueron significativas en todos los casos, sin embargo los datos si mostraron una tendencia de tipo  $G1 > G2 > G3 > G4$ . Según la clasificación de Cohen (1988), los tamaños del efecto encontrados en esta dimensión fueron bajos, salvo en la faceta *competencia y autodisciplina* cuyo tamaño del efecto fue medio.

Tabla 9. Resultados del MANOVA en las facetas de la dimensión Neuroticismo del NEO-PI-R.

	G1 (n= 160)		G2 (n=232 )		G3 (n= 103)		G4 (n= 104)		F (3, 595)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>1</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Ansiedad	42.65	8.84	46.16	9.21	56.26	9.98	59.31	10.71	90.96	.000	.314	G1<G2,G3,G4; G2<G3,G4; G3=G4
Hostilidad	45.06	9.07	49.49	9.41	51.15	9.63	59.46	11.95	45.89	.000	.188	G1<G2,G3,G4; G2=G3; G2<G4; G3<G4
Depresión	41.46	9.86	45.72	10.29	56.59	10.69	61.65	10.68	106.93	.000	.350	G1<G2<G3<G4
Ansiedad social	45.10	8.75	50.32	9.50	54.08	10.64	57.91	12.57	37.87	.000	.160	G1<G2<G3<G4
Impulsividad	47.28	8.16	49.88	8.30	51.22	9.87	55.35	9.86	18.09	.000	.084	G1<G2,G3,G4; G2=G3; G2<G4; G3<G4
Vulnerabilidad	43.69	9.89	48.98	9.48	57.64	11.38	64.17	12.43	96.32	.000	.327	G1<G2<G3<G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje I ni de eje II; G2 = control con sospecha de eje I y/o eje II; G3 = clínicos con diagnóstico de eje I; G3 = clínicos con sospecha de eje I y eje II. (¹) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

Tabla 10. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Extraversión del NEO-PI-R.

	G1 (n= 160)		G2 (n=228 )		G3 (n= 100)		G4 (n= 101)		F (3, 585)	p	η <sup>2</sup>	Contrastes post hoc <sup>1</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Cordialidad	53.84	7.96	49.46	10.17	48.37	9.80	44.94	12.25	17.53	.000	.082	G1>G2,G3,G4; G2=G3; G2>G4; G3=G4
Gregarismo	53.03	7.17	49.46	8.49	48.15	10.06	44.89	11.23	17.88	.000	.084	G1>G2,G3,G4; G2=G3; G2>G4; G3=G4
Asertividad	54.53	10.04	52.81	9.81	48.54	11.35	48.05	11.65	11.84	.000	.057	G1=G2; G1>G3,G4; G2>G3,G4; G3=G4
Actividad	53.34	8.62	50.12	8.92	48.20	8.88	48.03	11.50	9.39	.000	.046	G1>G2,G3,G4; G2=G3,G4; G3=G4
Búsqueda emociones	47.38	9.04	45.83	9.28	44.26	10.14	46.47	9.57	2.38	.069	.012	
Emociones positivas	54.81	9.40	51.97	10.86	44.91	12.79	41.75	12.27	37.94	.000	.163	G1=G2; G1>G3,G4; G2>G3,G4; G3=G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje I ni de eje II; G2 = control con sospecha de eje I y/o eje II; G3 = clínicos con diagnóstico de eje I; G3 = clínicos con sospecha de eje I y eje II. (†) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

Tabla 11. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Apertura del NEO-PI-R.

	G1 (n= 161)		G2 (n=232)		G3 (n= 102)		G4 (n= 103)		F (3, 594)	p	η <sup>2</sup>	Contrastes post hoc <sup>1</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Fantasia	50.15	7.71	48.89	7.53	49.41	8.86	51.63	10.10	2.76	.042	.014	G1=G2,G3,G4; G2=G3; G2<G4; G3=G4
Estética	50.13	8.46	48.13	9.17	46.90	10.62	49.23	10.97	2.76	.041	.014	G1=G2=G3=G4
Sentimientos	48.63	8.99	46.40	10.42	45.03	10.56	48.65	12.21	3.60	.013	.018	G1=G2,G4; G1>G3 G2=G3,G4 G3=G4
Acciones	54.93	8.92	52.45	8.32	48.37	8.52	47.93	9.62	19.13	.000	.088	G1>G2,G3,G4; G2>G3,G4; G3=G4
Ideas	52.74	9.47	50.00	8.84	47.81	11.38	49.59	11.48	5.57	.001	.027	G1>G2,G4; G1=G3; G2=G3,G4; G3=G4
Valores	53.50	8.03	51.30	10.72	51.38	7.66	48.10	9.23	7.07	.000	.034	G1=G2,G3; G1>G4; G2=G3; G2>G4; G3=G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje I ni de eje II; G2 = control con sospecha de eje I y/o eje II; G3 = clínicos con diagnóstico de eje I; G3 = clínicos con sospecha de eje I y eje II. (†) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

Tabla 12. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Amabilidad del NEO-PI-R.

	G1 (n= 157)		G2 (n=228 )		G3 (n= 103)		G4 (n= 100)		F (3, 584)	p	η <sup>2</sup>	Contrastes post hoc <sup>1</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Confianza	53.57	9.49	49.99	9.56	48.58	10.04	42.63	12.46	24.05	.000	.110	G1>G2,G3,G4; G2=G3; G2>G4; G3>G4
Franqueza	53.52	8.82	52.37	9.48	54.97	8.07	51.79	11.41	2.54	.056	.013	
Altruismo	52.54	9.98	48.20	12.90	51.31	9.56	47.58	11.84	6.34	.000	.032	G1>G2,G4; G1=G3; G2=G3,G4; G3=G4
Actitud conciliadora	54.40	8.63	51.94	8.88	54.73	10.25	49.50	10.46	7.77	.000	.038	G1=G2,G3; G1>G4; G2=G3,G4; G3>G4
Modestia	50.57	8.30	49.57	9.05	52.53	9.03	50.04	10.34	2.59	.052	.013	
Sensibilidad a los demás	47.41	9.12	44.22	12.71	47.34	10.62	45.41	11.42	3.25	.022	.016	G1>G2; G1=G3,G4; G2=G3,G4; G3=G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje I ni de eje II; G2 = control con sospecha de Eje I y/o Eje II; G3 = clínicos con diagnóstico de eje I; G3 = clínicos con sospecha de eje I y eje II. (!) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

Tabla 13. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Responsabilidad del NEO-PI-R.

	G1 (n= 161)		G2 (n=225 )		G3 (n= 104)		G4 (n= 102)		F (3, 588)	p	η <sup>2</sup>	Contrastes post hoc <sup>1</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Competencia	52.60	9.137	48.70	9.06	46.86	10.45	44.20	12.24	16.40	.000	.077	G1>G2,G3,G4; G2=G3; G2>G4; G3>G4
Orden	50.93	7.77	49.65	9.04	48.72	9.66	50.42	11.07	1.39	.243	.007	
Sentido del deber	53.03	9.40	49.20	10.47	50.79	9.27	48.83	11.14	5.58	.001	.028	G1>G2,G4; G1=G3; G2=G3,G4; G3=G4
Necesidad de logro	48.69	8.84	49.12	9.82	45.62	10.88	44.61	12.64	6.37	.000	.031	G1=G2,G3; G1>G4; G2>G3,G4; G3=G4
Autodisciplina	54.02	8.79	51.72	8.72	48.08	10.20	44.64	12.20	22.93	.000	.105	G1=G2; G1>G3,G4; G2>G3,G4; G3=G4
Deliberación	51.44	7.78	49.25	8.16	48.57	8.62	44.92	11.90	11.32	.000	.055	G1=G2,G3; G1>G4; G2=G3; G2>G4; G3>G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje I ni de eje II; G2 = control con sospecha de eje I y/o eje II; G3 = clínicos con diagnóstico de eje I; G3 = clínicos con sospecha de eje I y eje II. (!) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

También se llevó a cabo un MANOVA con las dimensiones del NEO-PI-R, cuyos resultados se pueden consultar en la tabla 14. Los resultados de este análisis mostraron que los grupos se diferenciaban en las cinco dimensiones. Más concretamente, en el caso de la dimensión *Neuroticismo* se encontraron diferencias significativas entre todos los grupos, siendo el grupo 1 menor que el grupo 2, éste menor que el grupo 3 y éste a su vez menor que el grupo 4, es decir, se dió un perfil  $G1 < G2 < G3 < G4$ . En el caso de las dimensiones *Extraversión*, *Apertura*, *Amabilidad* y *Responsabilidad* las comparaciones post-hoc no fueron en todos los casos significativas, pero sí se observó una tendencia en la que el grupo 1 obtenía mayores puntuaciones que el grupo 2, éste mayores que el grupo 3 y éste, a su vez, mayores que el grupo 4 ( $G1 > G2 > G3 > G4$ ). Los tamaños del efecto observados según la clasificación de Cohen (1988) fueron altos para las dimensiones *Neuroticismo* y *Extraversión*, medios para las dimensiones *Amabilidad* y *Responsabilidad* y bajo para la dimensión *Apertura*.

Tabla 14. Resultados del MANOVA de las dimensiones del NEO-PI-R.

	G1 (n= 144)		G2 (n=196 )		G3 (n= 95)		G4 (n= 94)		F (3, 525)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>1</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Neuroticismo	42.86	8.24	48.24	7.86	56.00	9.49	62.30	9.90	112.81	.000	.392	$G1 < G2 < G3 < G4$
Extraversión	53.97	7.75	49.48	8.68	45.26	10.15	43.15	11.25	31.83	.000	.154	$G1 > G2, G3, G4$ ; $G2 > G3, G4$ ; $G3 = G4$
Apertura	50.12	7.62	46.49	7.92	44.92	8.71	46.37	9.34	9.25	.000	.050	$G1 > G2, G3, G4$ ; $G2 = G3, G4$ ; $G3 = G4$
Amabilidad	53.62	8.66	49.09	10.99	52.56	9.28	47.01	11.29	10.76	.000	.058	$G1 > G2, G4$ ; $G1 = G3$ ; $G2 = G3$ ; $G2 > G4$ ; $G3 > G4$
Responsabilidad	52.81	8.61	49.43	9.04	47.40	9.59	44.77	12.17	14.44	.000	.076	$G1 > G2, G3, G4$ ; $G2 = G3$ ; $G2 > G4$ ; $G3 = G4$

Nota. G1 = control sin sospecha de eje I ni de eje II; G2 = control con sospecha de eje I y/o eje II; G3 = clínicos con diagnóstico de eje I; G3 = clínicos con sospecha de eje I y eje II. (1) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

A continuación se llevaron a cabo los análisis sobre el DAPP-BQ, cuyos resultados se muestran en las tablas 15, 16, 17 y 18. Los resultados del MANOVA sobre la dimensión *Desregulación emocional* mostraron diferencias intergrupales significativas en todas las facetas (tabla 15). Las comparaciones post-hoc también mostraron patrones muy similares en todos los casos. Más concretamente, se encontraron diferencias significativas entre los cuatro grupos en las facetas *distorsión cognitiva*, *problemas de identidad*, *labilidad afectiva*, *ansiedad*, *evitación social*, *susplicacia*, *apego inseguro* y *oposicionismo*, que presentaron un perfil de tipo  $G1 < G2 < G3 < G4$ . Las facetas *sumisión*, *narcisismo* y *autolisis*, sin embargo, no obtuvieron diferencias significativas en todas las comparaciones post-hoc, aun cuando sí se observó una misma tendencia de los datos ( $G1 < G2 < G3 < G4$ ). Cabe destacar que los tamaños del efecto de todos los contrastes realizados fueron altos según la clasificación de Cohen (1988).

El análisis sobre la dimensión *Conducta disocial* mostró diferencias significativas intergrupales para todas las facetas (tabla 16). Las comparaciones post-hoc no fueron significativas en todos los casos, pero sí se observó una tendencia a que el grupo 1 mostrara niveles más bajos, seguido del grupo 2, del grupo 3 y del grupo 4 de forma creciente ( $G1 < G2 < G3 < G4$ ). En este caso, todos los tamaños del efecto observados fueron medios según la clasificación de Cohen (1988).

En la dimensión *Inhibición* se obtuvieron resultados muy similares a los anteriores. Así, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las dos facetas que componen la dimensión: *problemas de intimidad* y *expresividad restringida* (tabla 17), aunque las comparaciones post-hoc no revelaron diferencias significativas en todos los casos. Sin embargo, se pudo observar en ambas facetas la misma tendencia del tipo  $G1 < G2 < G3 < G4$ . Los tamaños del efecto

observados en esta dimensión también fueron medios según la clasificación de Cohen (1988).

Los resultados de la dimensión *Compulsividad* fueron significativos en la única faceta que la compone (tabla 18). A pesar de que las comparaciones post-hoc no fueron significativas en todos los pares, sí se mantuvo la misma tendencia que en los casos previos,  $G1 < G2 < G3 < G4$ . En este caso, el tamaño del efecto obtenido fue medio según la clasificación de Cohen (1988).

Tabla 15. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Desregulación emocional del DAPP-BQ.

	G1 (n= 156)		G2 (n=209)		G3 (n= 91)		G4 (n= 90)		F (3, 542)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>1</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Labilidad emocional	17.90	10.45	23.86	10.90	32.86	11.75	43.21	10.00	119.67	.000	.398	G1<G2<G3<G4
Ansiedad	18.10	11.18	24.10	12.02	36.87	12.64	44.69	12.13	119.13	.000	.397	G1<G2<G3<G4
Sumisión	15.70	8.56	21.08	9.72	26.02	11.41	29.77	11.99	43.13	.000	.193	G1<G2,G3,G4; G2<G3,G4; G3=G4
Apego inseguro	20.97	11.12	27.55	12.32	33.49	13.54	39.48	16.07	44.36	.000	.193	G1<G2<G3<G4
Evitación social	14.97	9.37	21.90	10.87	27.86	11.19	34.02	12.87	65.87	.000	.267	G1<G2<G3<G4
Problemas de identidad	13.97	9.40	19.07	11.07	32.32	12.90	37.69	13.73	110.17	.000	.379	G1<G2<G3<G4
Distorsión cognitiva	10.25	8.99	16.11	10.00	23.88	12.09	31.52	13.91	84.17	.000	.318	G1<G2<G3<G4
Narcisismo	16.88	9.97	22.13	11.36	24.21	11.86	28.63	12.70	22.14	.000	.109	G1<G2,G3,G4; G2=G3; G2<G4 G3=G4
Susplicacia	11.31	8.68	16.55	9.09	20.25	10.35	27.26	11.54	55.31	.000	.234	G1<G2<G3<G4
Oposicionismo	16.60	9.79	21.80	9.70	26.89	10.79	32.03	12.02	48.12	.000	.210	G1<G2<G3<G4
Autolisis	1.52	4.71	3.87	7.13	7.59	10.13	15.58	15.64	50.30	.000	.218	G1=G2; G1<G3,G4; G2<G3,G4; G3<G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje I ni de eje II; G2 = control con sospecha de eje I y/o eje II; G3 = clínicos con diagnóstico de eje I; G3 = clínicos con sospecha de eje I y eje II. (1) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

Tabla 16. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Conducta disocial del DAPP-BQ.

	G1 (n= 165)		G2 (n=225)		G3 (n= 97)		G4 (n= 96)		F (3, 579)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>1</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Problemas conducta	6.05	7.85	9.72	9.56	8.74	8.72	14.21	11.59	15.70	.000	.075	G1<G2<G4; G1 = G3; G2 = G3; G2<G4; G3 < G4
Rechazo	19.03	9.67	22.77	9.44	22.20	9.64	27.81	10.32	16.76	.000	.080	G1<G2<G4; G1 = G3; G2 = G3; G2<G4; G3 < G4
Insensibilidad	11.18	7.44	15.36	9.55	14.90	8.67	19.58	9.93	18.54	.000	.088	G1<G2,G3,G4; G2=G3; G2<G4; G3<G4
Búsqueda estímulos	18.82	9.24	21.36	9.33	18.49	8.56	24.99	11.82	10.45	.000	.051	G1=G2,G3; G1<G4; G2=G3; G2<G4; G3<G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje I ni de eje II; G2 = control con sospecha de eje I y/o eje II; G3 = clínicos con diagnóstico de eje I; G3 = clínicos con sospecha de eje I y eje II. (1) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni

Tabla 17. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Inhibición del DAPP-BQ.

	G1 (n= 168)		G2 (n=233)		G3 (n= 100)		G4 (n= 101)		F (3, 598)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>1</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Problemas de intimidad	15.29	7.39	18.15	8.83	20.74	10.00	21.31	11.41	12.02	.000	.057	G1<G2,G3,G4; G2 = G3; G2<G4; G3 = G4
Expresividad restringida	20.81	8.55	24.88	10.32	28.36	11.81	31.19	13.44	22.80	.000	.103	G1<G2,G3,G4; G2<G3,G4; G3 = G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje I ni de eje II; G2 = control con sospecha de eje I y/o eje II; G3 = clínicos con diagnóstico de eje I; G3 = clínicos con sospecha de eje I y eje II. (1) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

Tabla 18. Resultados del MANOVA de las facetas de la dimensión Compulsividad del DAPP-BQ.

	G1 (n= 171)		G2 (n=231)		G3 (n= 103)		G4 (n= 103)		F (3, 604)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>1</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Compulsividad	33.33	9.87	36.12	10.44	37.20	10.85	41.03	12.34	11.34	.000	.053	G1=G2; G1<G3,G4; G2=G3; G2<G4; G3=G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje I ni de eje II; G2 = control con sospecha de eje I y/o eje II; G3 = clínicos con diagnóstico de eje I; G3 = clínicos con sospecha de eje I y eje II. (1) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

Para finalizar los análisis del primer objetivo se llevó a cabo un MANOVA sobre las dimensiones que componen el DAPP-BQ (tabla 19). En este caso los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos para las cuatro dimensiones que componen el instrumento. Sin embargo, las comparaciones post-hoc sólo mostraron diferencias significativas entre los cuatro grupos en la dimensión *Desregulación emocional*, donde el grupo 1 mostró niveles más bajos que grupo 2, éste más bajos que grupo 3 y éste, a su vez, más bajos que el grupo 4. Es decir, se dio un perfil del tipo  $G1 < G2 < G3 < G4$ . En el resto de dimensiones, *Conducta disocial*, *Inhibición* y *Compulsividad*, las comparaciones post-hoc no fueron significativas en todos los casos, pero sí se observó una tendencia del mismo perfil  $G1 < G2 < G3 < G4$ . En este contraste el tamaño del efecto para la dimensión *Desregulación emocional* fue alto, mientras que en el resto de dimensiones, *Inhibición*, *Conducta disocial* y *Compulsividad*, los tamaños del efecto fueron medios (Cohen, 1988).

Tabla 19. Resultados del MANOVAs de las dimensiones del DAPP-BQ

	G1 (n = 149)		G2 (n = 196)		G3 (n = 83)		G4 (n = 84)		F (3, 508)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>1</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Desregulación emocional	156.99	77.90	218.00	87.90	290.43	85.99	360.39	94.99	115.29	.000	.405	G1<G2<G3<G4
Conducta disocial	55.34	27.48	69.77	30.95	65.58	28.32	84.96	33.99	18.01	.000	.096	G1<G2,G4; G1=G3; G2=G3; G2<G4; G3<G4
Inhibición	35.52	13.22	43.39	16.28	48.61	19.03	52.44	23.49	20.32	.000	.107	G1<G2,G3,G4; G2=G3; G2<G4; G3=G4
Compulsividad	33.32	10.08	36.03	10.21	36.43	11.26	41.26	12.93	9.64	.000	.054	G1=G2,G3; G1<G4; G2=G3; G2<G4; G3<G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje 1 ni de eje 2; G2 = control con sospecha de eje 1 y/o eje 2; G3 = clínicos con diagnóstico de eje 1; G3 = clínicos con sospecha de eje 1 y eje 2. (¹) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.



## **10.2. Segundo objetivo: Perfiles prototípicos de los trastornos de personalidad según el NEO-PI-R y el DAPP-BQ**

El segundo objetivo consistía en obtener perfiles prototípicos de los diferentes TP descritos en el DSM-IV-TR a partir dos instrumentos de evaluación dimensional de la personalidad: el NEO-PI-R, basado en un modelo de la estructura de la personalidad normal, y el DAPP-BQ, basado en un modelo de la estructura de la personalidad patológica. Para llevar a cabo dicho objetivo fue necesario realizar análisis de regresión jerárquica múltiple que pueden observarse en las tablas 24 y 25. La variable a predecir fueron el número de criterios presentes según el IPDE para cada una de las categorías diagnósticas que propone el DSM-IV-TR.

Como variables predictoras se utilizaron por separado las distintas facetas que componen el NEO-PI-R y el DAPP-BQ. Como ya se ha comentado en los epígrafes 5.2.2 y 5.3.2 del marco teórico existen estudios que han intentado abordar la relación existente entre los distintos TP y las facetas de estos dos instrumentos (Bagge & Trull, 2003; Trull & Widiger, 1997). En base a estos estudios y de acuerdo con el objetivo planteado, se planificaron una serie de regresiones jerárquicas cuyo objetivo final era determinar que facetas daban cuenta de mayor varianza en las respectivas categorías diagnósticas esperadas, más allá y por encima de otras variables. Para el desarrollo de las regresiones se empleó el método de introducir, por lo que fue necesario determinar que variables componían los distintos bloques y el orden de éstos. A continuación se describe el orden y variables que componían cada uno de los bloques:

- Primer bloque: se introdujeron como variables predictoras la edad, el género y el nivel de estudios por su aparente escasa relevancia para la patología de la personalidad.

- Segundo bloque: se añadieron las facetas de personalidad que según la literatura disponible no se consideraban relevantes para la explicación de cada uno de los TP.
- Tercer bloque: se incluyeron las facetas hipotetizadas en la literatura como “prototípicas” para cada categoría diagnóstica del DSM-IV (Trull & Widiger, 1997; Bagge & Trull, 2003)

A continuación, en las tablas 20, 21 y 22, aparecen las correlaciones parciales entre las categorías diagnósticas y las variables independientes, es decir, las facetas y dimensiones de los instrumentos NEO-PI-R y DAPP-BQ.

Tabla 20. Correlaciones parciales unilaterales entre las puntuaciones del IPDE y las variables demográficas.

	PAR	ESQZD	ESQZT	ANT	LIM	HIS	NAR	EVIT	DEP	OBS
Edad	-.136***	.153***	-.046	-.138**	-.125**	-.145**	.03	-.044	-.203***	.08*
Género	-.033***	-.009	-.101*	-.169***	-.019	-.004	-.134**	-.054	.033	-.039
Nivel estudios	-.102***	-.121**	-.129**	-.075*	-.164***	-.075*	.05	-.056	-.028	-.023

Nota. PAR: trastorno paranoide. ESQZD: trastorno esquizoide. ESQZT: trastorno esquizotípico. ANT: trastorno antisocial. LIM: trastorno límite. HIS: trastorno histriónico. NAR: trastorno narcisista. EVI: trastorno evitativo. DEP: trastorno dependiente. OBS: trastorno obsesivo. \*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001

Tabla 21. Correlaciones parciales unilaterales entre las puntuaciones del IPDE y las facetas y dimensiones del NEO-PI-R.

	PAR	ESQZD	ESQZT	ANT	LIM	HIS	NAR	EVIT	DEP	OBS
<b>NEUROTICISMO</b>	.360***	.282***	.467***	.194***	.645***	.325***	.058	.497***	.553***	.327***
<i>Ansiedad</i>	.296***	.24***	.328***	.078*	.472***	.211***	-.02	.373***	.426***	.274***
<i>Hostilidad</i>	.475***	.176***	.454***	.364***	.576***	.352***	.241***	.351***	.415***	.311***
<i>Depresión</i>	.399***	.349***	.454***	.16***	.605***	.265***	.017	.455***	.521***	.258***
<i>Ansiedad social</i>	.329***	.268***	.411***	.116**	.438***	.129**	-.026	.581***	.452***	.232***
<i>Impulsividad</i>	.161***	-.01	.146***	.193***	.344***	.293***	.172***	.102*	.198***	.146***
<i>Vulnerabilidad</i>	.347***	.279***	.436***	.201***	.593***	.291***	-.038	.464***	.58***	.232***
<b>EXTRAVERSIÓN</b>	-.194***	-.515***	-.458***	-.017	-.304***	.110*	.178***	-.461***	-.223***	-.108*
<i>Cordialidad</i>	-.286***	-.488***	-.474***	-.223***	-.335***	.026	.027	-.446***	-.26***	-.117**
<i>Gregarismo</i>	-.236***	-.444***	-.414***	-.065	-.269***	.103*	.016	-.366***	-.106**	-.164***
<i>Asertividad</i>	-.104**	-.363***	-.286***	.062	-.173***	.118**	.276***	-.378***	-.242***	-.055
<i>Actividad</i>	-.139**	-.277***	-.254***	-.04	-.253***	.006	.116**	-.351***	-.219***	-.035
<i>Búsqueda emociones</i>	.133**	-.125**	.03	.228***	.129**	.191***	.23***	-.001	.106**	.093*
<i>Emociones positivas</i>	-.306***	-.448***	-.43***	-.115**	-.419***	-.029	.078*	-.386***	-.309***	-.172***
<b>APERTURA</b>	-.078	-.261***	-.184***	.009	-.088*	.094*	.148***	-.235***	-.141**	-.001
<i>Fantasia</i>	.049	-.134**	.062	.183***	.101*	.212***	.151***	.003	.072	.048
<i>Estética</i>	.024	-.125**	-.044	-.036	-.004	.066	.129**	-.072	-.057	.073*
<i>Sentimientos</i>	-.057	-.208***	-.159***	.012	-.013	.157***	.16***	-.148***	-.01	.064
<i>Acciones</i>	-.103*	-.207***	-.239***	.066	-.218***	-.033	.02	-.322***	-.241***	-.213***
<i>Ideas</i>	-.032	-.214***	-.134**	-.07	-.128**	-.031	.119**	-.142**	-.15***	.09*
<i>Valores</i>	-.199***	-.231***	-.25***	-.109**	-.193***	-.065	-.098*	-.224***	-.179***	-.128**
<b>AMABILIDAD</b>	-.384***	-.082*	-.295***	-.420***	-.314***	-.237***	-.307***	-.200***	-.212***	-.127**
<i>Confianza</i>	-.521***	-.299***	-.467***	-.263***	-.385***	-.087*	-.057	-.377***	-.289***	-.1
<i>Franqueza</i>	-.150***	.113**	-.102*	-.302***	-.107**	-.257***	-.36***	.003	-.081*	-.07
<i>Altruismo</i>	-.236***	-.242***	-.292***	-.273***	-.249***	-.08*	-.099*	-.237***	-.171***	-.033
<i>Actitud conciliadora</i>	-.294***	.088*	-.183***	-.265***	-.287***	-.222***	-.229***	-.085*	-.094*	-.156***
<i>Modestia</i>	-.078*	.122**	-.025	-.257***	-.097*	-.261***	-.427***	.008	-.037	-.076*
<i>Sensibilidad</i>	-.212***	-.078**	-.191***	-.294***	-.171***	-.078*	-.12**	-.158***	-.167***	-.043
<b>RESPONSABILIDAD</b>	-.162***	-.204***	-.337***	-.306***	-.412***	-.315***	-.046	-.178***	-.407***	.090*
<i>Competencia</i>	-.246***	-.256***	-.364***	-.266***	-.42***	-.232***	.049	-.245***	-.388***	.062
<i>Orden</i>	-.041	-.043	-.113**	-.154***	-.121**	-.16***	-.062	-.019	-.168***	.159***
<i>Sentido del deber</i>	-.182***	-.075*	-.213***	-.34***	-.277***	-.235***	-.112**	-.139**	-.28***	.083*
<i>Necesidad de logro</i>	-.061	-.226***	-.213***	-.129**	-.221***	-.108**	.155***	-.147***	-.316***	.165***
<i>Autodisciplina</i>	-.198***	-.212***	-.332***	-.242***	-.421***	-.237***	-.062	-.288***	-.42***	-.047
<i>Deliberación</i>	-.226***	-.101*	-.244***	-.295***	-.371***	-.336***	-.121**	-.052	-.185***	.069

Nota. PAR: trastorno paranoide. ESQZD: trastorno esquizoide. ESQZT: trastorno esquizotípico. ANT: trastorno antisocial. LIM: trastorno límite. HIS: trastorno histriónico. NAR: trastorno narcisista. EVI: trastorno evitativo. DEP: trastorno dependiente. OBS: trastorno obsesivo.  
\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001

Tabla 22. Correlaciones parciales unilaterales entre las puntuaciones del IPDE y las facetas y dimensiones del DAPP-BQ.

	PAR	ESQZD	ESQZT	ANT	LIM	HIS	NAR	EVIT	DEP	OBS
<b>DESREGULACIÓN</b>	.463***	.317***	.536***	.283***	.730***	.408***	.217***	.556***	.635***	.402***
<i>Labilidad emocional</i>	.416***	.19***	.401***	.226***	.631***	.409***	.215***	.399***	.451***	.378***
<i>Ansiedad</i>	.381***	.295***	.435***	.164***	.617***	.314***	.127**	.493***	.529***	.372***
<i>Sumisión</i>	.282***	.19***	.37***	.171***	.493***	.307***	.136**	.474***	.591***	.282***
<i>Apego inseguro</i>	.218***	.042	.201***	.147**	.456***	.322***	.141**	.331***	.505***	.298***
<i>Evitación social</i>	.372***	.359***	.539***	.21***	.553***	.215***	.121**	.685***	.511***	.35***
<i>Problemas de identidad</i>	.447***	.433***	.503***	.195***	.64***	.238***	.057	.493***	.487***	.283***
<i>Distorsión cognitiva</i>	.462***	.293***	.239***	.284***	.664***	.34***	.197***	.424***	.472***	.311***
<i>Narcisismo</i>	.296***	-.003	.552***	.297***	.432***	.45***	.507***	.38***	.414***	.408***
<i>Susplicia</i>	.588***	.319***	.475***	.267***	.589***	.284***	.234***	.444***	.406***	.308***
<i>Oposicionismo</i>	.345***	.219***	.524***	.256***	.548***	.328***	.179***	.406***	.493***	.236***
<i>Autolesión</i>	.448***	.265***	.416***	.338***	.577***	.268***	.136**	.28***	.392***	.116**
<b>CONDUCTA DISOCIAL</b>	.418***	.074	.337***	.549***	.500***	.427***	.468***	.220***	.379***	.250***
<i>Problemas conducta</i>	.344***	.09*	.196***	.572***	.44***	.352***	.31***	.172***	.351***	.117**
<i>Rechazo</i>	.308***	-.035	.359***	.305***	.35***	.336***	.486***	.191***	.234***	.389***
<i>Dureza</i>	.435***	.18***	.235***	.493***	.438***	.303***	.392***	.311***	.362***	.206***
<i>Búsqueda estímulos</i>	.269***	-.004	.136**	.435***	.355***	.329***	.361***	.08*	.225***	.116**
<b>INHIBICIÓN</b>	.326***	.513***	.534***	.161***	.333***	-.048	-.002	.444***	.262***	.162***
<i>Problemas de intimidad</i>	.236***	.464***	.501***	.175***	.278***	.042	-.005	.25***	.163***	.074
<i>Restricción expresiva</i>	.340***	.431***	.317***	.138**	.295***	-.115**	.005	.488***	.239***	.197***
<b>COMPULSIVIDAD</b>	.199***	.068	.146**	-.029	.142**	.001	.126**	.270***	.108*	.430***
<i>Compulsividad</i>	.192***	.052	.4***	-.039	.138**	-.006	.091*	.263***	.093*	.409***

Nota. PAR: trastorno paranoide. ESQZD: trastorno esquizoide. ESQZT: trastorno esquizotípico. ANT: trastorno antisocial. LIM: trastorno límite. HIS: trastorno histriónico. NAR: trastorno narcisista. EVI: trastorno evitativo. DEP: trastorno dependiente. OBS: trastorno obsesivo. \*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001

En la tabla 23, se presentan los resultados de las regresiones realizadas con las facetas del NEO-PI-R. Se advierte que en las regresiones para cada una de las categorías diagnósticas el tercer paso aportó un cambio significativo en  $R^2$  con valores de  $p$  igual o menor que .001. Además, el nivel de tolerancia de las variables predictoras superó en todos los casos el valor de .10, por lo que se descartaron problemas de multicolinealidad, sugiriendo esto que las variables eran independientes.

Concretamente, en el caso del TP paranoide (PAR), con una varianza explicada del 35% en el tercer paso, los coeficientes que resultaron significativos fueron para las facetas *estética* y *hostilidad* en sentido positivo y para *confianza* y *sensibilidad a los demás* en sentido negativo.

Para el TP esquizoide (ESQZD) el modelo explicó una varianza del 37% y los coeficientes que resultaron significativos fueron *edad*, *ansiedad*, *depresión* y *sentido del deber* en sentido positivo y *vulnerabilidad*, *confianza*, *actitud conciliadora*, *necesidad de logro*, *cordialidad* y *gregarismo* en sentido negativo.

En el TP esquizotípico (ESQZT) el modelo explicaba una varianza del 39% y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de *hostilidad* y *estética* en sentido positivo y *cordialidad*, *gregarismo*, *acciones* y *confianza* en sentido negativo.

En el caso del TP antisocial (ANT) el modelo explicó una varianza del 25% y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de *fantasía* y *hostilidad* en sentido positivo y los de *género* y *sensibilidad a los demás* en sentido negativo.

Para el TP límite (LIM) el modelo explicó una varianza del 50% y los coeficientes que resultaron significativos fueron *búsqueda de emociones*, *hostilidad*, *depresión* y *vulnerabilidad* en sentido positivo y *nivel de estudios*, *actividad*, *emociones positivas*, *acciones*, *modestia* y *deliberación* en sentido negativo.

En el TP histriónico (HIS) el modelo explicó una varianza del 29% y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de *género*, *hostilidad*, *gregarismo*, *sentimientos* y *confianza* en sentido positivo y *modestia*, *franqueza* y *deliberación* en sentido negativo.

En el TP narcisista (NAR) el modelo explicaba una varianza del 27% y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de *hostilidad*,

*asertividad y necesidad de logro* en sentido positivo y *franqueza, modestia y sensibilidad a los demás* en sentido negativo.

Para el TP por evitación (EVI) el modelo explicó una varianza del 43% y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de *necesidad de logro, ansiedad y vulnerabilidad* en sentido positivo y *cordialidad, acciones y modestia* en sentido negativo.

En el TP por dependencia (DEP) el modelo explicaba una varianza del 41% y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de *género, ansiedad social, hostilidad, vulnerabilidad, gregarismo y actitud conciliadora* en sentido positivo y *acciones* en sentido negativo.

Finalmente, para el TP obsesivo-compulsivo (OBS) el modelo explicó un 25% de la varianza y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de *edad, vulnerabilidad, confianza, hostilidad, búsqueda de sensaciones, ideas, necesidad de logro y deliberación* en sentido positivo y *acciones* en sentido negativo.

A continuación, en la tabla 24, se presentan los resultados de las regresiones jerárquicas realizadas con las facetas del DAPP-BQ. En este caso, las regresiones para cada una de las categorías diagnósticas el tercer paso aportó un cambio significativo en  $R^2$  con valores de  $p$  igual a .000, excepto para el TP ANT que presentó una  $p$  de .040.

Concretamente, en el caso del TP PAR, con una varianza explicada del 39% en el tercer paso, los coeficientes que resultaron significativos fueron para las facetas *autolisis, expresividad restringida y suspicacia*, todas ellas en sentido positivo.

Para el TP ESQZD el modelo explicó una varianza del 34% y los coeficientes que resultaron significativos fueron para *edad, ansiedad, suspicacia, evitación social, problemas de intimidad y expresividad restringida* en sentido positivo y *sumisión* en sentido negativo.

Tabla 23. Resultados de la regresión jerárquica múltiple sobre el NEO-PI-R

IPDE	Pasos/predictores	gl	R <sup>2</sup> (corregido)	ΔR <sup>2</sup> (corregido)	ΔF	p	Predictores significativos
PAR	1. Edad, género <sup>1</sup> , NE	3, 506	.049	.049	9.83	.000	Edad (---), NE (--)
	2. Facetas no relacionadas	22, 484	.247	.198	7.02	.000	Edad (--), NE (-), depresión (+++), gregarismo (-), estética (++)
	3. Facetas relacionadas	8, 476	.347	.100	10.31	.000	Estética (+), hostilidad (++) , confianza (---), sensibilidad a los demás (-)
ESQZD	1. Edad, género, NE	3, 506	.028	.028	5.87	.001	Edad (++) , NE (-)
	2. Facetas no relacionadas	23, 483	.283	.063	8.82	.001	Edad (++) , ansiedad (+), depresión (++) , vulnerabilidad (-), asertividad (-), valores (-), confianza (---), actitud conciliadora (---)
	3. Facetas relacionadas.	7, 476	.374	.091	11.06	.001	Edad (+), ansiedad (+), depresión (++) , vulnerabilidad (-), confianza (-), actitud conciliadora (---), sentido del deber (+), necesidad de logro (-), cordialidad (---), gregarismo (---)
ESQZT	1. Edad, género, NE	3, 506	.034	.034	7.04	.000	Género (-), NE (---)
	2. Facetas no relacionadas	19, 487	.334	.300	13.01	.000	Hostilidad (++) , depresión (++) , cordialidad (---),
	3. Facetas relacionadas	11, 476	.389	.055	4.92	.000	Hostilidad (+), cordialidad (--), gregarismo (---), estética (+), acciones (-), confianza (-)
ANT	1. Edad, género, NE	3, 506	.063	.063	12.35	.000	Edad (---), género (---)
	2. Facetas no relacionadas	12, 494	.185	.122	7.34	.000	Edad (--), género (---), cordialidad (--), asertividad (+++), fantasía (++) , sentimientos (+), competencia (-)
	3. Facetas relacionadas	18, 476	.248	.063	3.30	.000	Género (-), fantasía (+), hostilidad (++) , sensibilidad a los demás (--)
LIM	1. Edad, género, NE	3, 505	.047	.047	9.30	.000	Edad (---), NE (---)
	2. Facetas no relacionadas	15, 490	.386	.339	19.61	.000	Edad (--), NE (--), ansiedad (+++), búsqueda de emociones (++) , emociones positivas (---), estética (++) , acciones (---), modestia (---), competencia (---), autodisciplina (-)
	3. Facetas relacionadas.	15, 475	.496	.110	8.15	.000	NE (--), actividad (-), búsqueda de emociones (+), emociones positivas (-), acciones (-), modestia (-), hostilidad (+), depresión (++) , vulnerabilidad (+), deliberación (-)
HIS	1. Edad, género, NE	3, 505	.018	.018	4.19	.006	Edad (--)
	2. Facetas no relacionadas	12, 493	.220	.202	11.86	.000	Depresión (+), impulsividad (++) , asertividad (++) , modestia (---), orden (-)
	3. Facetas relacionadas	18, 475	.288	.068	3.62	.000	Género (+), modestia (--), hostilidad (++) , gregarismo (++) , sentimientos (+), confianza (+), franqueza (-), deliberación (-)
NAR	1. Edad, género, NE	3, 506	.018	.018	4.04	.007	Género (--)
	2. Facetas no relacionadas	18, 488	.181	.163	6.60	.000	Género (-), impulsividad (+), valores (-), franqueza (---)
	3. Facetas relacionadas.	12, 476	.270	.089	5.95	.000	Franqueza (---), hostilidad (+), asertividad (+), modestia (---), sensibilidad a los demás (-), necesidad de logro (+)
EVI	1. Edad, género, NE	3, 506	.011	.011	2.81	.039	Edad (-)
	2. Facetas no relacionadas	19, 487	.286	.275	11.26	.000	Hostilidad (++) , cordialidad (---), confianza (--), autodisciplina (-), deliberación (++)
	3. Facetas relacionadas	11, 476	.435	.149	12.65	.000	Cordialidad (--), necesidad de logro (+), ansiedad (+++), vulnerabilidad (+), acciones (--), modestia (-)
DEP	1. Edad, género, NE	3, 506	.048	.048	.054	.000	Edad (---)
	2. Facetas no relacionadas	14, 492	.339	.291	.308	.000	Edad (---), género (++) , ansiedad social (+++), búsqueda de emociones (+), acciones (---), valores (-)
	3. Facetas relacionadas	15, 477	.411	.072	.087	.000	Género (++) , ansiedad social (++) , acciones (--), hostilidad (+), vulnerabilidad (++) , gregarismo (++) , actitud conciliadora (+)
OBS	1. Edad, género, NE	3, 504	-.002	.002	0.72	.543	
	2. Facetas no relacionadas	10, 494	.104	.102	6.97	.000	Edad (++) , ansiedad (++) , modestia (-)
	3. Facetas relacionadas.	20, 474	.255	.151	5.97	.000	Edad (++) , vulnerabilidad (+), confianza (++) , hostilidad (++) , búsqueda de emociones (+), acciones (-), ideas (++) , necesidad de logro (++) , deliberación (++)

Notas. IPDE: medida de autoinforme utilizada para obtener puntuación continua de los diferentes TP del DSM-IV-TR. NE: nivel de estudios; gl = grados de libertad; ΔR<sup>2</sup> = cambio en R<sup>2</sup>; ΔF = cambio en F; predictores significativos = aquellos predictores estimados como predictores para cada uno de los TP estimados con el IPDE; +++ = faceta positivamente relacionada al nivel p < .001, ++ = faceta positivamente relacionada al nivel p < .01, + = faceta positivamente relacionada al nivel p < .05; --- = faceta negativamente relacionada al nivel p < .001, -- = faceta negativamente relacionada al nivel p < .01, - = faceta negativamente relacionada al nivel p < .05. <sup>1</sup>Los valores de la variable género fueron 1 hombre y 2 mujer.

Tabla 24. Resultados de la regresión jerárquica múltiple sobre el DAPP-BQ.

IPDE	Pasos/predictores	gl	R <sup>2</sup> (corregido)	ΔR <sup>2</sup> (corregido)	ΔF	p	Predictores significativos
<b>PAR</b>	1. Edad, género <sup>1</sup> , NE	3, 489	.026	.026	5.35	.001	Edad (--), NE (-)
	2. Facetas no relacionadas	11, 478	.307	.281	19.01	.000	Sumisión (--), narcisismo (+), autolisis (+++), expresividad restringida (+++)
	3. Facetas relacionadas	7, 471	.390	.083	10.34	.000	Autolisis (+++), expresividad restringida (+++), suspicacia (+++)
<b>ESQZD</b>	1. Edad, género, NE	3, 489	.030	.030	6.09	.000	Edad (+), NE (-)
	2. Facetas no relacionadas	11, 478	.232	.202	12.69	.000	Edad (+++), ansiedad (+++), sumisión (--), narcisismo (--), suspicacia (+++), rechazo (+++), insensibilidad (+)
	3. Facetas relacionadas	7, 471	.336	.104	11.67	.000	Edad (+++), ansiedad (+), sumisión (---), suspicacia (+), evitación social (+), problemas de intimidad (+++), expresividad restringida (+)
<b>ESQZT</b>	1. Edad, género, NE	3, 489	.023	.023	4.83	.003	Género (-), NE (-)
	2. Facetas no relacionadas	14, 475	.378	.355	20.96	.000	Autolisis (+++), expresividad restringida (+++)
	3. Facetas relacionadas	4, 471	.446	.068	15.60	.000	Sumisión (-), autolisis (+), expresividad restringida (+), insensibilidad (-), evitación social (+++), suspicacia (+++), problemas de intimidad (+)
<b>ANT</b>	1. Edad, género, NE	3, 489	.048	.048	9.34	.000	Edad (--), género (---)
	2. Facetas no relacionadas	11, 478	.211	.163	10.08	.000	Género (--), sumisión (-), problemas de identidad (-), narcisismo (+++), autolesión (+++), problemas de intimidad (+), compulsividad (-)
	3. Facetas relacionadas	7, 471	.355	.144	16.18	.040	Apego inseguro (+), autolesión (+), problemas de intimidad (+), problemas de conducta (+++), dureza (+), búsqueda de estímulos (+)
<b>LIM</b>	1. Edad, género, NE	3, 488	.039	.039	7.68	.000	Edad (--), NE (---)
	2. Facetas no relacionadas	8, 480	.402	.363	37.94	.000	NE (--), evitación social (+++), problemas de intimidad (+), expresividad restringida (-), insensibilidad (+), oposicionismo (+++)
	3. Facetas relacionadas	10, 470	.558	.156	17.98	.000	NE (-), compulsividad (--), labilidad afectiva (+), apego inseguro (+), problemas de identidad (+), distorsión cognitiva (+), autolisis (+++)
<b>HIS</b>	1. Edad, género, NE	3, 488	.022	.022	4.68	.003	Edad (--)
	2. Facetas no relacionadas	11, 477	.217	.195	12.02	.000	Ansiedad (+), distorsión cognitiva (+), rechazo (+++), compulsividad (---)
	3. Facetas relacionadas	7, 470	.349	.132	14.81	.000	Compulsividad (--), labilidad afectiva (+), narcisismo (+++), problemas de intimidad (+), expresividad restringida (---)
<b>NAR</b>	1. Edad, género, NE	3, 489	.016	.016	3.66	.012	Género (--)
	2. Facetas no relacionadas	15, 474	.182	.166	7.64	.000	Edad (+), NE (+), problemas de identidad (-), suspicacia (+), problemas de conducta (+), búsqueda de estímulos (+++)
	3. Facetas relacionadas	3, 471	.358	.176	44.32	.000	Edad (+), oposicionismo (-), compulsividad (-), narcisismo (+++), rechazo (+), insensibilidad (+)
<b>EVI</b>	1. Edad, género, NE	3, 489	.002	.002	1.33	.263	
	2. Facetas no relacionadas	13, 476	.326	.324	19.05	.000	Género (-), sumisión (+), problemas de identidad (+), narcisismo (+), problemas de intimidad (+), rechazo (-), compulsividad (+)
	3. Facetas relacionadas	5, 471	.485	.159	30.39	.000	Problemas de identidad (-), narcisismo (+), evitación social (+++), expresividad restringida (+)
<b>DEP</b>	1. Edad, género, NE	3, 501	.038	.038	7.55	.000	Edad (---)
	2. Facetas no relacionadas	8, 493	.328	.290	28.01	.000	Edad (--), género (+), problemas de identidad (+++), narcisismo (+++), problemas de conducta (+)
	3. Facetas relacionadas	7, 486	.473	.145	20.46	.000	Edad (--), autolisis (+), problemas de intimidad (+), expresividad restringida (-), problemas de conducta (+), sumisión (+++), apego inseguro (+++),
<b>OBS</b>	1. Edad, género, NE	3, 487	.002	.002	1.316	.268	
	2. Facetas no relacionadas	12, 475	.230	.228	13.05	.000	Edad (+), labilidad afectiva (+), evitación social (+), narcisismo (+++), autolisis (-), oposicionismo (-)
	3. Facetas relacionadas	6, 469	.291	.061	7.82	.000	Narcisismo (+), rechazo (+), compulsividad (+++)

Notas. IPDE: medida de autoinforme utilizada para obtener puntuación continua de los diferentes TP del DSM-IV-TR. NE: nivel de estudios; gl = grados de libertad; ΔR<sup>2</sup> = cambio en R<sup>2</sup>; ΔF = cambio en F; predictores significativos = aquellos predictores estimados como predictores para cada uno de los trastornos de personalidad estimados con el IPDE; +++ = faceta positivamente relacionada al nivel p < .001, ++ = faceta positivamente relacionada al nivel p < .01, + = faceta positivamente relacionada al nivel p < .05; --- = faceta negativamente relacionada al nivel p < .001, -- = faceta negativamente relacionada al nivel p < .01, - = faceta negativamente relacionada al nivel p < .05. <sup>1</sup>Los valores de la variable género fueron 1 hombre y 2 mujer.



En el TP ESQZT la varianza explicada fue del 45% y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de *autolisis*, *expresividad restringida*, *evitación social*, *susplicacia* y *problemas de intimidad* en sentido positivo y *sumisión* e *insensibilidad* en sentido negativo.

En el caso del TP ANT el modelo explicó una varianza del 35% y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de las facetas *apego inseguro*, *autolisis*, *problemas de intimidad*, *problemas de conducta*, *insensibilidad* y *búsqueda de estímulos* en sentido positivo.

Para el TP LIM el modelo explicó una varianza del 56% y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de *labilidad afectiva*, *apego inseguro*, *problemas de identidad*, *distorsión cognitiva* y *autolisis* en sentido positivo y *nivel de estudios* y *compulsividad* en sentido negativo.

En el TP HIS el modelo explicó una varianza en el tercer paso del 35% y los coeficientes que resultaron significativos fueron *labilidad afectiva*, *narcisismo* y *problemas de intimidad* en sentido positivo y *compulsividad* y *expresividad restringida* en sentido negativo.

En el TP NAR el modelo explicaba una varianza del 36% y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de *edad*, *narcisismo*, *rechazo* e *insensibilidad* en sentido positivo y *oposicionismo* y *compulsividad* en sentido negativo.

Para el TP EVI el modelo explicó una varianza del 48% y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de *narcisismo*, *evitación social* y *expresividad restringida* en sentido positivo y *problemas de identidad* en sentido negativo.

En el TP DEP el modelo explicaba una varianza del 47% y los coeficientes que resultaron significativos fueron los de *autolisis*, *problemas de intimidad*, *problemas de conducta*, *sumisión* y *apego inseguro* en sentido positivo y *edad* y *expresividad restringida* en sentido negativo.

Finalmente, para el TP OBS el modelo explicó un 29% de la varianza en el tercer paso y los coeficientes que resultaron significativos fueron para las facetas *narcisismo*, *rechazo* y *compulsividad* en sentido positivo.

### **10.3. Tercer objetivo: Análisis de la invarianza de medida entre el NEO-PI-R y el DAPP-BQ**

El tercer objetivo consistía en analizar la invarianza de medida de los instrumentos NEO-PI-R y DAPP-BQ, es decir, comprobar en qué medida las mismas variables latentes explican las respuestas a ambos instrumentos. Para llevar a cabo este objetivo se empleó una metodología jerárquica en el estudio del ajuste de tres modelos estructurales diferentes, llevados a cabo a partir de análisis factorial confirmatorio (AFC). De este modo, los modelos estructurales que se pusieron a prueba fueron los siguientes:

1. Las dimensiones del NEO-PI-R y del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes e independientes.
2. Las dimensiones del NEO-PI-R y del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes pero relacionadas.
3. Las dimensiones del NEO-PI-R y del DAPP-BQ son explicadas por la misma variable latente.

El análisis progresivo de cada uno de estos modelos conlleva un estudio secuencial que comienza con el modelo de independencia de medidas y, a continuación, va imponiendo restricciones con el objetivo de comprobar el ajuste de los datos al modelo que realmente interesa poner a prueba en este trabajo, el de invarianza de medida.

Los tres modelos estructurales se realizaron sobre las relaciones específicas entre las facetas de las dimensiones del NEO-PI-R y las del

DAPP-BQ, las cuales han sido previamente comentadas en marco teórico y se encuentran fundamentadas por los resultados empíricos de recientes investigaciones que han encontrado una relación estadísticamente sólida entre ambos instrumentos (ver cuadro 10).

Cuadro 10. Relaciones identificadas empíricamente entre las dimensiones del NEO-PI-R y el DAPP-BQ (Schroeder et al., 1992; Larstone et al., 2002; Maruta et al., 2006).

NEO-PI-R			DAPP-BQ	
Facetas	Dimensiones	Dimensiones comunes	Dimensiones	Facetas
<i>Ansiedad</i> <i>Hostilidad</i> <i>Depresión</i> <i>Ansiedad social</i> <i>Impulsividad</i> <i>Vulnerabilidad</i>	NEUROTICISMO	<b>ESTABILIDAD vs DESREGULACIÓN EMOCIONAL</b>	DESREGULACIÓN EMOCIONAL	<i>Ansiedad</i> <i>Problemas de identidad</i> <i>Evitación social</i> <i>Labilidad afectiva</i> <i>Distorsión cognitiva</i> <i>Oposicionismo</i> <i>Sumisión</i> <i>Apego inseguro</i> <i>Autolisis</i> <i>Susplicacia</i> <i>Narcisismo</i>
<i>Cordialidad</i> <i>Gregarismo</i> <i>Asertividad</i> <i>Actividad</i> <i>Búsqueda de emociones</i> <i>Emociones positivas</i>	EXTRAVERSIÓN	<b>EXTRAVERSIÓN  vs  INHIBICIÓN</b>	INHIBICIÓN	<i>Expresividad restringida</i> <i>Problemas de intimidad</i>
<i>Fantasia</i> <i>Estética</i> <i>Sentimientos</i> <i>Acciones</i> <i>Ideas</i> <i>Valores</i>	APERTURA			
<i>Confianza</i> <i>Franqueza</i> <i>Altruísmo</i> <i>Actitud conciliadora</i> <i>Modestia</i> <i>Sensibilidad a los demás</i>	AMABILIDAD	<b>AMABILIDAD vs CONDUCTA DISOCIAL</b>	CONDUCTA DISOCIAL	<i>Búsqueda de estímulos</i> <i>Problemas de conducta</i> <i>Rechazo</i> <i>Insensibilidad</i>
<i>Competencia</i> <i>Orden</i> <i>Sentido del deber</i> <i>Necesidad de logro</i> <i>Autodisciplina</i> <i>Deliberación</i>	RESPONSABILIDAD	<b>RESPONSABILIDAD vs COMPULSIVIDAD</b>	COMPULSIVIDAD	<i>Compulsividad</i>

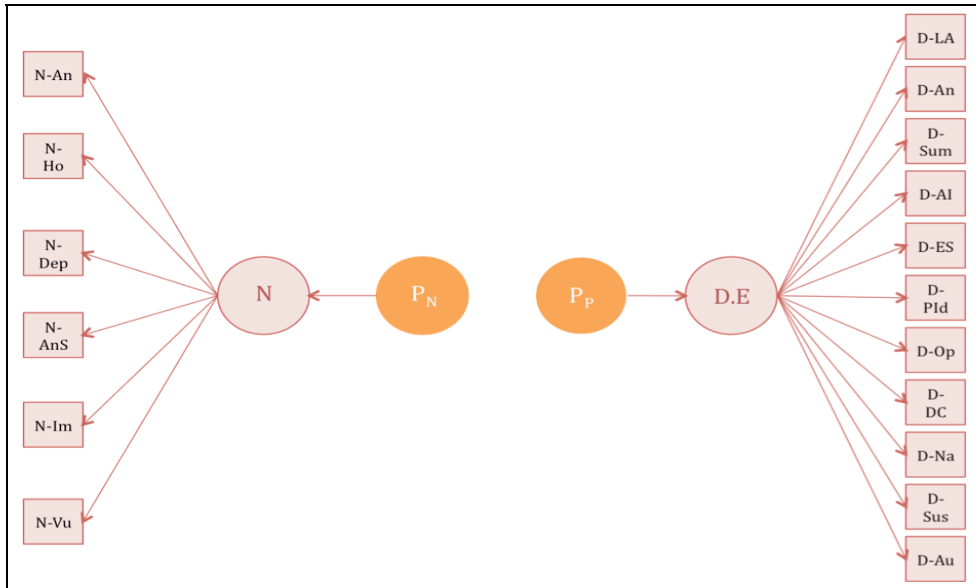
Concretamente, y tal como se observa en el cuadro 10, en primer lugar se examinaron las relaciones entre las facetas de la dimensión *Neuroticismo* del NEO-PI-R y las facetas de la dimensión *Desregulación emocional* del DAPP-BQ. En segundo lugar se examinó la relación entre las facetas de las dimensiones *Extraversión* y *Apertura* del NEO-PI-R y las facetas de la dimensión *Inhibición* del DAPP-BQ. En tercer y último lugar, se examinó la relación entre las facetas de la dimensión *Amabilidad* del NEO-PI-R y las facetas de la dimensión *Conducta disocial* del DAPP-BQ. La relación entre la dimensión *Responsabilidad* del NEO-PI-R y *Compulsividad* del DAPP-BQ no se pudo analizar debido a que al estar compuesta la segunda por una única faceta no se podía llevar a cabo el AFC.

La evaluación del ajuste de los modelos de ecuaciones estructurales se debe de apoyar en el valor de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), índice de ajuste global o absoluto que se ha utilizado tradicionalmente para comprobar la hipótesis nula (p.ej., el modelo se ajusta perfectamente a los datos de la población) (Satorra & Bentler, 1994). No obstante, este índice está fuertemente influido por el tamaño muestral, por lo que se recomienda que en lugar de examinar el nivel de significación estadística se atienda a la magnitud de  $\chi^2$ : valores grandes corresponderían a un ajuste deficiente y valores pequeños a un mejor ajuste. Con el fin de obtener una representación más fiable de la bondad de ajuste real de los modelos no contaminada por el tamaño muestral, también se recomienda atender a otro tipo de índices (Bentler & Bonnett, 1980). Para superar los inconvenientes planteados por el índice de ajuste global se han desarrollado multitud de índices parciales de ajuste, entre los que destacan los índices de ajuste de carácter absoluto y parsimonioso. En este sentido, los índices de ajuste parciales de carácter absoluto GFI (“Goodness of Fit Index”) (Jöreskog & Sörbom, 1986) y AGFI (“Adjusted Goodness of Fit Index”) (Hoyle & Panter, 1995) evalúan el grado en que las varianzas y covarianzas del modelo reproducen correctamente

las matrices originales (el primero lo hace de forma global mientras que el segundo lo hace ajustado a los grados de libertad). Ambos deben superar el valor .90. El CFI (“Comparative Fit Index”), uno de los índices relativos de mayor uso y mejor comportamiento (Tanaka, 1993), también oscila de 0 a 1, considerándose un valor de 0.9 el mínimo requerido para defender el modelo (Bentler & Bonnet, 1980). En cuanto a los índices de ajuste de carácter parsimonioso, está el valor de RMSEA (“Root Mean Square Error of Approximation”). Los valores de este índice se interpretan de forma que un modelo con RMSEA menor de 0.08 indicaría que es un modelo razonable, mientras 0.05 indicaría un modelo con buen ajuste (Browne & Cudeck, 1993). A continuación se describen los resultados de ajuste obtenidos para cada uno de los modelos estudiados. La representación gráfica de dichos modelos se presenta en las figuras 15 a 23.

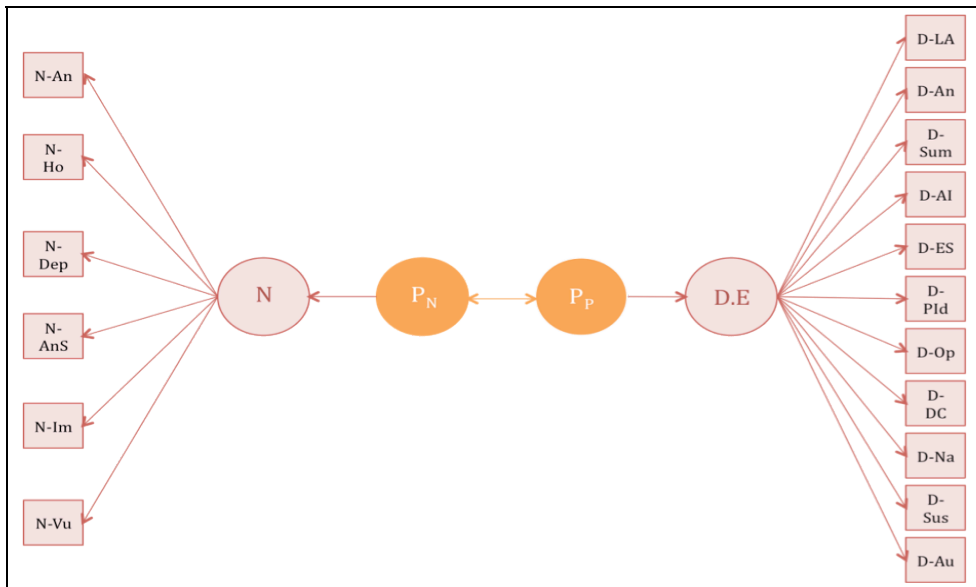
El primer modelo aplicado a las dimensiones *Neuroticismo* (NEO-PI-R) y *Desregulación emocional* (DAPP-BQ) mostró un ajuste inadecuado ( $\chi^2 = 2372.796$ ,  $gl = 119$ ,  $p < .00000$ ; CFI = .749; GFI = .721; AGFI = .641; RMSEA = .174) (figura 15). Cuando se puso a prueba el ajuste de dos factores correlacionados entre las dimensiones de ambos instrumentos el ajuste mejoró ( $\chi^2 = 1529.079$ ,  $gl = 118$ ,  $p < .00000$ ; CFI = .843; GFI = .746; AGFI = .671; RMSEA = .139) (figura 16). La correlación entre ambos factores fue de .923 ( $p < .01$ ). El ajuste del modelo tres, que contempla la existencia de un único factor al que se adscriben las dimensiones de ambos instrumentos, también ofreció un ajuste mejorado respecto al primer modelo ( $\chi^2 = 1685.135$ ,  $gl = 119$ ,  $p < .00000$ ; CFI = .826; GFI = .724; AGFI = .646; RMSEA = .145) (figura 17).

Figura 15. Modelo estructural según el cual las dimensiones *Neuroticismo* del NEO-PI-R y *Desregulación emocional* del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes e independientes.



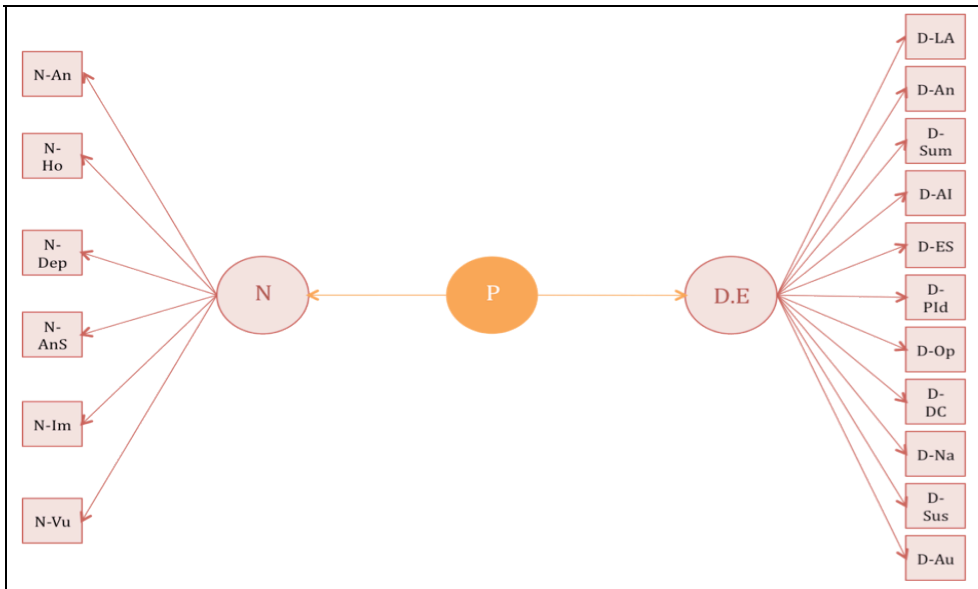
P<sub>N</sub>: Personalidad normal; P<sub>P</sub>: Personalidad patológica; N: Neuroticismo; N-An: Ansiedad; N-Ho: Hostilidad; N-Dep: Depresión; N-AnS: Ansiedad social; N-Im: Impulsividad; N-Vu: Vulnerabilidad; D.E: Desregulación emocional; D-LA: Labilidad afectiva; D-An: Ansiedad; D-Sum: Sumisión; D-AI: Apego inseguro; D-ES: Evitación social; D-PIId: Problemas de identidad; D-Op: Oposicionismo; D-DC: Distorsión cognitiva; D-Na: Narcisismo; D-Sus: Suspiciacia; D-Au: Autolisis.

Figura 16. Modelo estructural según el cual las dimensiones *Neuroticismo* del NEO-PI-R y *Desregulación emocional* del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes pero relacionadas.



P<sub>N</sub>: Personalidad normal; P<sub>P</sub>: Personalidad patológica; N: Neuroticismo; N-An: Ansiedad; N-Ho: Hostilidad; N-Dep: Depresión; N-AnS: Ansiedad social; N-Im: Impulsividad; N-Vu: Vulnerabilidad; D.E: Desregulación emocional; D-LA: Labilidad afectiva; D-An: Ansiedad; D-Sum: Sumisión; D-AI: Apego inseguro; D-ES: Evitación social; D-PIId: Problemas de identidad; D-Op: Oposicionismo; D-DC: Distorsión cognitiva; D-Na: Narcisismo; D-Sus: Suspiciacia; D-Au: Autolisis.

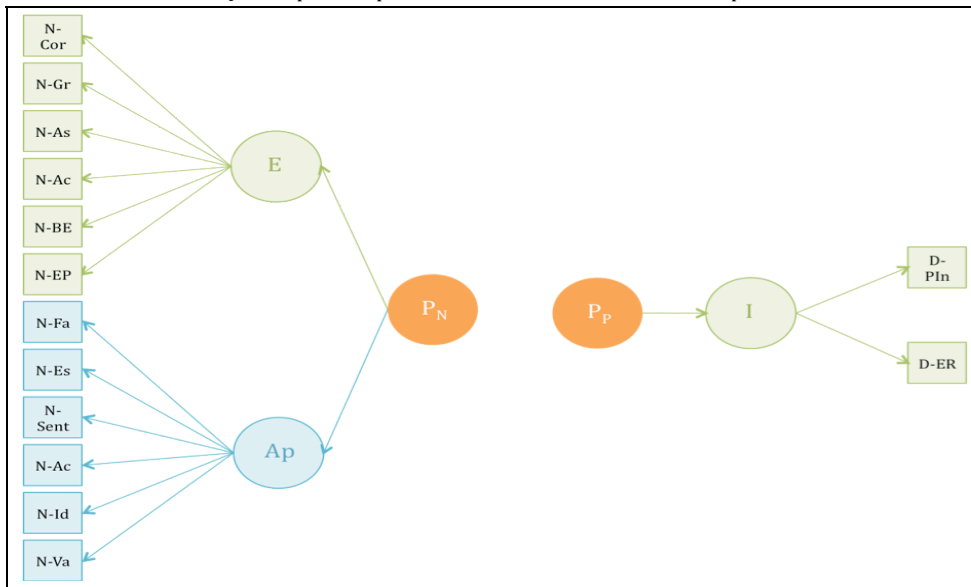
Figura 17. Modelo estructural según el cual las dimensiones *Neuroticismo* del NEO-PI-R y *Desregulación emocional* del DAPP-BQ son explicadas por la misma variable latente.



P: Personalidad; P<sub>N</sub>: Personalidad normal; P<sub>P</sub>: Personalidad patológica; N: Neuroticismo; N-An: Ansiedad; N-Ho: Hostilidad; N-Dep: Depresión; N-AnS: Ansiedad social; N-Im: Impulsividad; N-Vu: Vulnerabilidad; D.E: Desregulación emocional; D-LA: Labilidad afectiva; D-An: Ansiedad; D-Sum: Sumisión; D-AI: Apego inseguro; D-ES: Evitación social; D-PId: Problemas de identidad; D-Op: Oposicionismo; D-DC: Distorsión cognitiva; D-Na: Narcisismo; D-Sus: Suspiciacia; D-Au: Autolisis.

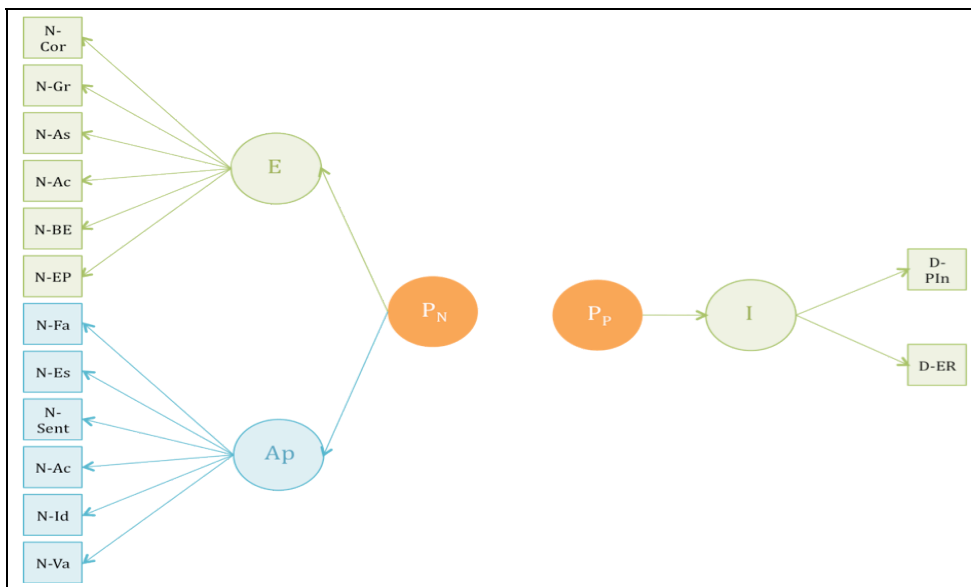
Para las dimensiones *Extraversión* y *Apertura* (NEO-PI-R) e *Inhibición* (DAPP-BQ) el ajuste del primer modelo (figura 18), que contempla dos factores no relacionados para cada instrumento, ofreció un ajuste pobre ( $\chi^2 = 1096.239$ ,  $gl = 77$ ,  $p < .00000$ ; CFI = .609; GFI = .814; AGFI = .746; RMSEA = .146). Sin embargo, el modelo dos mostró una mejoría en el ajuste ( $\chi^2 = 743.378$ ,  $gl = 76$ ,  $p < .00000$ ; CFI = .744; GFI = .853; AGFI = .796; RMSEA = .119) (figura 19), con una correlación entre los factores de .913 ( $p < .01$ ), al igual que el modelo tres ( $\chi^2 = 750.286$ ,  $gl = 77$ ,  $p < .00000$ ; CFI = .741; GFI = .852; AGFI = .798; RMSEA = .119) (figura 20).

Figura 18. Modelo estructural según el cual las dimensiones *Extraversión* y *Apertura* del NEO-PI-R e *Inhibición* del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes e independientes.



P<sub>N</sub>: Personalidad normal; P<sub>P</sub>: Personalidad patológica; E: Extraversión; Ap: Apertura; N-Cor: Cordialidad; N-Gr: Gregarismo; N-As: Asertividad; N-Ac: Actividad; N-BE: Búsqueda de emociones; N-EP: Emociones positivas; N-Fa: Fantasía; N-Es: Estética; N-Sent: Sentimientos; N-Ac: Acciones; N-Id: Ideas; N-Va: Valores; I: Inhibición; D-PIn: Problemas de intimidad; D-ER: Expresividad restringida

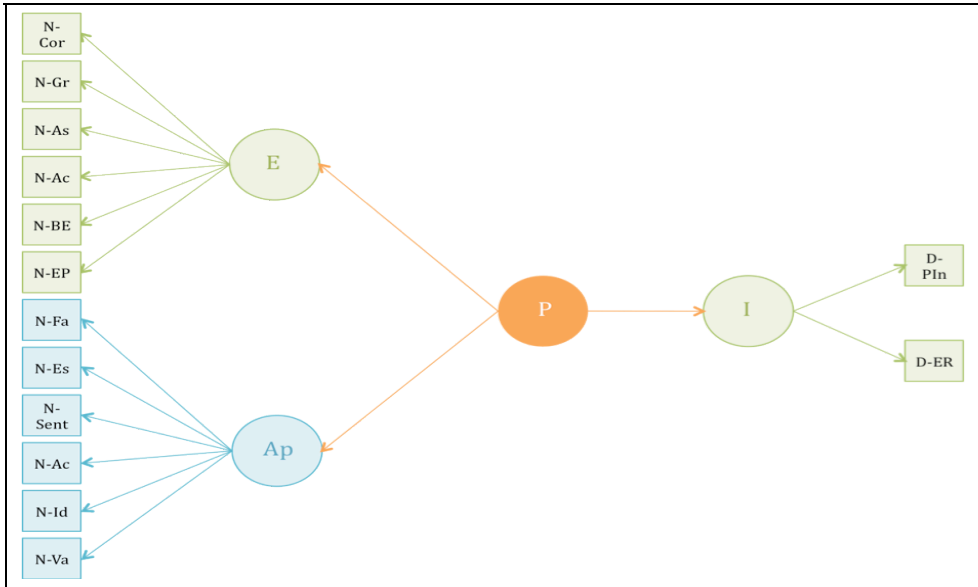
Figura 19. Modelo estructural según el cual las dimensiones *Extraversión* y *Apertura* del NEO-PI-R e *Inhibición* del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes pero relacionadas.



P<sub>N</sub>: Personalidad normal; P<sub>P</sub>: Personalidad patológica; E: Extraversión; Ap: Apertura; N-Cor: Cordialidad; N-Gr: Gregarismo; N-As: Asertividad; N-Ac: Actividad; N-BE: Búsqueda de emociones; N-EP: Emociones positivas; N-Fa: Fantasía; N-Es: Estética; N-Sent: Sentimientos; N-Ac: Acciones; N-Id: Ideas; N-Va: Valores; I: Inhibición; D-PIn: Problemas de intimidad; D-ER: Expresividad restringida



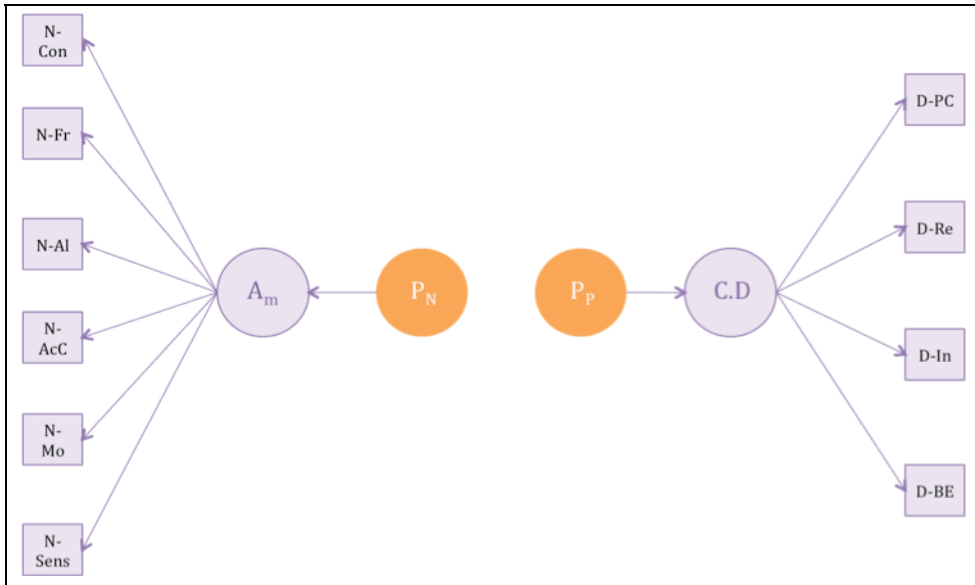
Figura 20. Modelo estructural según el cual las dimensiones *Extraversión* y *Apertura* del NEO-PI-R e *Inhibición* del DAPP-BQ son explicadas por la misma variable latente.



P: Personalidad; P<sub>N</sub>: Personalidad normal; P<sub>P</sub>: Personalidad patológica; E: Extraversión; Ap: Apertura; N-Cor: Cordialidad; N-Gr: Gregarismo; N-As: Asertividad; N-Ac: Actividad; N-BE: Búsqueda de emociones; N-EP: Emociones positivas; N-Fa: Fantasía; N-Es: Estética; N-Sent: Sentimientos; N-Ac: Acciones; N-Id: Ideas; N-Va: Valores; I: Inhibición; D-PIn: Problemas de intimidad; D-ER: Expresividad restringida

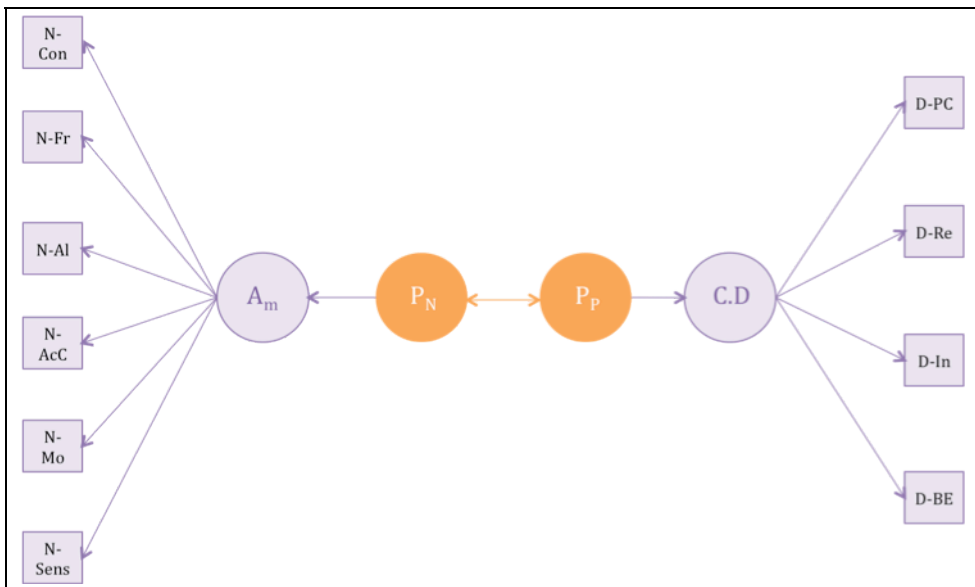
El análisis factorial para las dimensiones *Amabilidad* (NEO-PI-R) y *Conducta disocial* (DAPP-BQ) ofreció un ajuste inadecuado en el primer modelo ( $\chi^2 = 877.737$ ,  $gl = 35$ ,  $p < .00000$ ; CFI = .675; GFI = .793; AGFI = .674; RMSEA = .197) (figura 21). El ajuste observado en el segundo modelo mejoró ( $\chi^2 = 487.103$ ,  $gl = 34$ ,  $p < .00000$ ; CFI = .825; GFI = .846; AGFI = .750; RMSEA = .146), con una correlación entre factores de  $-.847$  ( $p < .05$ ) (figura 22). El tercer modelo también ofreció un mejoría en el ajuste ( $\chi^2 = 565.553$ ,  $gl = 35$ ,  $p < .00000$ ; CFI = .795; GFI = .835; AGFI = .741; RMSEA = .156) (figura 23).

Figura 21. Modelo estructural según el cual las dimensiones *Amabilidad* del NEO-PI-R y *Conducta disocial* del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes e independientes.



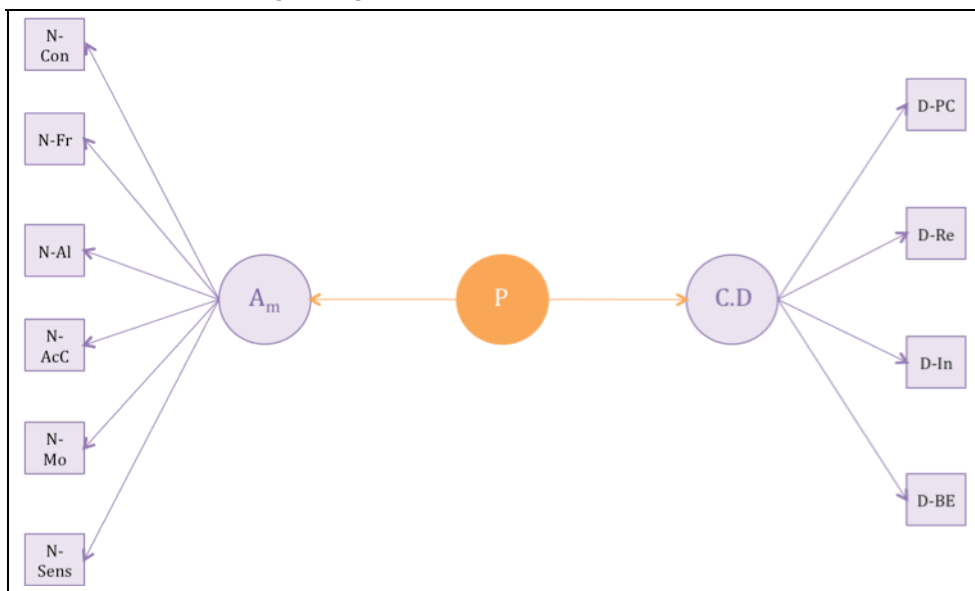
$P_N$ : Personalidad normal;  $P_P$ : Personalidad patológica;  $A_m$ : Amabilidad; N-Con: Confianza; N-Fr: Fraqueza; N-Al: Altruismo; N-AcC: Actitud conciliadora; N-Mo: Modestia; N-Sens: Sensibilidad; C.D: Conducta disocial; D-PC: Problemas de conducta; D-Re: Rechazo; D-In: Insensibilidad; D-BE: Búsqueda de estímulos.

Figura 22. Modelo estructural según el cual las dimensiones *Amabilidad* del NEO-PI-R y *Conducta disocial* del DAPP-BQ son explicadas por variables latentes diferentes pero relacionadas.



$P_N$ : Personalidad normal;  $P_P$ : Personalidad patológica;  $A_m$ : Amabilidad; N-Con: Confianza; N-Fr: Fraqueza; N-Al: Altruismo; N-AcC: Actitud conciliadora; N-Mo: Modestia; N-Sens: Sensibilidad; C.D: Conducta disocial; D-PC: Problemas de conducta; D-Re: Rechazo; D-In: Insensibilidad; D-BE: Búsqueda de estímulos.

Figura 23. Modelo estructural según el cual las dimensiones *Amabilidad* del NEO-PI-R y *Conducta disocial* del DAPP-BQ son explicadas por la misma variable latente.

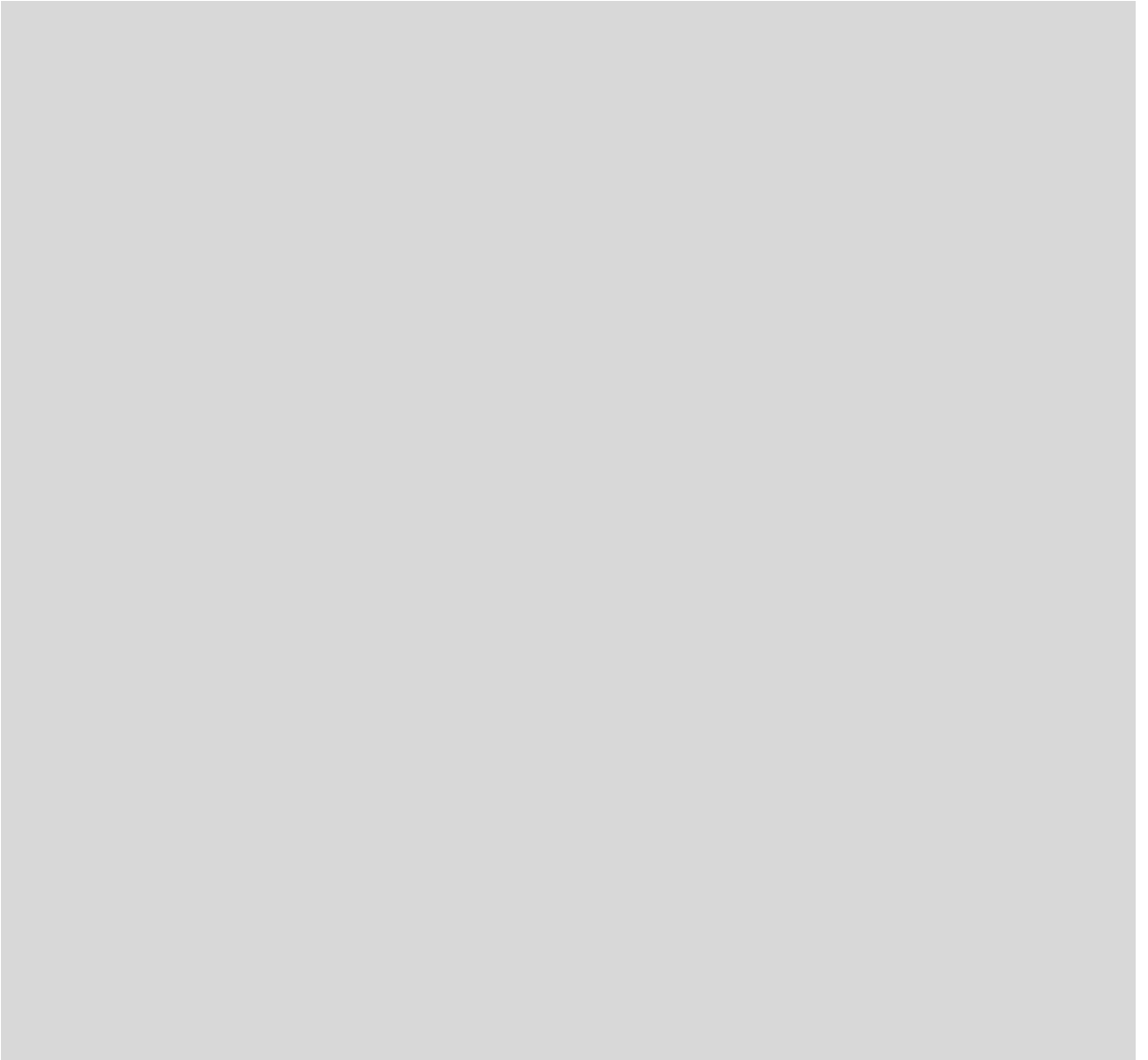


P: Personalidad; P<sub>N</sub>: Personalidad normal; P<sub>P</sub>: Personalidad patológica; Am: Amabilidad; N-Con: Confianza; N-Fr: Fraqueza; N-Al: Altruismo; N-AcC: Actitud conciliadora; N-Mo: Modestia; N-Sens: Sensibilidad; C.D: Conducta disocial; D-PC: Problemas de conducta; D-Re: Rechazo; D-In: Insensibilidad; D-BE: Búsqueda de estímulos.



# 11.

## DISCUSIÓN





## 11. DISCUSIÓN

Los resultados presentados en el epígrafe anterior aportan evidencia empírica acerca que la personalidad patológica se encuentra íntimamente relacionada con la personalidad normal, lo cual refuerza las propuestas de numerosos autores en torno a (re)definir la patología de la personalidad como una configuración de carácter multidimensional, que implique los mismos rasgos de la personalidad normal pero en sus variantes extremas o desajustadas (Clark, 2007; Livesley, 1998, 2001; Markon et al., 2005; O'Connor, 2002, 2005; Pukrop et al., 2009; Samuel & Widiger, 2008a; Trull, 2000, 2005).

La comparación de perfiles propuesta en el primer objetivo para los dos instrumentos de evaluación de la personalidad dimensional utilizados (NEO-PI-R, diseñado desde y para evaluar la personalidad normal y el DAPP-BQ, diseñado desde y para evaluar la personalidad patológica) revela que los cuatro grupos, definidos en nuestra muestra a partir de un continuo de gravedad psicopatológica, están representados en las estructuras que

presentan estos dos instrumentos, independientemente de su procedencia teórica. Las diferencias estadísticamente significativas encontradas en la mayoría de sus facetas y dimensiones dan cuenta, además, de su capacidad para discriminar el gradiente de patología representada en los cuatro grupos. A continuación reflexionaremos en torno a las diferencias encontradas en las facetas de cada una de las dimensiones de ambos instrumentos.

Concretamente en el caso del NEO-PI-R, de las 30 facetas que componen el instrumento 26 mostraron diferencias estadísticamente significativas. De las facetas recogidas en la dimensión *Neuroticismo* sólo tres (*depresión, ansiedad social y vulnerabilidad*) mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos en los contrastes post-hoc, observándose que el grupo de población general sin diagnóstico ni indicadores de patología (G1) obtenía menores puntuaciones, seguido del grupo de población general que no presentaba diagnóstico clínico pero sí indicadores de patología en eje I y/o eje II (G2), éste a su vez del grupo que únicamente presentaba diagnóstico clínico en eje I (G3) y finalmente el grupo con diagnóstico clínico de TP y otros trastornos clínicos en eje I (G4) [G1<G2<G3<G4]. En cambio, los resultados de los contrastes post-hoc en las otras tres facetas (*ansiedad, hostilidad y impulsividad*) no alcanzaron niveles de significación en todos los casos, aunque sí mostraron una tendencia similar. Estos resultados van en la línea de lo encontrado en estudios recientes como los de Griffith y colaboradores (2010), Friesen (2010), Kotov, Gamez, Schmidt y Watson (2010) o Settles y colaboradores (2011), cuyos resultados ponen de manifiesto el papel nuclear que la dimensión *Neuroticismo* tiene en los trastornos del espectro internalizante. Sin embargo, nuestros resultados dejan inconclusa la relación encontrada por otros autores entre el *Neuroticismo* y los trastornos de carácter externalizante, al encontrarse este tipo de patología infrarepresentada en nuestra muestra (De Young, Peterson, Séguin, & Tremblay, 2008; John,



Caspi, Robins, Moffitt, & Stouthamer-Loeber, 1994; Miller, Lynam, & Leukefeld, 2003; Trull & Sher, 1994). A tenor de estos últimos resultados se plantea que las puntuaciones altas en *Neuroticismo* se encuentran tanto en patología del espectro internalizante como en patología del espectro externalizante, hasta el punto que autores como Khan, Jacobson, Gardner, Prescott y Kendler (2005) llegan a concluir que constituirían un factor de vulnerabilidad común a la patología mental en general.

Por lo que se refiere a las facetas de la dimensión *Extraversión*, no todas las comparaciones intergrupales alcanzaron significación estadística pero sí se dió una tendencia en la que el grupo G1 obtuvo mayores puntuaciones, seguido del grupo G2, éste a su vez del grupo G3 y finalmente del grupo G4 [G1>G2>G3>G4]. Desde un punto de vista psicopatológico estos resultados revelan que puntuaciones altas en esta dimensión están asociadas a una menor presencia de trastornos psicológicos, lo que implicaría a su vez menor carga de vulnerabilidad, tal y como ponen de manifiesto los resultados obtenidos en los estudios de Jylhä y Isometsa (2006) o Khan y colaboradores (2005).

La única excepción a la tendencia observada en la dimensión *Extraversión* fue la faceta *búsqueda de emociones*, para la que no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre nuestros cuatro grupos. Estos resultados pueden estar explicados por la baja representación en nuestra muestra de participantes con patología del espectro externalizante, ya que investigaciones realizadas con este tipo de patología sí ha encontrado diferencias: Cobb (2008) con pacientes del espectro bulímico, Vachon y Bagby (2009) con jugadores patológicos o Coëffec (2011) con pacientes dependientes de alcohol. Desde un punto de vista cualitativo, la falta de significación encontrada en esta faceta también pone de relieve que nuestra muestra esté dejando fuera participantes que tienen esta característica como factor de vulnerabilidad.

Las facetas de la dimensión *Apertura* tampoco presentaron diferencias significativas en todas las comparaciones post-hoc, pero sí el patrón  $G1 > G2 > G3 > G4$ . Esta ausencia de significación pueden dar cuenta de la inespecificidad de esta dimensión para discriminar la presencia de psicopatología, de la misma forma que lo apuntado en los estudios de Kotov y colaboradores (2010) o Watson, Clark y Chmielewski (2008). A la hora de entender estos resultados no debemos obviar que los ítems con los que se evalúan las facetas de esta dimensión se construyeron inicialmente para evaluar el tipo de funcionamiento psicológico óptimo descrito por Coan (1974), Rokeach (1960) o Costa y McCrae (1985), es decir, estos ítems están expresados de manera que representan los aspectos más positivos de facetas como apertura a la fantasía, a las ideas, a las acciones..., desatendiendo aspectos más desajustados y que estarían relacionados con el exceso de fantasía, la presencia de ideas o creencias con poca base de realidad o la atracción por actividades que pueden resultar bizarras, desviadas o anómalas en el contexto cultural de referencia (Tellegen & Waller, 1994).

En el caso de las facetas recogidas en la dimensión *Amabilidad*, cuatro de ellas (*confianza*, *altruismo*, *actitud conciliadora* y *sensibilidad*) no alcanzaron niveles de significación en las comparaciones post-hoc, aunque sí mostraron una tendencia del tipo  $G1 > G2 > G3 > G4$ . Estos resultados podrían estar reflejando que las características propias de la *Amabilidad* se encuentran representadas en la población general y, al igual que en caso de la *Apertura*, se pone de manifiesto su inespecificidad para discriminar la normalidad de la patología, lo que va en la línea de los resultados obtenidos por Friesen (2010) o Yang y colaboradores (2002). La inespecificidad de esta dimensión puede explicarse nuevamente por la formulación de los propios ítems, ya que éstos hacen referencia a rasgos adaptativos como confianza, altruismo o conformismo, en lugar de utilizar expresiones de contenido

más desajustado y propio de algunos trastornos psicológicos que implican características como ser excesivamente ingenuo, ser excesivamente sacrificado o sumiso, entre otras (Widiger et al., 1994). Por otro lado, esta dimensión se ha relacionado habitualmente con patología de abuso de sustancias (Ball, 2005; Clark & Watson, 2008; Krueger, Markon, Patrick, Benning, & Kramer, 2007b; Kotov et al., 2010; Ruiz, Pincus, & Schinka, 2008), un tipo de trastorno inexistente en nuestra muestra por ser criterio de exclusión.

Siguiendo con la dimensión *Amabilidad*, las facetas *franqueza* y *modestia* no alcanzaron niveles de significación en nuestros resultados, lo cual, una vez más, puede ser explicado porque los trastornos con los que estas facetas han sido habitualmente relacionadas, concretamente psicopatía y narcisismo (Decuyper, De Pauw, De Fruyt, De Bolle & De Clerq, 2009; Miller, Gaughan, Maples, & Price, 2011), se encuentran escasamente representados en nuestra muestra.

Respecto a las facetas de la dimensión *Responsabilidad* tampoco las comparaciones post-hoc alcanzaron significación estadística en todos los casos, aunque se mantuvo la misma tendencia que en las tres últimas dimensiones ( $G1 > G2 > G3 > G4$ ). Estos resultados van en la línea de lo que proponen autores como Friesen (2010), Kotov y colaboradores (2010) o Yang y colaboradores (2002), lo cual se podría interpretar como que puntuaciones bajas en esta dimensión pueden ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos del espectro internalizante, altamente representados en nuestra muestra. Sin embargo, mantener esta aseveración de forma general sería precipitado si tenemos en cuenta la propia formulación de los ítems que evalúan la dimensión *Responsabilidad* (Nestad et al., 1991; Widiger & Costa, 1994). Por un lado, el contenido de los ítems que identifican niveles bajos de *Responsabilidad* están referidos en, su mayor parte, a variantes no deseables de la dimensión y que autores

como Clark y Watson (2008), Krueger y colaboradores (2007b), Samuel y Widiger (2008a), Saulsman y Page (2004), Sher o Trull (1994) o Ruiz y colaboradores (2008) han relacionado básicamente con trastornos del espectro externalizante, concretamente de tipo antisocial. Desde nuestro conocimiento psicopatológico y experiencia clínica coincidimos con esta afirmación, sin embargo, el espectro internalizante que caracteriza nuestra muestra no permite aportar evidencia empírica en esta dirección. Por otro lado, y en sentido contrario, los ítems que hacen referencia a alta *Responsabilidad* evalúan aspectos deseables y adaptativos de la dimensión, los cuales concuerdan con características propias de personas organizadas, ordenadas, fiables, eficientes, trabajadoras, puntuales y disciplinadas (Hogan & Ones, 1997). Características éstas que aunque en grado extremo pueden ser muy disfuncionales y se le atribuyen a los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (Widiger et al., 1994), no se corresponden conceptualmente con los criterios recogidos en el DSM y la CIE para diagnosticar tales trastornos.

Abundando en la relación de la dimensión *Responsabilidad* y el espectro obsesivo-compulsivo, si atendemos a la alta representación del TOC y del TP obsesivo-compulsivo en nuestra muestra cabría esperar que la faceta *orden* mostrara significación estadística, incluso que tuviera un peso específico en la dimensión. Sin embargo, nuestros resultados no revelan tal significación, al igual que lo obtenido por otras investigaciones sobre el tema (Ball, Tennen, Poling, Kranzler, & Rounsaville, 1997; Coolidge et al., 1994; Costa & McCrae, 1990; Haigler, 1998; Haigler & Widiger, 2001; Trull, 1992).

Al contrastar los resultados obtenidos mediante el DAPP-BQ con otros estudios que utilicen este instrumento para comparar grupos encontramos muy pocas investigaciones al respecto y, además, las que existen utilizan distintos tipos de muestras. Así, Pukrop y colaboradores

(2009) comparan una muestra de población sin patología y dos muestras clínicas (una sin diagnóstico de TP y otra con diagnóstico de TP) y Simonsen y Simonsen (2009) y Gutiérrez-Zotes y colaboradores (2008) comparan una muestra sin patología y una muestra clínica con TP. En nuestro estudio, sin embargo, utilizamos una muestra de cuatro grupos seleccionada a partir de un gradiente de gravedad psicopatológica (población sin patología, población con indicadores de patología en eje I o eje II, población clínica diagnosticada en eje I, población clínica diagnosticada en eje I y eje II). Atendiendo a esta escasez de estudios así como a los diferentes tipos de muestras utilizadas en ellos es difícil llegar a afirmaciones concluyentes en la discusión de nuestros resultados.

Las comparaciones entre grupos realizadas en esta investigación para todas las facetas de las dimensiones que componen el DAPP-BQ mostraron diferencias estadísticamente significativas. En particular, para la dimensión *Desregulación emocional* ocho de sus once facetas (*labilidad afectiva, ansiedad, apego inseguro, evitación social, problemas de identidad, distorsión cognitiva, suspicacia y oposiciónismo*) alcanzaron niveles de significación en todas las comparaciones post-hoc, de manera que el grupo G1 obtuvo las puntuaciones más bajas, seguido del grupo G2, éste a su vez del grupo G3 y finalmente el grupo G4 [ $G1 < G2 < G3 < G4$ ], resultados que van en la misma dirección de los estudios anteriormente mencionados y ponen de manifiesto la importancia de estas facetas para discriminar la presencia y gravedad psicopatológica.

Los resultados de las tres facetas restantes (*sumisión, narcisismo y autolisis*) no alcanzaron niveles de significación en todos los casos, pero sí mantuvieron la misma tendencia  $G1 < G2 < G3 < G4$ . La faceta *narcisismo* mostró diferencias significativas entre el grupo sin patología (G1) y los tres grupos con presencia de patología (G2, G3, G4), lo cual puede significar que se trata de un buen indicador para discriminar la normalidad de la

presencia de patología, sin tener en cuenta el grado de ésta. Estos resultados van en la línea de lo encontrado por Pukrop y colaboradores (2009), quienes tampoco encontraron diferencias entre los dos grupos clínicos de su estudio. Asimismo, nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Gutiérrez-Zotes y colaboradores (2008) y Simonsen y Simonsen (2009), que sólo comparan un grupo sin patología y un grupo clínico y no tienen en cuenta el gradiente de gravedad. También en nuestros resultados las facetas *sumisión* y *autolisis* mostraron el mismo patrón que la faceta anteriormente descrita de *narcisismo*. Es decir, se dieron diferencias significativas entre el grupo sin patología (G1) y los tres grupos con presencia de patología (G2, G3, G4), resultado que va en la línea de los tres estudios anteriormente mencionados, a excepción del estudio de Pukrop y colaboradores (2009) que también encuentra diferencias entre sus grupos clínicos. Los hallazgos obtenidos en nuestro estudio para estas tres facetas permiten, de manera tentativa, señalar su capacidad para detectar la presencia de indicadores de psicopatología.

En las cuatro facetas que componen la dimensión *Conducta disocial* no se encontraron diferencias significativas para todas las comparaciones post-hoc aunque sí se mantuvo la tendencia  $G1 < G2 < G3 < G4$ , resultados similares a los obtenidos por Gutiérrez-Zotes y colaboradores (2008) en las cuatro facetas pero no así con los encontrados por Simonsen y Simonsen (2009), que solo muestran diferencias significativas en dos de las facetas (*búsqueda de estímulos* y *rechazo*). Mención aparte merece el estudio de Pukrop y colaboradores (2009) por el hecho de utilizar dos grupos clínicos. Así, según lo obtenido por estos autores nuestros resultados presentan un misma tendencia en lo referente a las facetas *búsqueda de estímulos*, *problemas de conducta* e *insensibilidad* y, además, añaden la significación estadística encontrada en la faceta *rechazo*, que no había sido encontrada por el grupo de Pukrop. Estos resultados señalan, pues, la sensibilidad de

estas facetas para identificar marcadores de psicopatología, ya que claramente diferencian el grupo sin patología de cualquier posible comparación con el resto de grupos. En otro orden de cosas y desde un punto de vista conceptual, los interesantes hallazgos obtenidos recientemente por el grupo de Pryor acerca de las relaciones entre las facetas de la dimensión *Conducta disocial* y conductas relacionadas con la falta de control de impulsos o los trastornos de tipo antisocial (Pryor, Miller, Hoffman, & Harding, 2009; Pryor, Miller, & Gaughan, 2009) no pueden ser contestados por nuestro estudio dado que no contamos con representación de patología específica del espectro externalizante.

Las facetas que configuran la dimensión *Inhibición* tampoco mostraron significación estadística en todas las comparaciones post-hoc, pero sí mantuvieron la misma tendencia  $G1 < G2 < G3 < G4$ . El análisis detallado de las comparaciones intergrupo para las dos facetas que componen esta dimensión (*problemas de intimidad* y *expresividad restringida*) revela que ambas permiten discriminar entre la muestra sin patología (G1) y las muestras con presencia de patología (G2, G3, G4), en la misma línea que lo encontrado por Simonsen y Simonsen (2009), Gutiérrez-Zotes y colaboradores (2008) y Pukrop y colaboradores (2009).

En la única faceta que recoge la dimensión *Compulsividad* las comparaciones post-hoc realizadas con nuestro análisis tampoco mostraron significación estadística, aun cuando sí pusieron de relieve la misma tendencia  $G1 < G2 < G3 < G4$ . Además, un análisis detallado de dichas comparaciones reveló diferencias entre los grupos de población sin patología o con indicadores de sintomatología clínica (G1, G2) frente a los grupos clínicos con diagnóstico de eje I o eje II (G3, G4), en la misma línea de lo obtenido en los estudios de Simonsen y Simonsen (2009) y Pukrop y colaboradores 2009 pero no así con lo obtenido por Gutiérrez-Zotes y colaboradores (2008), quienes concluyen que estas diferencias entre

normalidad y patología son atribuibles a la edad. Estos resultados ponen, pues, de relieve la inespecificidad de esta faceta/dimensión para discriminar la gravedad de patología ya que, tal como apuntan Gutiérrez-Zotes y colaboradores, el rasgo de *compulsividad* del DAPP-BQ tiene de por sí una posición poco clara en las taxonomías de la personalidad por su alta prevalencia en la población general (Nestadt et al., 1991). Es decir, los sujetos normales pueden presentar puntuaciones elevadas en esta característica sin que por ello se convierta en egodistónica o comporte la necesidad de tratamiento, incluso como apuntan Costa, Samuels, Bagby, Daffin y Norton (2005) puede implicar ventajas en áreas como la actividad laboral o académica, mientras que la presencia de esta dimensión en muestras clínicas puede no llegar a alcanzar niveles disfuncionales en muchas ocasiones.

Otra cuestión que cabe señalar a la vista de los estudios utilizados para constrarar nuestros resultados está relacionada con el diseño empleado en nuestra investigación, el cual permite comparar grupos de población general con grupos clínicos exhaustivamente evaluados y diagnosticados en eje I y eje II según un gradiente de gravedad psicopatológica. Esta consideración a la continuidad psicopatológica, no planteada por estudios previos, así como los tamaños del efecto observado en todas las facetas y dimensiones de nuestros dos instrumentos (generalmente entre altos y medios según la clasificación de Cohen, 1988) avalan la solidez de nuestros resultados.

La anterior discusión de resultados permite concluir que nuestros cuatro grupos objeto de estudio se encuentran representados en la estructura de personalidad normal que propone el NEO-PI-R, asimismo, también nuestros cuatro grupos se encuentran representados en la estructura de personalidad patológica que propone el DAPP-BQ. Esta conclusión nos permitiría afirmar que ambos instrumentos, aun cuando



proceden de planteamientos teóricos diferentes, son capaces de representar adecuadamente la tan ahelada idea de continuidad en el campo de la personalidad (normal/patológica). Además, si tenemos en cuenta el comportamiento de cada uno de los grupos dentro del continuo observamos que estos instrumentos son sensibles para identificar las variantes adaptativas y desadaptativas que implica la personalidad humana, incluso sus dimensiones *Neuroticismo*, *Extraversión* y *Desregulación emocional* permiten discriminar la presencia y gravedad psicopatológica.

Así, a modo de conclusión general, podríamos decir que ambos instrumentos confirman la existencia de diferencias cuantitativas, que no cualitativas, en el gradiente de gravedad psicopatológica que representan nuestros cuatro grupos, lo cual aporta evidencia empírica acerca de que la personalidad está compuesta de rasgos sin contenido positivo o negativo en sí mismos, que no deben concebirse en términos de todo o nada sino de forma continua y que todos y cada uno de estos rasgos están presentes en mayor o menor medida en las personas, siendo necesario la presencia de diversas circunstancias y contextos para que se manifiesten de forma patológica.

A continuación, partiendo de la propuestas que identifican al NEO-PI-R y al DAPP-BQ como alternativas dimensionales posibles para sustituir a los actuales modelos categoriales de personalidad patológica, los análisis realizados para el segundo objetivo de esta investigación fueron dirigidos a valorar la respectiva capacidad de estos dos instrumentos en la representación de los TP del DSM-IV-TR (APA, 2000). Para guardar el paralelismo con la presentación de los resultados describiremos en primer lugar los análisis de regresión jerárquica y las relaciones obtenidas entre los TP y el NEO-PI-R y, a continuación, discutiremos las relaciones

obtenidas entre los TP y el DAPP-BQ. Con el objetivo de facilitar la lectura de este apartado y atendiendo al elevado número de modelos predictivos resultado de la combinación de diez TP categoriales y 30 + 18 facetas de personalidad (además las variables edad, género y nivel de estudios), a continuación discutiremos los resultados de forma global, pudiendo consultarse un resumen más preciso de todos los resultados obtenidos en los anexos 15 y 16.

En primer lugar, el análisis previo de las correlaciones parciales ya sugirió la dirección de los resultados obtenidos en los análisis de regresión que más adelante comentaremos. Así, en ambos instrumentos encontramos que la mayoría de correlaciones parciales eran significativas para todos los TP, dato que además de reflejar inespecificidad de las facetas también implica un aumento de las posibilidades de encontrar niveles de significación en los análisis de regresión (tanto en las relaciones hipotetizadas como en las no hipotetizadas). Esta significación estadística también se dió con las variables sociodemográficas evaluadas, aspectos generalmente no contemplados en otros estudios. De la interpretación de este análisis de correlaciones también se desprende que existieron correlaciones que no alcanzaban el nivel de significación necesario para ser incluidas como variables predictivas en el tercer modelo (Pedhazur & Schmelkin, 1991), sin embargo, aunque no sea estadísticamente apropiado éstas igualmente se incluyeron en los estudios porque la literatura las hipotetiza.

Respecto a los resultados de la regresión jerárquica realizados sobre los TP y el NEO-PI-R se observó que en todos los casos el tercer modelo mejoró la comprensión de dichos trastornos. A continuación analizaremos lo obtenido en cada uno de estos TP, basándonos para ello en las relaciones teóricamente hipotetizadas por Trull y Widiger (1997), las propuestas de clínicos e investigadores recogidas en los artículos de Lynam

y Widiger (2001) y Samuel y Widiger (2004, 2006), así como en las relaciones obtenidas empíricamente y recogidas en el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a).

Concretamente el *trastorno de personalidad paranoide* se predijo por tres de las trece facetas hipotetizadas: *hostilidad* y, en sentido negativo, *confianza* y *sensibilidad a los demás*. De estas facetas, *hostilidad* y *confianza* habían sido hipotetizadas por el grupo de Widiger (Trull & Widiger, 1997; Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006) y recogidas en el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a). La faceta *sensibilidad a los demás* también había sido hipotetizada pero no confirmada empíricamente (Samuel y Widiger; 2008a). Además, ni hipotetizada ni confirmada empíricamente con anterioridad, la faceta *estética* también alcanzó nivel de significación.

En el *trastorno de personalidad esquizoide* únicamente dos de las diez facetas teóricamente esperadas surgieron como predictoras, *cordialidad* y *gregarismo* (ambas en sentido negativo), las cuales habían sido hipotetizadas por el grupo de Widiger (Trull & Widiger, 1997; Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006) y también recogidas en el meta-análisis de Samuel & Widiger (2008a). Al igual que hallazgos empíricos previos (Samuel & Widiger, 2008a), las facetas *depresión* y, en sentido negativo, *confianza* alcanzaron nivel de significación en nuestro análisis, a pesar de no haber sido hipotetizadas con anterioridad (Trull & Widiger, 1997; Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006). Finalmente, *ansiedad*, *sentido del deber* y, en sentido negativo, *vulnerabilidad*, *actitud conciliadora* y *necesidad de logro* surgieron como facetas predictivas según nuestros resultados, sin haber sido previamente hipotetizadas ni tampoco confirmadas empíricamente.

En el caso del *trastorno esquizotípico de la personalidad* cinco de las catorce facetas hipotetizadas (Trull & Widiger, 1997; Lynam & Widiger,

2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006) alcanzaron niveles de significación: *cordialidad*, *gregarismo*, *confianza*, *acciones* (todas ellas en sentido negativo) y *acciones*. Las predicciones obtenidas para las facetas *cordialidad*, *gregarismo* y *confianza* coincidieron con las hipótesis teóricas del grupo de Widiger (Trull & Widiger, 1997; Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006) y se recogen en el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a). Sin embargo, *estética* y *acciones* habían sido hipotetizadas por Trull y Widiger (1997) pero no confirmadas empíricamente según el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a). Además, contrariamente a lo hipotetizado por Trull y Widiger (1997), la faceta *acciones* predijo en sentido negativo. Sin haber sido hipotetizada pero en la línea de los hallazgos empíricos que recogen Samuel y Widiger (2008a), la faceta *hostilidad* también alcanzó niveles de significación en nuestro análisis.

El *trastorno de personalidad antisocial* se predijo por dos de las veintidós facetas previamente hipotetizadas: *hostilidad* y, en sentido negativo, *sensibilidad a los demás*. La faceta *hostilidad* había sido teóricamente hipotetizada (Trull & Widiger, 1997; Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006) y se recoge en el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a), mientras que la faceta *sensibilidad a los demás* había sido hipotetizada por el grupo de Widiger pero no se ha confirmado empíricamente (Samuel y Widiger; 2008a). La faceta *fantasía* también aparece como predictora en los resultados de nuestro tercer modelo a pesar de no haber sido hipotetizada ni confirmada empíricamente con anterioridad.

Para el *trastorno límite de la personalidad*, cinco de las dieciocho facetas teóricamente hipotetizadas alcanzaron niveles de significación: *hostilidad*, *depresión*, *vulnerabilidad*, *deliberación* y, en sentido negativo, *acciones*. Las facetas *hostilidad*, *depresión*, *vulnerabilidad* y *deliberación*

habían sido previamente hipotetizadas por el grupo de Widiger (Trull & Widiger, 1997; Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006) y confirmadas empíricamente según el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a). Sin embargo, la faceta *acciones* había sido hipotetizada (aunque en un sentido opuesto) por Lynam & Widiger (2001) y Samuel y Widiger (2004, 2006) pero no había encontrado confirmación empírica. Sin haber sido hipotetizada pero sí confirmada empíricamente con anterioridad (Samuel y Widiger, 2008a), la faceta *emociones positivas* (en negativo) también alcanzó significación en los resultados de nuestro tercer modelo. Finalmente, *búsqueda de emociones* y, en sentido negativo, *actividad y modestia* surgieron como predictoras en nuestro análisis, aun cuando éstas no se habían hipotetizado ni confirmado empíricamente.

El *trastorno de personalidad narcisista* se predijo por seis de las diecinueve facetas hipotetizadas: *hostilidad, franqueza y modestia* (en sentido negativo), *asertividad, necesidad de logro y sensibilidad a los demás* (en sentido negativo). Las facetas *hostilidad, franqueza y modestia* se habían hipotetizado teóricamente (Trull & Widiger, 1997; Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006) y contaban con confirmación empírica según el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a). Sin embargo, las facetas *asertividad, necesidad de logro y sensibilidad a los demás*, habían sido hipotetizadas por el grupo de Widiger pero no confirmadas empíricamente según el meta-análisis de Samuel y Widiger.

Para el *trastorno histriónico de la personalidad* seis de las veinte facetas hipotetizadas por el grupo de Widiger (Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006; Trull & Widiger, 1997) alcanzaron niveles de significación estadística: *hostilidad, gregarismo, sentimientos, confianza* y, en sentido negativo, *franqueza y deliberación*. De estas facetas, únicamente *gregarismo* se había confirmado empíricamente según el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a). La faceta *modestia* (en sentido

negativo) también apareció como predictora en nuestro estudio, a pesar de no haber sido hipotetizada ni confirmada empíricamente con anterioridad.

El *trastorno de personalidad por evitación* se predijo por cuatro de las trece facetas previamente hipotetizadas: *ansiedad*, *hostilidad* y, en sentido negativo, *acciones* y *modestia*. Las facetas *ansiedad*, *hostilidad* y *acciones* habían sido teóricamente hipotetizadas (Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006; Trull & Widiger, 1997) y confirmadas empíricamente según el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a), al igual que *modestia*, aunque en nuestro caso con un sentido diferente al esperado. Las facetas *cordialidad* (en sentido negativo) y *necesidad de logro* también alcanzaron niveles de significación en nuestro análisis sin haber sido previamente hipotetizadas, de ellas únicamente *cordialidad* contaba con evidencia empírica previa según el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a).

El *trastorno de personalidad por dependencia* se predijo por cinco de las diecisiete facetas previamente hipotetizadas: *ansiedad social*, *vulnerabilidad*, *actitud conciliadora*, *gregarismo* y *hostilidad* (en sentido negativo). Las facetas *ansiedad social* y *vulnerabilidad* habían sido hipotetizadas por el grupo de Widiger (Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006; Trull & Widiger, 1997) y confirmadas empíricamente según el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a). La faceta *actitud conciliadora* había sido hipotetizada teóricamente por el grupo de Widiger pero no confirmada empíricamente. La faceta *gregarismo*, que únicamente Trull y Widiger (1997) habían hipotetizado, tampoco cuenta con confirmación empírica previa (Samuel & Widiger, 2008a). Finalmente, la faceta *hostilidad* sí había sido hipotetizada por Trull y Widiger (1997) pero en un sentido opuesto al encontrado en nuestro análisis, además, tampoco ha encontrado confirmación empírica previa. En nuestros resultados también la faceta *acciones* (en sentido negativo) alcanzó nivel de

significación estadística, aun cuando no había sido hipotetizada ni contaba confirmación empírica en otros estudios.

El *trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad* se predijo por seis de las veintidós facetas teóricamente hipotetizadas por el grupo de Widiger (Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006; Trull & Widiger, 1997): *necesidad de logro, deliberación, hostilidad, acciones, búsqueda de emociones e ideas*. De estas facetas sólo *necesidad de logro y deliberación* habían encontrado confirmación empírica según el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a). La faceta *hostilidad*, que había sido hipotetizada por Trull y Widiger (1997) y *acciones*, hipotetizada por el grupo de Widiger (Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006; Trull & Widiger, 1997), no habían sido confirmadas empíricamente por otros estudios. Las facetas *búsqueda de emociones e ideas*, que habían sido hipotetizadas por el grupo de Widiger (Lynam & Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; 2006; Trull & Widiger, 1997) aunque, a diferencia de nuestros resultados, en un sentido negativo, tampoco han sido confirmadas según el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a). Ni hipotetizadas ni confirmadas empíricamente con anterioridad, las facetas *vulnerabilidad y confianza* también aparecieron como predictoras nuestro análisis.

Algunas variables sociodemográficas no consideradas en las hipótesis teóricas ni recogidas en ninguno de los estudios previos también alcanzaron niveles de significación la regresión jerárquica. Así, la edad surgió como faceta predictiva para el *trastorno esquizoide* y el *obsesivo compulsivo* (a mayor edad más probabilidad de que estén presentes las características de estos trastornos), el nivel de estudios para el *trastorno límite de la personalidad* (menor nivel de instrucción sería predictivo de este trastorno) y el género para el *trastorno histriónico, el trastorno de personalidad por dependencia* y el *trastorno antisocial* (ser mujer sería

predictor de los dos primeros y ser varón lo sería para el *trastorno antisocial*).

Los resultados de la regresión jerárquica realizados sobre los TP y el DAPP-BQ también mostraron en todos los casos que el tercer modelo mejoraba la comprensión de dichos trastornos. A continuación analizaremos lo obtenido en cada uno de estos TP, basándonos para ello en las relaciones teóricamente hipotetizadas por Bagge y Trull (2003) y las relaciones obtenidas empíricamente por estos mismos autores y por Pukrop y colaboradores (2009).

Respecto al *trastorno paranoide de la personalidad*, una de las siete facetas hipotetizadas por Bagge y Trull (2003) surgió como predictiva en nuestro análisis, concretamente *susplicacia*, que también había sido confirmada empíricamente por Bagge y Trull (2003) y el grupo de Pukrop (Pukrop et al., 2009). La faceta *autolisis*, como en el estudio de Pukrop y colaboradores, también alcanzó nivel de significación, a pesar de no haber sido previamente hipotetizada. Sin haber sido previamente hipotetizada ni confirmada empíricamente la faceta *expresividad restringida* también surgió como predictora en nuestro estudio.

El *trastorno esquizoide de la personalidad* se predijo por tres de las siete facetas hipotetizadas previamente (Bagge & Trull, 2003): *evitación social*, *problemas de intimidad* y *expresividad restringida*. De ellas, *evitación social* había sido confirmada empíricamente por el estudio de Pukrop y colaboradores (2009), *problemas de intimidad* por los estudios de Bagge y Trull (2003), mientras que *expresividad restringida* no había sido confirmada empíricamente por ninguno de los dos estudios. Por otro lado, las facetas *ansiedad*, *susplicacia* y, en sentido negativo, *sumisión* también alcanzaron niveles de significación estadística en nuestro estudio, a pesar de no haber sido hipotetizadas ni confirmadas empíricamente con anterioridad.



El *trastorno esquizotípico de la personalidad* se predijo por tres de las cuatro facetas hipotetizadas por Bagge y Trull (2003): *susplicacia*, *problemas de intimidad*, y *evitación social*. La faceta *susplicacia* había sido confirmada previamente por los estudios de Bagge y Trull (2003) y el grupo de Pukrop (Pukrop et al., 2009), la faceta *problemas de intimidad* únicamente se había confirmada por Bagge y Trull y *evitación social* no se había confirmado por ninguno de estos estudios. Como en Pukrop y colaboradores (2009), la faceta *autolisis* alcanzó niveles de significación en nuestros resultados sin que hubiera sido hipotetizada previamente por Bagge y Trull. Finalmente, *expresividad restringida* y, en sentido negativo, *sumisión* e *insensibilidad* también surgieron como facetas predictoras sin haber sido hipotetizadas ni confirmadas por los estudios previos.

Para el *trastorno antisocial de la personalidad* surgieron como facetas predictivas tres de las siete teóricamente hipotetizadas (Bagge & Trull, 2003): *búsqueda de estímulos*, *problemas de conducta* e *insensibilidad*. Las facetas *búsqueda de estímulos* y *problemas de conducta* había sido confirmadas por los estudios de Bagge y Trull (2003) y Pukrop y colaboradores (2009), mientras que la faceta *insensibilidad* no había encontrado tal confirmación. Las facetas *apego inseguro*, *autolisis* y *problemas de intimidad* también alcanzaron significación estadística en nuestra regresión jerárquica a pesar de no haber sido hipotetizadas ni confirmadas empíricamente antes.

El *trastorno límite de la personalidad* se predijo por cinco de las diez facetas previamente hipotetizadas por Bagge y Trull (2003): *labilidad afectiva*, *autolisis*, *problemas de identidad*, *distorsión cognitiva* y *apego inseguro*. Dos de ellas, *labilidad afectiva* y *autolisis*, habían sido confirmadas en los estudios de Bagge y Trull (2003) y el grupo de Pukrop (Pukrop et al., 2009). El resto, *problemas de identidad*, *distorsión cognitiva* y *apego inseguro*, no cuentan confirmación estadística previa. La faceta

*compulsividad*, que no había sido teóricamente hipotetizada ni confirmada empíricamente, también surgió como predictora en los resultados de nuestro análisis.

El *trastorno narcisista de la personalidad* se predijo por las tres facetas que Bagge y Trull (2003) habían hipotetizado: *insensibilidad*, *rechazo* y *narcisismo*. La faceta *insensibilidad* ya había sido confirmada empíricamente tanto por Bagge y Trull (2003) como por Pukrop y colaboradores (2009), sin embargo, *rechazo* y *narcisismo* únicamente habían sido confirmadas en el estudio de Bagge y Trull. Sin haber sido teóricamente hipotetizadas, las facetas *compulsividad* y *oposicionismo* (ambas en sentido negativo) alcanzaron niveles de significación en el tercer modelo, de ellas únicamente *compulsividad* se había encontrado como faceta predictiva en el estudio Bagge y Trull.

En el *trastorno histriónico de la personalidad* surgieron como facetas predictoras cuatro de las siete hipotetizadas por Bagge y Trull (2003): *labilidad afectiva*, *narcisismo*, *expresividad restringida* (en sentido negativo) y *problemas de intimidad*. Las facetas *labilidad afectiva*, *narcisismo* y *expresividad restringida* habían sido confirmadas por el estudio de Bagge y Trull pero no por el de Pukrop y colaboradores (2009). La faceta *problemas de intimidad* también había sido confirmada en el estudio de Pukrop pero, en la misma línea que la hipótesis teórica de Bagge y Trull, en un sentido negativo. La faceta *compulsividad*, que no se había hipotetizado ni confirmado empíricamente antes, también alcanzó en nuestro análisis nivel de significación estadística.

Para el *trastorno de personalidad por evitación*, dos de las cinco facetas teóricamente hipotetizadas (Bagge & Trull, 2003) surgieron como predictoras: *evitación social* y *expresividad restringida*. La faceta *evitación social* ya había encontrado confirmación en los estudios de Bagge y Trull (2003) y el grupo de Pukrop (Pukrop et al., 2009), mientras que la faceta

*expresividad restringida* no había obtenido confirmación empírica previa. Igual que Pukrop y colaboradores (2009), pero en un sentido opuesto, la faceta *problemas de identidad* (en nuestro caso en sentido negativo) alcanzó significación estadística a pesar de no haber sido teóricamente hipotetizada. Finalmente, sin haber sido hipotetizada ni confirmada con anterioridad, la faceta *narcisismo* también se presentó como faceta predictora en nuestro análisis.

El *trastorno de personalidad por dependencia* se predijo por dos de las siete facetas que hipotetizaban Bagge y Trull (2003): *sumisión* y *apego inseguro*. De ellas, la faceta *sumisión* se había confirmado empíricamente en los estudios de Bagge y Trull (2003) y el grupo de Pukrop (Pukrop et al., 2009), mientras que la faceta *apego inseguro* únicamente se había confirmado en el estudio de Bagge y Trull. También en la regresión jerárquica, sin haber sido previamente hipotetizada, surgió la faceta *problemas de identidad*, al igual que en el estudio de Pukrop y colaboradores pero en un sentido opuesto. Las facetas *autolisis*, *problemas de conducta* y *expresividad restringida* (en sentido negativo) también alcanzaron significación estadística en este tercer modelo, aun sin haber sido previamente hipotetizadas ni confirmadas empíricamente.

En el caso del *trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo* dos de las seis facetas hipotetizadas por Bagge y Trull (2003) resultaron predictoras: *compulsividad* y *rechazo*. La faceta *compulsividad* ya había sido confirmada en el estudio de Bagge y Trull y el grupo de Pukrop (Pukrop et al., 2009), mientras que la faceta *rechazo* únicamente había obtenido confirmación empírica en el estudio de Bagge y Trull. Ni hipotetizada ni confirmada empíricamente, también la faceta *narcisismo* alcanzó nivel de significación en nuestros resultados.

Nuevamente, las variables edad y nivel de estudios, que no han sido tenidas en cuenta ni en las hipótesis teóricas (Bagge & Trull, 2003) ni en

análisis jerárquicos realizados por otros autores (Bagge & Trull, 2003; Pukrop et al., 2009), surgieron como predictoras en el análisis de regresión de algunos TP. Concretamente, la edad predijo los *trastorno de personalidad esquizoide, narcisista y por dependencia* (a mayor edad más probabilidad de que estén presentes las características de los dos primeros trastornos y a menor edad más probabilidad de que estén presentes las características del *trastorno por dependencia*) y el nivel de estudios alcanzó niveles de significación estadística en el *trastorno límite* (menor nivel de instrucción sería predictivo de este trastorno).

Aun cuando los resultados de este segundo objetivo fueron consistentes con la hipótesis de que los rasgos desadaptativos de la personalidad patológica pueden ser entendidos como variantes anormales de los rasgos de la personalidad normal y que ambos modelos (NEO-PI-R y DAPP-BQ) podrían ser útiles para la representación de los diferentes TP, el análisis detallado de los resultados pone en evidencia que no es posible determinar empíricamente la existencia de perfiles prototípicos firmes para ninguno de los TP tal y como éstos están descritos en los sistemas de clasificación al uso (lo cual tampoco implica que dicha conceptualización recoja adecuadamente la psicopatología de la personalidad). Así, en la línea de lo que ya planteaba Harkness (1992), se evidencia que ni el modelo de los cinco factores (en este caso a través del NEO-PI-R) ni el modelo dimensional de Livesley (en este caso a través del DAPP-BQ) son suficientes por separado para representar adecuadamente las categorías clínicas de los TP (Livesley, 2001).

Además de lo expuesto anteriormente y desde un punto de vista meramente estadístico, nuestros resultados y el análisis de la literatura teórica y empírica disponible en torno a la capacidad de proyección de los modelos dimensionales sobre los categoriales plantea algunas dudas acerca

de la adecuación del tipo de análisis utilizados. Así, desde un punto de vista estadístico son tres los aspectos que deberíamos considerar sobre ellos (Pedhazur & Schmelkin, 1991): En primer lugar, el hecho de introducir en una regresión del orden de 21 (en el caso del DAPP-BQ) a 33 (en el caso del NEO-PI-R) variables predictoras comporta el riesgo de cometer error de tipo I y, muy probablemente, llegar a una aproximación artificial y sensible a los valores observados. En segundo lugar, lo recomendable es incluir al menos 20 observaciones (en nuestro caso sujetos) por cada variable independiente que se estime *a priori* interesante en el modelo, de tal manera que observaciones inferiores llevarían a errores de tipo II e impedirían obtener resultados concluyentes. Atendiendo a esta recomendación, el número de sujetos necesarios para realizar los análisis de regresión con el NEO-PI-R serían 660 y en el caso del DAPP-BQ serían 420. De los estudios revisados, únicamente Dyce y O'Connor (1998), cuyo estudio se incluyó en el meta-análisis de Samuel y Widiger (2008a), utilizaban una muestra de 614 estudiantes universitarios con el NEO-PI-R y Bagge y Trull (2003) de 315, también estudiantes universitarios, con el DAPP-BQ. A diferencia de estos estudios comentados previamente, en el presente estudio utilizamos un número de participantes que se aproxima más al recomendado estadísticamente (631 sujetos) y, además, en la constitución de la muestra incorporamos un gradiente de severidad que se refleja en un diseño de cuatro grupos con mayor heterogeneidad en cuanto al nivel de estudios, género y edad. En tercer lugar, además de lo anteriormente mencionado, el análisis de estos perfiles prototípicos también pretende que de entre 33 (NEO-PI-R) o 21 (DAPP-BQ) variables predictoras se confirme el nivel de significación en el orden de entre 10 y 22 o entre 3 y 10, respectivamente, con lo que de nuevo se incurre en el incremento de error de tipo I.

Las dificultades encontradas con estos dos instrumentos para representar los TP categoriales así como las consideraciones metodológicas previas suscitan preguntarnos si estos instrumentos están evaluando realmente las mismas variables latentes. Para responder a esta cuestión, nuestro tercer objetivo pretendió estudiar si estos dos instrumentos comparten la invarianza métrica que permita analizar si realmente se trata de dos instrumentos equiparables.

Las conclusiones que se deriven de este tercer objetivo son tentativas y hay que tomarlas con mucha cautela, ya que nuestros resultados ni los de otras investigaciones permiten todavía llegar a propuestas concluyentes. Por un lado, son muy pocos los estudios que han tratado de buscar correspondencias entre el NEO-PI-R y el DAPP-BQ (Larstone et al., 2002; Maruta et al., 2006; Schroeder et al., 1992) y, por otro lado, los que existen presentan, desde nuestro punto de vista, limitaciones en cuanto a la representatividad de las muestras, la no inclusión de todas las facetas que componen ambos instrumentos así como la utilización de análisis estadísticos de tipo exploratorio (concretamente análisis de componentes principales y regresiones jerárquicas), como ya hemos visto un tipo de metodología que no resulta adecuada para analizar la equiparación entre instrumentos distintos. Sólo el estudio de Samuel y colaboradores (2010) ha utilizado la teoría de respuesta al ítem (TRI) para estudiar las variables latentes que subyacen al NEO-PI-R y el DAPP-BQ, una metodología propia del estudio de la invarianza métrica entre medidas que, por otro lado, Ferrando (1996) cuestiona que sea el tipo de análisis más adecuado con los instrumentos que evalúan la personalidad. Así pues, con el propósito de explorar la equiparación entre la estructura dimensional del NEO-PI-R y la del DAPP-BQ de forma rigurosa, en este estudio propusimos dar un paso más y utilizar el análisis factorial confirmatorio (AFC) por ser una metodología de igual poder estadístico que la TRI pero considerada más

adecuada para equiparar instrumentos de medida en el campo de la personalidad (Ferrando, 1996).

Los AFCs utilizados en nuestro estudio partían de los resultados obtenidos por estudios previos con metodología exploratoria: análisis de componentes principales y regresiones jerárquicas (Larstone et al., 2002; Maruta et al., 2006; Schroeder et al., 1992). De estos análisis surgieron una serie de modelos que a continuación pasamos a discutir. Así, sobre la relación entre la dimensión *Neuroticismo* del NEO-PI-R y la dimensión *Desregulación emocional* del DAPP-BQ el estudio del ajuste de los tres modelos estructurales mostró que la propuesta de que ambas dimensiones pueden ser explicadas por una misma variable latente era mejor que la que propone dos variables latentes diferentes, siendo también mejor la propuesta que contempla dos variables latentes diferentes pero relacionadas. Con el objetivo de garantizar la parsimonia en la explicación se consideraría el modelo de una única variable latente como el más apropiado para la comprensión del comportamiento de los datos. Estos resultados pues ponen de manifiesto la inadecuación de seguir sosteniendo la diferenciación entre ambas dimensiones aun cuando éstas correspondan a instrumentos diferenciados y surjan de planteamientos teóricos distintos y ayudan a explicar, por otro lado, los datos relativos a la proyección y predicción ya encontrada entre estas dos dimensiones en los estudios de Larstone y colaboradores (2002), Maruta y colaboradores (2006) y Schroeder y colaboradores (1992).

Sobre la relación entre la dimensión *Extraversión* y *Apertura* del NEO-PI-R y la dimensión *Inhibición* del DAPP-BQ, tanto el ajuste del modelo que propone que dichas dimensiones son explicadas por variables latentes diferentes pero relacionadas como el modelo que propone que son explicadas por la misma variable latente ofrecieron una mejor explicación del comportamiento de los datos. Nuevamente, la explicación más

parsimoniosa que comprendería la relación entre las dimensiones de estos dos instrumentos corresponde al modelo que contempla una única variable latente subyacente. También, estos resultados van en la línea de lo encontrado en los estudios que han utilizado análisis de componentes principales y regresión jerárquica para estudiar la relación entre estas dimensiones (Larstone et al., 2002; Maruta et al., 2006; Schroeder et al., 1992).

Para las dimensiones *Amabilidad* del NEO-PI-R y *Conducta disocial* del DAPP-BQ, el análisis del ajuste de los tres modelos estructurales reveló que la propuesta de que ambas dimensiones se explican por variables latentes diferentes e independientes cuenta con peores índices que los modelos que proponen la explicación de dichas dimensiones por variables latentes diferentes pero relacionadas o por una misma variable latente, los cuales presentan un ajuste más adecuado. Se plantea de nuevo la necesidad de considerar que el modelo que contempla una única variable latente subyacente a ambas dimensiones es el que garantiza la explicación más parsimoniosa para comprender el comportamiento de los datos. Estos resultados también van en la línea de los datos de proyección y predicción entre ambas dimensiones que ya habían sido encontrados por Larstone y colaboradores (2002), Maruta y colaboradores (2006) y Schroeder y colaboradores (1992).

En resumen, aun cuando carecemos de investigaciones que utilicen este tipo de análisis con las que podamos comparar nuestros datos, los resultados obtenidos en este trabajo nos llevan a plantear, de forma tentativa, que probablemente nos encontramos ante una única variable latente subyacente a las dimensiones *Neuroticismo-Desregulación emocional*, las dimensiones *Extraversión*, *Apertura-Inhibición* y las dimensiones *Amabilidad-Conducta disocial*.



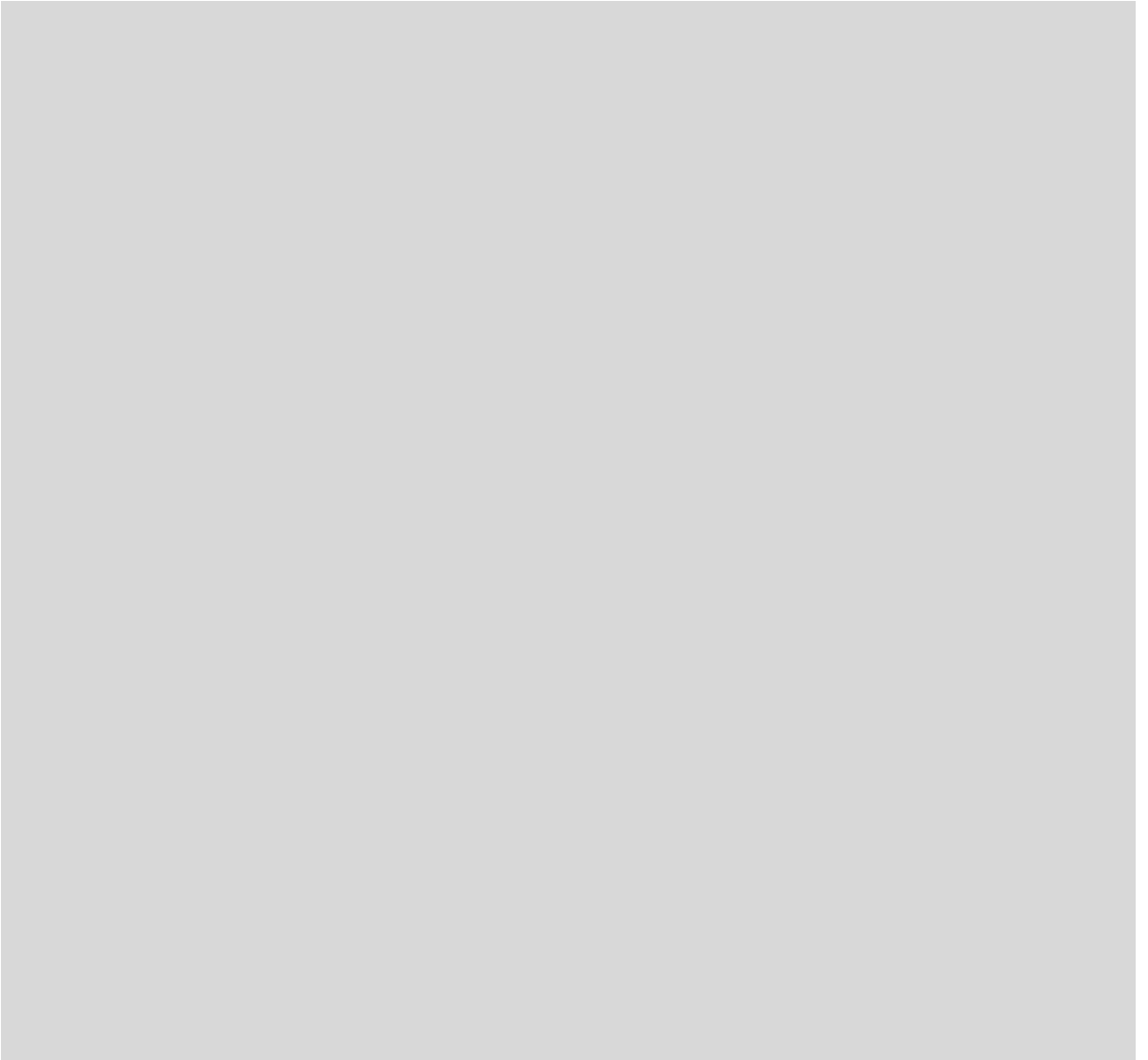
En otro orden de cosas, la evaluación concreta de los modelos también reflejó que en ninguno de los exámenes realizados los resultados de los índices de ajuste alcanzaban los mínimos establecidos para confirmar su total adecuación. Este dato, que no por ello resta significación a nuestros resultados, sirve para poner de manifiesto que tal vez el estudio de instrumentos equiparables requiere de un análisis más específico que el que se deriva únicamente del nivel de dimensiones previamente establecidas. Así, para la comprensión de estos resultados debemos tener en cuenta que los datos procedentes de estudios sobre estos dos instrumentos no siempre ha mostrado consistencias firmes. Por un lado, la investigación que explora la consistencia de las facetas y dimensiones del NEO-PI-R o de la propia estructura factorial que subyace a este instrumento ha aportado resultados inconsistentes, en ocasiones alejados de los inicialmente propuestos por los autores (Aluja, García, García, Seisdedos, 2005; Rolland, Parker, Stumpf, 1998; Sing, 2009; Svala, Davey, Costa & Whitfield, 2007; Terracciano, 2003; Žukauskiene & Barkauskiene, 2006). Lo descrito anteriormente respecto al NEO-PI-R es transportable a lo que sucede con la estructura del DAPP-BQ, ya que la evidencia empírica existente también revela incongruencias en torno al número de factores que componen el instrumento o la agrupación de facetas en cada una de las dimensiones propuestas por sus creadores (Clark, Livesley, Schroeder & Irish, 1996; Goldner, Srikaweswaran, Schroeder, Livesley & Brimingham, 1999; Gutierrez-Zotes et al., 2008; Jang et al., 1999; Larstone et al., 2002; Pukrop et al., 2001; Schroeder et al., 1992, van Kampen, 2002; Wang et al., 2004; Zheng et al., 2002). Asimismo, los escasos estudios que han buscado asociaciones entre las estructuras de ambos instrumentos ponen de manifiesto que los análisis a nivel de facetas dan lugar a relaciones mucho más complejas de lo que cabría esperar si únicamente se atiende al nivel de

dimensiones (Larstone et al., 2002; Maruta et al., 2006; Schroeder et al., 1992).

Esta falta de consistencia encontrada en la literatura científica en torno a las estructuras que proponen el NEO-PI-R y el DAPP-BQ, así como las complejas relaciones que se derivan de análisis más específicos que incluyen sus facetas, nos lleva a plantear, de forma tentativa, que la falta de mayor adecuación en el ajuste de los modelos obtenidos para este tercer objetivo debería también explorar las equivalencias entre facetas que componen las dimensiones para las que ya se ha encontrado una misma variable latente.

# 12.

## CONCLUSIONES





## 12. CONCLUSIONES

Una vez analizados y discutidos los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos propuestos en nuestro trabajo plantearemos las conclusiones para cada uno de ellos. Respecto al primer objetivo, dirigido a comparar el comportamiento de nuestros grupos de estudio en cada una de las facetas y dimensiones de los dos instrumentos de personalidad dimensional utilizados (NEO-PI-R y DAPP-BQ, procedentes del modelo de la personalidad normal y la personalidad patológica respectivamente) cabe señalar que los cuatro grupos definidos en nuestra muestra a partir de un continuo de gravedad psicopatológica están representados en las estructuras de los mismos, que la significación estadística encontrada en la mayoría de facetas y dimensiones de sendos instrumentos informan de su capacidad para discriminar entre normalidad y presencia de patología, que son las dimensiones *Neuroticismo*, *Extraversión* y *Desregulación emocional*, y la mayoría de las facetas que las componen, las que permiten discriminar de forma más precisa la presencia y gravedad psicopatológica, mientras que la mayoría de las facetas pertenecientes a las dimensiones *Amabilidad*, *Apertura*, *Responsabilidad*, *Conducta disocial*, *Inhibición* y *Compulsividad* son menos sensibles para detectar la gravedad psicopatológica

representada en nuestros cuatro grupos, finalmente, que los tamaños del efecto observado en todas las facetas y dimensiones de ambos instrumentos (generalmente entre altos y medios) avalan la solidez de los resultados encontrados en nuestro estudio.

Respecto al segundo objetivo vemos que los resultados derivados de evaluar la capacidad de los instrumentos dimensionales NEO-PI-R y DAPP-BQ para representar los TP categoriales del DSM-IV-TR (APA, 2000) nos permiten concluir que, aunque no es posible determinar empíricamente la existencia de perfiles prototípicos firmes para ninguno de los TP tal y como éstos están descritos en los sistemas de clasificación vigentes, sí existen algunas facetas en ambos instrumentos que, sin tener en cuenta las limitaciones metodológicas, los resultados de este estudio y los de otros estudios previos identifican generalmente como características de cada TP. Así, por ejemplo, la *hostilidad*, la *baja confianza* y la *susplicacia* aparecen como variables predictoras del trastorno paranoide. La *baja cordialidad*, el *bajo gregarismo*, la *baja confianza*, la *depresión*, la *evitación social* y los *problemas de intimidad* del trastorno esquizoide. La *baja cordialidad*, el *bajo gregarismo*, la *baja confianza*, la *hostilidad*, la *susplicacia* y los *problemas de intimidad* del trastorno esquizotípico. La *hostilidad*, la *búsqueda de estímulos* y los *problemas de conducta* del trastorno antisocial. La *hostilidad*, la *depresión*, la *vulnerabilidad*, la *baja deliberación*, la *baja emocionalidad positiva*, la *labilidad afectiva* y la *autolisis* del trastorno límite. La *hostilidad*, la *baja franqueza*, la *baja modestia*, el *narcisismo*, el *rechazo* y la *insensibilidad* del trastorno narcisista. El *gregarismo*, la *labilidad afectiva*, la *expresividad restringida* y el *narcisismo* del trastorno histriónico. La *ansiedad*, la *vulnerabilidad*, la *baja cordialidad*, la *baja disposición a las acciones* y la *evitación social* del trastorno por evitación. La *ansiedad social*, la *vulnerabilidad*, la *sumisión* y el *apego inseguro* del trastorno por dependencia. Por último, la *necesidad de logro*, la *deliberación*, el *rechazo* y

la *compulsividad* del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. Asimismo, aunque no han sido incluidas en otros estudios previos, las variables sociodemográficas edad, género y nivel de estudios son predictivas para algunos TP. Finalmente se pone de manifiesto que existen dudas acerca de la adecuación metodológica del tipo de análisis utilizado hasta la fecha para valorar la capacidad de estos dos instrumentos en la representación de los TP.

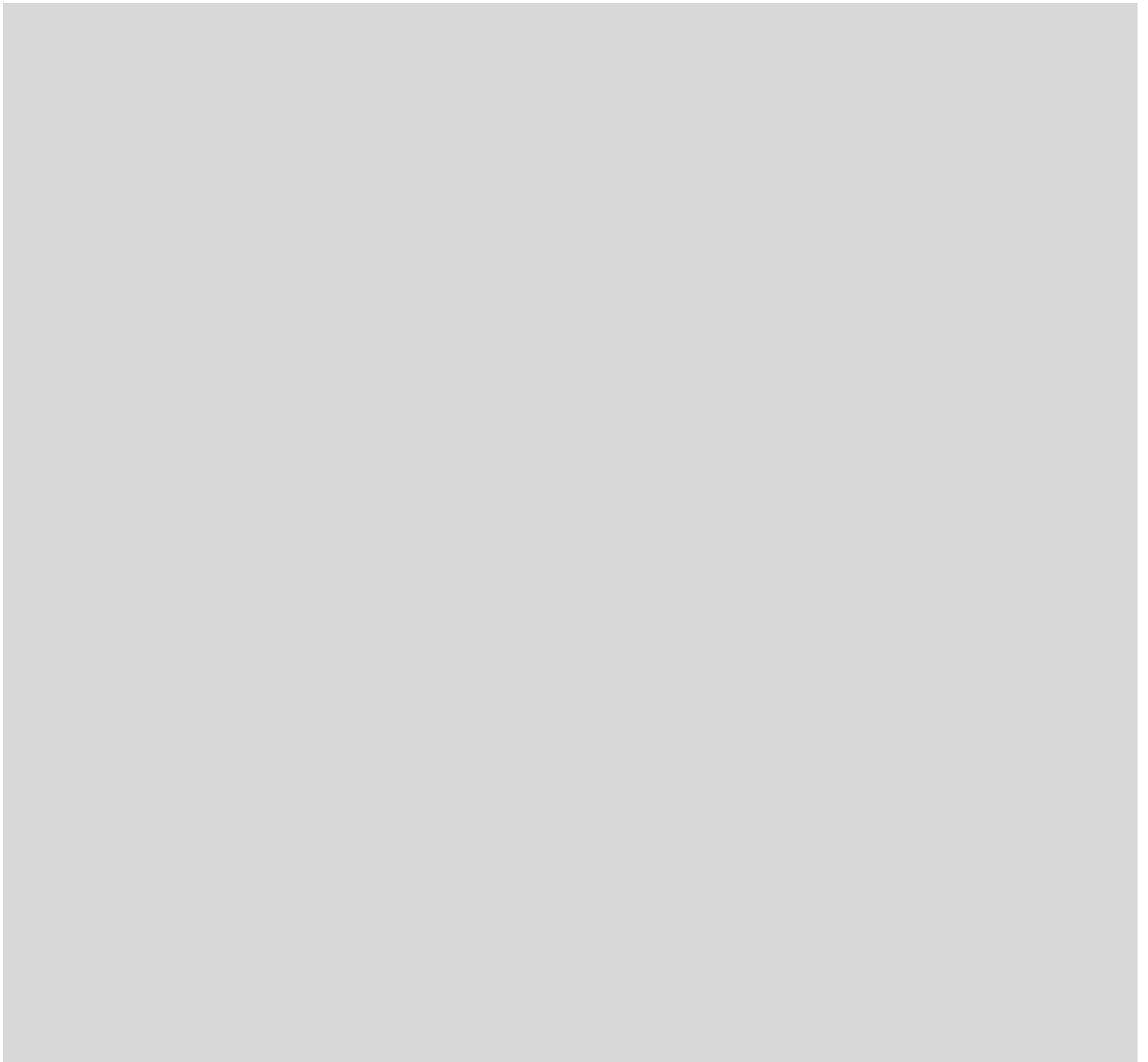
Por último, en cuanto al tercer objetivo, dirigido a explorar la existencia de una misma variable subyacente a las dimensiones del NEO-PI-R y el DAPP-BQ que habitualmente se han relacionado mediante metodología exploratoria, los análisis factoriales confirmatorios realizados nos permiten concluir (a falta de estudios en esta dirección) que parece existir una estructura factorial latente común a ambos instrumentos. Así, las dimensiones *Neuroticismo* y *Desregulación emocional* pueden ser explicadas por una misma variable latente, al igual que las dimensiones *Extraversión*, *Apertura e Inhibición* y también las dimensiones *Amabilidad* y *Conducta disocial*. Sin embargo, la falta de una total adecuación en el ajuste de los modelos derivados de los análisis confirmatorios, y en la línea de lo que sucede habitualmente con los cuestionarios de personalidad, da cuenta de la complejidad que encierran estos dos instrumentos (NEO-PI-R y DAPP-BQ) y de las relaciones que de ellos pueden derivarse. Serán necesarios más estudios para conocer el impacto que las relaciones empíricas aquí recogidas tienen sobre las explicaciones teóricas de la personalidad (normal y patológica). Finalmente, destacar que la metodología utilizada en este estudio (AFC) cubre un hueco en el tipo de análisis realizados hasta ahora en el ámbito de la personalidad.





# 13.

## LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN





### **13. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN**

En el desarrollo de esta investigación hemos detectado una serie de limitaciones y de cuestiones pendientes que podrían ser relevantes para el estudio futuro sobre la personalidad normal y patológica. El análisis de todas ellas nos lleva, por último, a plantear la necesidad de desarrollar otras investigaciones que mejoren y den continuidad a las propuestas aquí iniciadas, especialmente en lo referente a algunas cuestiones metodológicas.

En primer lugar, es necesario ampliar los estudios en torno a la continuidad entre la personalidad normal y la patológica con muestras aún más amplias y heterogéneas, que incluyan al espectro externalizante. Como se ha observado en la discusión de este trabajo, algunos de los resultados derivados de la comparación de las puntuaciones del NEO-PI-R y el DAPP-BQ en nuestras muestras han quedado inconclusos por no disponer de una representación suficiente de patología externalizante.

En segundo lugar, aun cuando la comorbilidad entre distintos trastornos psicopatológicos ha demostrado ser muy elevada, si se pretende encontrar indicadores patognomónicos específicos de la patología de la

personalidad sería necesario utilizar muestras de estudio con diagnóstico puro de TP, cometido difícilmente alcanzable si tenemos en cuenta los resultados de estudios de comorbilidad y la realidad clínica.

En tercer lugar, relacionado con el procedimiento de evaluación, el uso de autoinformes con una finalidad diagnóstica en las muestras de población general de este trabajo también constituye una limitación a tener en cuenta. Los estudios futuros deberían garantizar los métodos de evaluación y diagnóstico clínico de todas las muestras utilizadas, así como la confirmación de ausencia de diagnóstico, con el fin de poder llegar a protocolos de evaluación que nos permitan comparar los resultados de investigación.

En cuarto lugar, se precisa plantear investigaciones que exploren las variables latentes que subyacen al exceso de instrumentos disponibles en el ámbito de la personalidad normal y personalidad patológica, utilizando para ello muestras todavía más amplias y representativas, así como metodologías que superen las limitaciones derivadas de los métodos exploratorios.

En quinto lugar, ante el hallazgo de que una variable latente subyace a las dimensiones de dos instrumentos de evaluación de la personalidad normal y patológica por separado, se necesitan estudios que corroboren que ambos instrumentos conforman un continuo. De esta forma, análisis estadísticos más sofisticados deberán determinar si poblaciones extremas (con y sin patología) se comportan de manera diferente dentro de ese continuo.

Por último, en sexto lugar, se deberían desarrollar investigaciones que permitan acumular evidencia que oriente hacia la búsqueda de un instrumento dimensional capaz de apresar con la máxima amplitud posible el constructo de la personalidad normal y patológica.

## **BIBLIOGRAFÍA**





## BIBLIOGRAFÍA

- Allik, J. (2005). Personality dimensions across cultures. *Journal of Personality Disorders, 19*, 212-232. doi:10.1521/pedi.2005.19.3.212
- Aluja, A., García, O., García, L. F., & Seisdedos, N. (2005). Invariance of the "NEO-PI-R" factor structure across exploratory and confirmatory factor analyses. *Personality and Individual Differences, 38*(8), 1879-1889. doi:10.1016/j.paid.2004.11.014
- Álvaro-Brun, E., & Vegue-González, M. (2008). Validity of the International Personality Disorder Examination (IPDE) questionnaire on a sample of prison inmates. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 10*, 35-40. Obtenido de <http://www.resp.es/revistas/PDF/V10-N2-08-02e.pdf>
- Andersen, A. M., & Bienvenu, O. J. (2011). Personality and psychopathology. *International Review Of Psychiatry, 23* (3), pp. 234-47. doi:10.3109/09540261.2011.588692
- Antony, M., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically-based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th ed. Washington: American Psychiatric Association.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Text Revision. Washington: American Psychiatric Association.

- Ashton, M. C., & Lee, K. (2001). A theoretical basis for the major dimensions of personality. *European Journal of Personality*, *15*(5), 327-353. doi:10.1002/per.417
- Avia, M. D. (2000). Versión española del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) de Costa y McCrae. Departamento de Psicología Clínica. Madrid: Universidad Complutense.
- Bagby, R. M., Marshall, M., & Georgiades, S. (2005). Dimensional personality traits and the prediction of DSM-IV personality disorder symptom counts in a nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders*, *19*, 53-67. doi:10.1521/pedi.19.1.53.62180
- Bagby, R., Costa, P., Widiger, T., Ryder, A., & Marshall, M. (2005). DSM-IV Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality: A multi-Method Examination of Domain and Facet-Level Predictions. *European Journal of Personality*, *19*, 307-324. doi:10.1002/per.563
- Bagge, C., & Trull, T. (2003). DAPP-BQ: Factor structure and relation to personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 19-32. doi:10.1521/pedi.17.1.19.24055
- Ball, S. A. (2001). Reconceptualizing personality disorders categories using personality traits dimensions. *Journal of Personality*, *69*, 147-153. doi:10.1111/1467-6494.00139
- Ball, S. A. (2005). Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, *39*, 84-102. doi:10.1016/j.jrp.2004.09.008
- Ball, S. A., Tennen, H., Poling, J. C., Kranzler, H. R., & Rounsaville, B. J. (1997). Personality, temperament, and character dimension differences and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 545-553. doi: 10.1037/0021-843X.106.4.545
- Basco, M. R., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse, W., & Barnett, V. (2000). Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1599-1605. doi:10.1176/appi.ajp.157.10.1599
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*, 2nd ed. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Belloch, A., & Fernández-Álvarez, H. (2010). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Madrid, España: Síntesis.
- Benjamin, L. (1993). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York: Guilford.



- Bentler, P. M. (2005). EQS manual. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Bentler, P. M. & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness-of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, *88*, 588-606. doi:10.1037//0033-2909.88.3.588
- Bernstein, D., Iscan, C., & Maser, J. (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of Personality Disorders*, *21*, 536-551. doi:10.1521/pedi.2007.21.5.536
- Blanchard, J. J., & Brown, S. B. (1998). Structured diagnostic interview schedules. En C. R. Reynolds (Ed.), *Assessment (A. S. Bellack and M. Hersen. Comprehensive Clinical Psychology, vol. 4)*. Amsterdam: Elsevier.
- Bouvard, M., Vuachet, M., & Marchand, C. (2011). Examination of the screening properties of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a non-clinical sample. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, *8*(2), pp. 151-158.
- Brezo, J., Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F., & Turecki, G. (2008). DAPP-BQ: Factor structure in French Canadians. *Journal of Personality Disorders*, *22*, 538-545. doi:10.1521/pedi.2008.22.5.538
- Browne, M. W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-62). Newbury Park, CA, USA: Sage.
- Chorot, P., Sandín, B., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (2004, Abril). Estudio sobre los nuevos constructos relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada. *VII European Conference on Psychological Assessment*. Málaga.
- Clark, L. (1992). Resolving taxonomic issues in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *6*, 360-378. doi:10.1521/pedi.1992.6.4.360
- Clark, L. (1993). Personality Disorders Diagnosis: Limitations of the Five Factor Model. *Psychological Inquiry*, *4*, 100-104. doi:10.1207/s15327965pli0402\_5
- Clark, L. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 505-521. doi:10.1037/0021-843X.114.4.505
- Clark, L. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, *58*, 227-257. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190200
- Clark, L. A., & Watson, D. (2008). Temperament: An organizing paradigm for trait psychology. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of*

*personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 265–286). New York, NY: Guilford Press.

- Clark, L. A., Livesley, W. J., Schroeder, M. L., & Irish, S. L. (1996). Convergence of two systems for assessing specific traits of personality disorder. *Psychological Assessment, 8*, 294–303. doi:10.1037//1040-3590.8.3.294
- Clark, L., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology, 46*, 121-153. doi:10.1146/annurev.psych.46.1.121
- Clarkin, J., & Lenzenweger, M. (1996). *Major Theories of Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Clarkin, J., Hull, J., Cantor, J., & Sanderson, C. (1993). Borderline personality disorder and personality traits: a comparison of SCID-II BPD and NEO-PI. *Psychological Assessment, 5*, 472-476. doi:10.1037/1040-3590.5.4.472
- Cloninger, C. (2000). A practical way to diagnosis personality disorders: a proposal. *Journal of Personality Disorders, 14*, 99-108. doi:10.1521/pedi.2000.14.2.99
- Cloninger, C., Svrakic, D., & Przybeck, T. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, 50* (12), 975-990. Obtenido de <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/50/12/975>
- Coan, R. W. (1974). *The optimal personality*. New York: Columbia University Press.
- Cobb, A. R. (2008). The spectrum of bulimic behaviors and attitudes and the five factor model of personality. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 68*(7-B), 4816.
- Coëffec, A. (2011). Big five-factor contributions to addiction to alcohol. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 37*(1), 75-82.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Coolidge, F. L., & Segal, D. L. (1998). Evolution of the personality disorder diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Clinical Psychology Review, 18*, 585-599. doi:10.1016/S0272-7358(98)00002-6
- Coolidge, F., Becker, L., DiRito, D., Durham, R., Kinlaw, M., & Philbrick, P. (1994). On the relationship of the five-factor model of personality to personality disorders: Four reservations. *Psychological Reports, 75*, 11-21. doi:10.2466/pr0.1994.75.1.11

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1984). Personality as a lifelong determinant of well-being. En C. Malatesta & C. Izard (Eds.), *Affective processes in adult development and aging* (pp. 141-157).
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). The NEO Personality Inventory manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood. A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 853-863. doi:10.1037//0022-3514.54.5.853
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1990). Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality. *Journal of Personality Disorders*, *4*, 362-371. doi:10.1521/pedi.1990.4.4.362
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, *12*(9), 887-898. doi:10.1016/0191-8869(91)90177-D
- Costa, P. T., Samuels, J., Bagby, R. M., Daffin, L., & Norton, H. (2005). Obsessive-Compulsive personality disorder: A review. En M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezzich, & A. Okasha (Eds.), *Personality disorders*. Chichester: Wiley.
- Cox, B. J., Swinson, R. P., & Shaw, B. F. (1991). Value of the Fear Questionnaire in Differentiating Agoraphobia and Social Phobia. *British Journal of Psychiatry*, *159*, 842-845. doi:10.1192/bjp.159.6.842
- De Clerq, B., & De Fruyt, F. (2003). Personality disorders symptoms in adolescence: A five-factor perspective. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 269-292. doi:10.1521/pedi.17.4.269.23972
- De Fruyt, F., De Clercq, B. J., van de Wiele, L., & Van Heeringen, K. (2006). The validity of Cloninger's psychobiological model versus the five-factor model to predict DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: Domain, facet, and residualized facet descriptions. *Journal of Personality*, *74*, 479-510. doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00382.x
- De Young, C. G., Peterson, J. B., Séguin, J. R., & Tremblay, R. E. (2008). Externalizing Behavior and the Higher Order Factors of the Big Five. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*(4), 947-953. doi: 10.1037/a0013742
- Decuyper, M., De Pauw, S., De Fruyt, F., De Bolle, M., & De Clerq, B. J. (2009). A meta-analysis of psychopathy-, antisocial PD- and FFM associations. *European Journal of Personality*, *23*(7), 531-565. doi:10.1002/per.729

- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440. doi:10.1146/annurev.ps.41.020190.002221
- Dorans, N. J. & Holland, P. W. (2000). Population Invariance and the Equatability of Tests: Basic Theory and The Linear Case. *Journal of Educational Measurement*, 37, 281-306. doi:10.1111/j.1745-3984.2000.tb01088.x
- DSM-5 Personality Disorders Workgroup (2010). Reformulation of Personality Disorders in DSM-5. Obtenido de: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/PersonalityandPersonalityDisorders.aspx>
- Durrett, C., & Westen, D. (2005). The Structure of Axis II Disorders in Adolescents: A Cluster- and Factor-Analytic Investigation of DSM-IV Categories and Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 19(4), 440-461. doi:10.1521/pedi.2005.19.4.440
- Dyce, J. A., & O' Connor, B. P. (1998). Personality disorders and the five-factor model: A test of the facet-level predictions. *Journal of Personality Disorders*, 12, 31-45. doi:10.1521/pedi.1998.12.1.31
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11. Obtenido de <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/AEP.pdf>
- Eysenck, H. (1987). The definition of personality disorders and the criteria appropriate for their description. *Journal of Personality Disorders*, 1, 211-219. doi:10.1521/pedi.1987.1.3.211
- Eysenck, H. J. (1994). Normality-abnormality and the three-factor model of personality. In S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 3-25). New York: Springer.
- Ferrando, P. J. (1996). Relaciones entre el análisis factorial y la teoría de respuesta a los ítems. En J. Muñiz (Ed.), *Psicometría* (pp. 555-612). Madrid: Editorial Universitaria.
- First, M. (2010). Commentary on Krueger and Eaton's "Personality traits and the classification of mental disorders: Toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology": Real-world considerations in implementing an empirically based dimensional model of personality in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(2), 123-126. doi: 10.1037/a0019975
- First, M., Bell, C., Cuthbert, B., Krystal, J., Malison, R., Offord, D.,... Wisner, K. L. (2002). Personality disorders and relational disorders: a research agenda for addressing crucial gaps in DSM. En D. Kupfer, M. First, y D. Regier, A

- research Agenda for DSM-V* (pp. 123-199). Washington: American Psychiatric Association.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., & Benjamin, L. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II Personality Disorders: SCID-II*. New York: American Psychiatric Press.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders: SCID-I*. New York: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment, 14*, 485-496. doi:10.1037/1040-3590.14.4.485
- Frances, A., & Widiger, T. (1986). The classification of personality disorders: an overview of problems and solutions. En A. Frances, y R. Hales, *Psychiatry Update, Vol.5* (pp. 240-257). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Friesen, C. J. (2010). The five-factor model of personality and axis I psychopathology: A multi-clinic analysis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 70*(9-B), 5818.
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Casares, X., Andino, O., Torrubia, R., & Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of Spanish version of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised in non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 893-903. doi:10.1016/j.janxdis.2004.10.004
- Glover, N. G., Crego, C., & Widiger, T. A. (2011). The Clinical Utility of the Five Factor Model of Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0024030
- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist, 48*, 26-34. doi: 10.1037/0003-066X.48.1.26
- Goldner, E. M., Srikaweswaran, S., Schroeder, M. L., Livesley, W. J., & Birmingham, C. L. (1999). Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research, 85*, 151-159. doi:10.1016/S0165-1781(98)00145-0
- Grant, B., Stinson, F., Dawson, D., Chou, S., Ruan, W., & Pickering, R. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 61*, 361-368. doi:10.1001/archpsyc.61.4.361

- Griffith, J. W., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Rose, R.D., Walters, A. M., & Sutton, J. M. (2010). Neuroticism as a common dimension in internalizing disorders. *Psychological Medicine*, 40(7), 1125-1136. doi:10.1017/S0033291709991449
- Grilo, C., McGlashan, T. & Skodol, A (2000). Stability and course of personality disorders: The need to consider comorbidities and continuities between Axis I psychiatric disorders and Axis II personality disorders. *Psychiatric Quarterly*, 71(4), 291-307. doi: 10.1023/A:1004680122613
- Gutiérrez-Zotes, J. G., Valero, J., Gallego, E. B., Torres, X., Lavad, A., & Livesley, J. (2008). Structure of Personality Pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. *Journal of Personality Disorders*, 22, 389-404. doi:10.1521/pedi.2008.22.4.389
- Guy, L. S., Poythress, N. G., Douglas, K. S., Skeem, J. L., & Edens, J. F. (2008). Correspondence between self-report and interview-based assessments of antisocial personality disorder. *Psychological Assessment*, 20(1), pp. 47-54. doi:10.1037/1040-3590.20.1.47
- Haigler, E. (1998). Representation of maladaptive personality traits in the NEO-PI-R. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58(11-B), 6235.
- Haigler, E., & Widiger, T. (2001). Experimental manipulation of NEO PI-R items. *Journal of Personality Assessment*, 77, 339-358. doi:10.1207/S15327752JPA7702\_14
- Halverson, C. F., Kohnstamm, G. A., & Martin, R. P. (Eds.). (1994) *The Developing Structure of Temperament from Infancy to Adulthood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Harkness, A. (1992). Fundamental topics in the personality disorders: Candidate trait dimensions from lower regions of the hierarchy. *Psychological Assessment*, 4, 251-259. doi: 10.1037/1040-3590.4.2.251
- Harkness, A., & McNulty, J. (1994). The personality psychopathology five (PSY-5). In S. Strack, & M. Lorr, *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 291-315). New York: Springer.
- Hawton, K., Houston, K., Haw, C., Townsend, E., & Harriss, L. (2003) Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1494-1500. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1494
- Heumann, K. A., & Morey, L. C. (1990). Reliability of categorical and dimensional judgments of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 498-500.

- Hogan, J., & Ones, D. S. (1997). Conscientiousness and integrity at work. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality* (pp. 849–870). New York: Academic.
- Hoyle, R. H. & Panter, A. T. (1995). Writing about structural equation models. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues and applications* (pp. 159-176). Thousand Oaks, CA, USA: Sage.
- Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C.,... Kessler, R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 195(1), 46-53. doi:10.1192/bjp.bp.108.058552
- Huppert, J. D., Walther M. R., Hajcak, G., Yadin, E. Foa, E. B., Simpson, H. B., & Liebowitz M. R. (2007). The OCI-R: validation of the subscales in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*, 21(3), 394-406. doi:10.1016/j.janxdis.2006.05.006
- Huprich, S. (2003). Evaluating NEO Personality Inventory-Revised profiles in veterans with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 17, 33-44. doi:10.1521/pedi.17.1.33.24054
- Huprich, S., Schmitt, T., Richard, D., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2010). Comparing Factor Analytic Models of the DSM-IV Personality Disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 22-37. doi:10.1037/a0018245
- Hyman, S. (2011). Grouping diagnoses of mental disorders by their common risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 1-3. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10111655
- Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). Why do measures of normal and disordered personality correlate? A study of genetic comorbidity. *Journal of Personality Disorders*, 13, 10–17. doi:10.1521/pedi.1999.13.1.10
- Jang, K. L., Livesley, W. J., Angleitner, A., Riemann, R., & Vernon, P. A. (2002). Genetic and environmental influences on the covariance of facets defining the domains of the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 33 (1), 83-101. doi:10.1016/S0191-8869(01)00137-4
- John, O. P. (1990). The “Big Five” factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality: Theory and research* (2nd ed.) (pp. 66-100). Nueva York: Guilford Press.
- John, O. P., Caspi, A., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Stouthamer-Loeber, M. (1994). The "little five": exploring the nomological network of the five-factor

model of personality in adolescent boys. *Child Development*, 65(1), 160-178. doi:10.2307/1131373

- Jöreskog, K. G. & Sörbom, D. (1986). *LISREL VI: Analysis of linear structural relationships by maximum likelihood and least square methods*. Mooresville, IN, USA: Scientific Software.
- Jylhä, P., & Isometsä, E. (2006). The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression And Anxiety*, 23(5), 281-289. doi:10.1002/da.20167
- Kass, F., Skodol, A., Charles, E., Spitzer, R., & Williams, J. (1985). Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 627-630. Obtenido de <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/142/5/627>
- Kendell, R. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: England: Blackwell Scientific Publications.
- Kendler, K., Czajkowski, N., Tambs, K., Torgersen, S., Aggen, S., Neale, M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2006). Dimensional representation of DSM-IV Cluster A personality disorders in a population based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychological Medicine*, 36, 1583-1591. doi:10.1017/S0033291706008609
- Khan, A. A., Jacobson, K. C., Gardner, C. O., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 186(3), 190-196. doi:10.1192/bjp.186.3.190
- 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
- Krueger, R. (2002). Psychometric perspectives on comorbidity. En J. Helzer, & J. Hundziak, *Defining psychopathology in the 21st century: DSM-V and beyond* (pp. 41-54). Washington: American Psychiatric Publications.
- Krueger, R. (2005). Continuity of Axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 233-261. doi:10.1521/pedi.2005.19.3.233
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007b). Linking antisocial behavior, substance abuse, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 645-666. doi:10.1037/0021-843X.116.4.645
- Krueger, R., & Tackett, J. (2003). Personality and psychopathology: working toward the bigger picture. *Journal of Personality Disorder*, 17, 109-128. doi:10.1521/pedi.17.2.109.23986



- Krueger, R., Skodol, A., Livesley, W., ShROUT, P., & Huang, Y. (2007). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V axis II. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research, 16*, 65-73. doi:10.1002/mpr.212
- Kupfer, D., First, M., & Regier, D. (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association.
- Kushner, S. C., Quilty, L. C., Tackett, J. L., & Bagby, M. (2011). The hierarchical structure of the dimensional assessment of personality pathology (DAPP-BQ). *Journal of Personality Disorders, 25*(4), 504-516. doi:10.1521/pedi.2011.25.4.504
- Larstone, R., Jang, K., Livesley, W., Vernon, P., & Wolf, H. (2002). The relationship between Eysenck's P-E-N model of personality, the five-factor model of personality, and traits delineating personality dysfunction. *Personality and Individual Differences, 33*, 25-37. doi:10.1016/S0191-8869(01)00132-5
- Lilienfeld, S., Waldman, I., & Israel, A. (1994). A critical examination of the use of the term and concept of "comorbidity" in psychopathology research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 71-83. doi: 10.1111/j.1468-2850.1994.tb00007.x
- Livesley, W. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 137-147. Obtenido de [http://ww1.cpa-apc.org:8080/Publications/Archives/CJP/1998/Mar/mar98\\_rev1.htm](http://ww1.cpa-apc.org:8080/Publications/Archives/CJP/1998/Mar/mar98_rev1.htm)
- Livesley, W. (2001). Commentary on reconceptualizing personality disorder categories using trait dimensions. *Journal of Personality, 69*, 277-286. doi: 10.1111/1467-6494.00145
- Livesley, W. (2001). *Handbook of Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Livesley, W. (2003). Diagnosis dilemmas in classifying personality disorders. En K. Phillips, M. First, y H. Pincus, *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 153-190). Washington: American Psychiatric Association.
- Livesley, W. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal Of Personality Disorders, 21*, 199-224. doi:10.1521/pedi.2007.21.2.199
- Livesley, W., & Jackson, D. (1992). Guidelines for developing, evaluating and revising the classification of personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 609-618. doi:10.1097/00005053-199210000-00001
- Livesley, W., & Jackson, D. (2007). *Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire*. Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems.

- Livesley, W., & Jang, K. (2005). Differentiating normal, abnormal and disordered personality. *European Journal of Personality*, 19, 257-268. doi:10.1002/per.559
- Livesley, W., & Jang, K. (2008). The behavioral genetics of personality disorder. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 4, 247-274. doi:10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141203
- Livesley, W., Jackson, D., & Schroeder, M. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 432-440. doi:10.1037//0021-843X.101.3.432
- Livesley, W., Jang, K., & Vernon, P. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941-948. doi:10.1001/archpsyc.55.10.941
- Loehlin, J. C. (1987). Heredity, environment, and the structure of the California Psychological Inventory. *Multivariate Behavioural Research*, 22, 137-148. doi:10.1207/s15327906mbr2202\_1
- López-Ibor, J., Pérez-Urdániz, A., & Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad: Módulo DSM-IV. Versión española*. Madrid: World Health Organization.
- Loranger, A. (1995). *International Personality Disorders Examination (IPDE)*. Geneva: World Health Organization.
- Loranger, A. W. (1999). *International Personality Disorder Examination: DSM-IV and ICD-10 Interviews*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Lynam, D., & Widiger, T. (2001). Using the five factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 401-412. doi:10.1037//0021-843X.110.3.401
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L. & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 279-84. doi:10.1521/pedi.1997.11.3.279
- Markon, K. E. (2010). How things fall apart: Understanding the nature of internalizing through its relationship with impairment. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 447-458. doi:10.1037/a0019707

- Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2006). Information-theoretic latent distribution modeling: Distinguishing discrete and continuous latent variable models. *Psychological Methods, 11*(3), 228-243. doi:10.1037/1082-989X.11.3.228
- Markon, K. E., Krueger, R. F., Bouchard, T. J., & Gottesman, I. I. (2002). Normal and abnormal personality traits: Evidence for genetic and environmental relationships in the Minnesota Study of Twins Reared Apart. *Journal of Personality, 70*, 661-693. doi: 10.1111/1467-6494.05020
- Markon, K., Krueger, R., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 139-197. doi:10.1037/0022-3514.88.1.139
- Marks I. M. & Mathews A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy, 17*, 263-267. doi:10.1016/0005-7967(79)90041-X
- Marutaa, T., Yamatea, T., Iimoria, M., Katoa, M., & Livesley, W. (2006). Factor structure of the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire and its relationship with the Revised NEO Personality Inventory in a Japanese sample. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 528-533. doi:10.1016/j.comppsy.2006.03.006
- Mathews, A.M. Gelder, M., & Johnston, D.W. (1986). *Agoraphobia, naturaleza y tratamiento*. Barcelona: Fontanella.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist, 52*(5), 509-516. doi:10.1037/0003-066X.52.5.509
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality, 60*; 175-215. doi:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x
- McCrae, R. R., Costa, P. T., & Yik, M. S. (1996). Universal aspects of chinese personality structure. En M. H. Bond (Ed.), *Handbook of chinese psychology* (pp. 189-207). Nueva York: Oxford University Press.
- McGlashan, T., Grilo, C., Skodol, A., Gunderson, J., Shea, M., Morey, L.,...Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 256-264. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x
- McQueen, L. (2000). Committee on Psychiatric Diagnosis and Assessment update on publications and activities. *Psychiatric Research Report, 16*, 3.

- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 487-495. doi:10.1016/0005-7967(90)90135-6
- Miller, J. D., Gaughan, E. T., Maples, J., & Price, J. (2011). A comparison of Agreeableness scores from the Big Five Inventory and the NEO PI-R: consequences for the study of narcissism and psychopathy. *Assessment*, *18*(3), 335-339. doi:10.1177/1073191111411671
- Miller, J. D., Lynam, D., & Leukefeld, C. (2003). Examining antisocial behavior through the lens of the Five Factor Model of personality. *Aggressive Behavior*, *29*, 497-514. doi:10.1002/ab.10064
- Miller, J., Lynam, D., Widiger, T., & Leukefeld, C. (2001). Personality disorders as extreme variants of common personality dimensions: can the five-factor model adequately represent psychopathy?. *Journal of Personality*, *69*, 253-276. doi:10.1111/1467-6494.00144
- Millon, T. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T., & Davis, R. (1996). *Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond*. (2nd ed.) New York: Wiley.
- Molina, S. & Borkovec, T. D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. En G.C.L. Davey, y F. Tallis (Eds), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 265-283). Chichester, UK: Wiley.
- Morey, L., & Zanarini, M. (2000). Borderline personality: traits and disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 733-737. doi:10.1037/0021-843X.109.4.733
- Mullins-Sweatt, S. N., & Widiger, T. A. (2007a). The Shedler-Westen Assessment Procedure from the perspective of general personality structure. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 618-623. doi:10.1037/0021-843X.116.3.618
- Mullins-Sweatt, S. N., & Widiger, T. A. (2007b). Millon's dimensional model of personality disorders: A comparative study. *Journal of Personality Disorder*, *21*, 42-57. doi:10.1521/pedi.2007.21.1.42
- Mullins-Sweatt, S. N., Jamerson, J. E., Samuel, D. B., Olson, D. R., & Widiger, T. A. (2006). Psychometric properties of an abbreviated instrument of the five-factor model. *Assessment*, *13*, 119-137. doi:10.1177/1073191106286748
- Munafo, M. R., Clark, T. G., & Flint, J. (2005). Does measurement instrument moderate the association between the serotonin transporter gene and anxiety-related personality traits? A meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, *10*, 415-419. doi:10.1038/sj.mp.4001627

- Nestadt, G., Romanoski, A. J., Brown, C. H., Chahal, R., Merchant, A., Folstein, M. F. et al. (1991). DSM-III compulsive personality disorder: An epidemiologic survey. *Psychological Medicine*, 21, 461-471. doi:10.1017/S0033291700020572
- Nestadt, G., Romanoski, A., Brown, C., Chahal, R., Merchant, A., Folstein, M.,... McHugh, P. R. (1991). DSM-III compulsive personality disorder: An epidemiologic survey. *Psychological Medicine*, 21: 461-71. doi:10.1017/S0033291700020572
- Nestadt, G., Romanoski, A., Chahal, R., Merchant, A., Folstein, M., Gruenberg, E., & McHugh, P.R. (1990). An epidemiological study of histrionic personality disorder. *Psychological Medicine*, 20, 413-422. doi:10.1017/S0033291700017724
- Nezu, A.M., Ronan, G.F., Meadows, E.A., & McClure, K.S. (Eds.). (2000). *Practitioners guide to empirically based measures of depression*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- O'Connor, B. (2002). A quantitative review of the comprehensiveness of the five - factor model in relation to popular personality inventories. *Assessment*, 9, 188-203. doi:10.1177/1073191102092010
- O'Connor, B. (2005). A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 323-345. doi:10.1002/jclp.20017
- O'Connor, B. P., & Dyce, J. A. (1998). A test of models of personality disorder configuration. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 3-16. doi:10.1037/0021-843X.107.1.3
- O'Connor, B. P., & Dyce, J. A. (2001). Rigid and extreme: A geometric representation of personality disorders in five-factor model space. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 1119-1130. doi: 10.1037/0022-3514.81.6.1119
- Oldham, J., & Skodol, A. (2000). Charting the future of Axis II. *Journal of Personality Disorders*, 14, 17-29. doi:10.1521/pedi.2000.14.1.17
- Oldham, J., Skodol, A., Kellman, H., Hyler, S., Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 571-578. Obtenido de <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/152/4/571>
- Oldham, J., Skodol, A., Kellman, H., Hyler, S., Rosnick, L., & Davies, M. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 213-220. Obtenido de <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/149/2/213>

- OMS (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Ginebra: World Health Organization. Madrid, Meditor.
- Ortet, G., Escrivá, P., Ibáñez, M. I., Moya, J., Villa, E., Mezquita, L. & Ruipérez, M. A. (2010). Versión corta de la adaptación española para adolescentes del NEO-PI-R (JS NEO-S). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(10), 324-344. Obtenido de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-354.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-354.pdf)
- Ortet, G., Ibáñez, M.I., Ruipérez, M.A., Villa, H., Moya, J., & Escrivá, P. (2007). Adaptación para adolescentes de la versión española del NEO PI-R (JS NEO). *Psicothema*, 19, 263-268. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3358.pdf>
- Pedhazur, E. J., & Schmelkin, L. P. (1991). *Measurement, desing, and analysis: an integrated approach*. London: Psychology Press.
- Pincus, A. L., & Wiggins, J. (1990). Interpersonal problems and conceptions of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 4, 127-136. doi:10.1521/pedi.1990.4.4.342
- Pincus, A. L., & Wilson, K. R. (2001). Interpersonal variability in dependent personality. *Journal of Personality*, 69(2), 223-251. doi:10.1111/1467-6494.00143
- Pukrop, R., Gentil, I., Steinbring, I., & Steinmeyer, E. (2001). Factorial structure of the German version of the dimensional assessment of personality pathology: Basic questionnaire in clinical and nonclinical samples. *Journal of Personality Disorders*, 15, 450-456. doi:10.1521/pedi.15.5.450.19195
- Pukrop, R., Moller, H., Sass, H., Sauer, H., Klosterkötter, J., Czernik, A.,...Steinmeyer, E. M. (2000). Quality of life: a systematic contribution to construct validation and the development of the integrative assessment tool "modular system for quality of life". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(3), 120-132. doi: 10.1007/s004060070028
- Pukrop, R., Steinbring, I., Gentil, I., Schulte, C., Larstone, R., & Livesley, J. (2009). Clinical validity of the "Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP)" for psychiatric patients with and without a personality disorder diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 23(6), 572-586. doi:10.1521/pedi.2009.23.6.572
- Reif, A., & Lesch, K. P. (2003). Toward a molecular architecture of personality. *Behavioural Brain Research*, 139 (1-2), 1-20. doi:10.1016/S0166-4328(02)00267-X

- Reynolds, S., & Clark, L. (2001). Predicting dimensions of personality disorder from domains and facets of the five-factor model. *Journal of Personality, 69*, 199-222. doi:10.1111/1467-6494.00142
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 126*(1), 3-25. doi: 10.1037/0033-2909.126.1.3
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind*. New York: Basic.
- Rolland, J. P., Parker, W. D., & Stumpf, H. (1998). A psychometric examination of the French translations of the NEO-PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment, 71*(2), 269-291. doi: 10.1207/s15327752jpa7102\_13
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., & Schinka, J. A. (2008). Externalizing pathology and the five-factor model: A meta-analysis of personality traits associated with antisocial personality disorder, substance use disorder, and their co-occurrence. *Journal of Personality Disorders, 22*, 365-388. doi:10.1521/pedi.2008.22.4.365
- Salomone, M. G. (2005). Investigación traslacional en España: ¿algo más que buenos deseos?. *Boletín SEBBM, 145*, 26-30.
- Samuel, D. B. (2007). Comparing personality disorder models: FFM and DSM-IV. Manuscript submitted for publication. Obtenido de <http://archive.uky.edu/bitstream/10225/884/etd.pdf>
- Samuel, D. B., Simms, L. J., Clark, L. A., Livesley, W. J., & Widiger, T. A. (2010). An Item Response Theory Integration of Normal and Abnormal Personality Scales. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 1*(1), 5-21. doi:10.1037/a0018136
- Samuel, D., & Widiger, T. (2004). Clinician's personality descriptions of prototypic personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 18*, 286-308. doi: 10.1521/pedi.18.3.286.35446
- Samuel, D., & Widiger, T. (2006). Clinician's judgments of clinical utility: A comparison of the DSM-IV and five-factor models. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 298-308. doi: 10.1037/0021-843X.115.2.298
- Samuel, D., & Widiger, T. (2008a). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and the DSM-IV-TR personality disorders: a facet level analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 1326-1342. doi:10.1016/j.cpr.2008.07.002
- Samuel, D., & Widiger, T. (2008b). Convergence of Narcissism Measures from the Perspective of General Personality Functioning. *Assessment, 15*, 364-374. doi:10.1177/1073191108314278

- Sanderson, C., & Clarkin, J. (2002). Further use of the NEO-PI-R personality dimensions in differential treatment planning. En P. Costa, & T. Widiger, *Personality Disorders and the Five Factor Model, 2nd Ed.* (pp. 351-376). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sandin, B. Chorot, P. Valiente, R.M., & Lostao, L. (2009). Validación española del Cuestionario de Preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología Clínica, 14* (2), 107-122. Obtenido de [http://www.aepp.net/arc/\(4\)\\_2009\(2\)\\_Sandin\\_Chorot\\_Valiente\\_Lostao.pdf](http://www.aepp.net/arc/(4)_2009(2)_Sandin_Chorot_Valiente_Lostao.pdf)
- Sandin, B., Valiente, R.M., Chorot, P., & Santed, M.A. (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema, 17* (3), 478-483. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3132.pdf>
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud, 16* (2), 121-142. Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1806/180616104001.pdf>
- Sanz, J., Perdigón, L. A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14* (3), 249-280.
- Satorra, A. y Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. En A. Von Eye y C. C. Clogg (Eds.), *Latent variables analysis: Applications for developmental research* (pp. 399-419). Thousand Oaks, California: Sage.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2003). Can trait measures diagnose personality disorders?. *Current Opinion in Psychiatry, 16*, 83-88. Obtenido de [http://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2003/01000/Can\\_trait\\_measures\\_diagnose\\_personality\\_disorders\\_.16.aspx](http://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2003/01000/Can_trait_measures_diagnose_personality_disorders_.16.aspx)
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 23*, 1055-1085. doi:10.1016/j.cpr.2002.09.001
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2005). Corrigendum to “the five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 25*, 383-394. doi:10.1016/j.cpr.2005.01.001
- Schedler, J., & Westen, D. (2004a). Refining personality disorders diagnosis: integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1350-1365. doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1350



- Schedler, J., & Westen, D. (2004b). Dimensions of personality pathology: an alternative to the Five-Factor Model. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1743-1754. doi:10.1176/appi.ajp.161.10.1743
- Schinka, J. A., Busch, R. M., & Robichaux-Keene, N. (2004). A meta-analysis of the association between the serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and trait anxiety. *Molecular Psychiatry*, *9*, 197-202. doi:10.1038/sj.mp.4001405
- Schneider, K. (1923). *The psychopathic personality*. Vienna: Deuticke.
- Schroeder, M., Wormworth, J., & Livesley, W. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationships to the big five dimensions of personality. *Psychological Assessment*, *4*, 47-53. doi:10.1037//1040-3590.4.1.47
- Settles, R. E., Fischer, S., Cyders, M. A., Combs, J. L., Gunn, R. L., & Smith, G. T. (2011). Negative urgency: A personality predictor of externalizing behavior characterized by neuroticism, low conscientiousness, and disagreeableness. *Journal of Abnormal Psychology*, *22*. Paginación no especificada. doi:10.1037/a0024948
- Shea, M. T., Stout, R. L., Yen, S., Pagano, M. E., Skodol, A. E., Morey, L. C.,... Zanzarini, M. C. (2004). Associations in the Course of Personality Disorders and Axis I Disorders Over Time. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(4), 499-508. doi:10.1037/0021-843X.113.4.499
- Sher, K. J., & Trull, T. J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: Alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 92-102. doi:10.1037/0021-843X.103.1.92
- Siever, L., & Davis, K. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1647-1658. Obtenido de <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/148/12/1647>
- Simms, L., & Clark, L. (2006). The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP): A Dimensional Measure of Traits Relevant to Personality and Personality Pathology. En S. Strack, *Differentiating normal and abnormal personality* (2nd. ed) (pp. 431-450). New York: Springer Publishing Co.
- Simonsen, S., & Simonsen, E. (2009). The Danish DAPP-BQ structure, and convergence with SCID-II and IIP-C. *Journal of Personality Disorders*, *23*(6), 629-646. doi:10.1521/pedi.2009.23.6.629
- Sing, K. (2009). NEO-PI-R factor structure in college students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, *35*(1), 17-25.
- Skodol, A. E., Rosnick, L., Kellman, D., Oldham, J. M., & Hyler, S. E. (1988). Validating structured DSM-III-R personality disorder assessments with longitudinal

data. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1297-1299. Obtenido de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1989-08724-001>

- Spitzer, R., First, M., Shedler, J., Westen, D., & Skodol, A. (2008). Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: A "consumer preference" study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 356-374. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181710950
- Sprock, J. (2002). A comparative study of the dimensions and facets of the five-factor model in the diagnosis of cases of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16, 402-423. doi:10.1521/pedi.16.5.402.22122
- Sprock, J. (2003). Dimensional versus Categorical classification of prototypic and non prototypic cases of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 991-1014. doi: 10.1002/jclp.10184
- Steiner, J. L., Tebes, J. K., Sledge, W. H., & Walker, M. L. (1995). A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(6), 365-369. doi:10.1097/00005053-199506000-00003
- Stone, M. (1993). *Abnormalities of personality. Within and beyond the realm treatment*. New York: Norton y Company.
- Strack, S., & Lorr, M. (. (1994). *Differentiating Normal and Abnormal Personality*. New York: Springer.
- Svala, J., Davey, A., Costa, P.T., Whitfield, K. E. (2007). Replicating the NEO-PI-R factor structure in African-American older adults. *Personality and Individual Differences*, 43(5), 1279-1288. doi:10.1016/j.paid.2007.03.019
- Tackett, J. L., Quilty, L. C., Sellbom, M., Rector, N. A., & Bagby, R. M. (2008). Additional evidence for a quantitative hierarchical model of mood and anxiety disorders for *DSM-V*: The context of personality structure. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 812-825. doi:10.1037/a0013795
- Tanaka, J. S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 10-39). Newbury Park, CA, USA: Sage.
- Tellegen, A., & Waller, N. (1987). Exploring personality through test construction: Development of the Multidimensional Personality Questionnaire. En U. manuscript. Minneapolis MN.
- Tellegen, A., & Waller, N. G. (1994). Exploring personality through test construction: Development of the Multidimensional Personality Questionnaire. En S. R. Briggs & J. M. Cheek (Eds.), *Personality measures: Development and evaluation* (Vol. 1). Greenwich, CT: JAI.

- Terracciano, A. (2003). The Italian version of the NEO PI-R: Conceptual and empirical support for the use of targeted rotation. *Personality and Individual Differences, 35*(8), 1859-1872. doi:10.1016/S0191-8869(03)00035-7
- Trull, T. (1992). DSM-III-R personality disorders and the five-factor model of personality: an empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 553-560. doi:10.1037//0021-843X.101.3.553
- Trull, T. (2000). Dimensional models of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 13*, 179-184. doi:10.1097/00001504-200003000-00007
- Trull, T. (2005). Dimensional models of personality disorder: Coverage and cutoffs. *Journal of Personality Disorders, 19*, 262-282. doi:10.1521/pedi.2005.19.3.262
- Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 350-360. doi:10.1037/0021-843X.103.2.350
- Trull, T. J., & Widiger, T. A. (1997). *Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Trull, T., & Durrett, C. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 355-380. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009
- Trull, T., Widiger, T., & Burr, R. (2001). A structured interview for the assessment of the five-factor model personality: Facet-level relations to the Axis-II personality disorders. *Journal of Personality, 69*, 175-198. doi:10.1111/1467-6494.00141
- Tyrer, P. (2000). *Personality Disorders: Diagnosis, Management and course, 2nd edition*. London: Arnold.
- Tyrer, P., & Alexander, J. (1979). Classification of personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 135*, 163-167. doi:10.1192/bjp.135.2.163
- Tyrer, P., & Johnson, T. (1996). Establishing the severity of personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 153*, 1593-1597. Obtenido de <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/153/12/1593>
- Vachon, D. D., & Bagby, R. M. (2009). Pathological gambling subtypes. *Psychological Assessment, 21*(4), 608-615. doi:10.1037/a0016846
- van Hiel, A., Merivielde, I., & de Fruyt, F. (2004). The relationship between maladaptive personality and right wing ideology. *Personality and Individual Differences, 36*, 405-417. doi:10.1016/S0191-8869(03)00105-3

- van Kampen, D. (2002). The DAPP-BQ in the Netherlands: Factor structure and relationship with basic personality dimensions. *Journal of Personality Disorders, 16*, 235-254. doi: 10.1521/pedi.16.3.235.22536
- Wang, W., Du, W., Wang, Y., Livesley, W., & Jang, K. (2004). The relationship between the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire and traits delineating personality pathology. *Personality and Individual Differences, 36*, 155-162. doi:10.1016/S0191-8869(03)00075-8
- Watson, D., Clark, L., & Chmielewski, M. (2008). Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. *Journal of Personality, 76*(6), 1545-1586. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00531.x
- Watson, D., Clark, L., & Harkness, A. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 18-31. doi:10.1037/0021-843X.103.1.18
- Westen, D. (1997). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of Axis II. *American Journal of Psychiatry, 154*, 895-903. Obtenido de <http://www.psychsystems.net/lab/divergences.pdf>
- Westen, D., & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1767-1771. Obtenido de <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/155/12/1767>
- Westen, D., & Schedler, J. (1999). Revising and assessing Axis II, I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry, 156*, 258-272. Obtenido de <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/156/2/258>
- Westen, D., & Schedler, J. (2000). A prototype matching approach to personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 14*, 109-126. doi:10.1521/pedi.2000.14.2.109
- Widiger T. A., & Lowe J. (2008). A dimensional model of personality disorder: proposal for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America, 31*, 363-78. doi:10.1016/j.psc.2008.03.008
- Widiger T. A., & Simonsen, E. (2005a). Alternative dimensional models of personality disorders: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110-130. doi:10.1521/pedi.19.2.110.62628
- Widiger, T. (1993). The DSM-III-R categorial personality disorder diagnoses: a critique and an alternative. *Psychological Inquiry, 4*, 75-90. doi:10.1207/s15327965pli0402\_1

- Widiger, T. (2001). Official classification systems. En W. Livesley, *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research and Treatment* (págs. 60-83). New York: Guilford.
- Widiger, T. (2003). Personality disorders and Axis I psychopathology: the problematic boundary of Axis I and Axis II. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 90-108. doi:10.1521/pedi.17.2.90.23987
- Widiger, T. (2005). Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. *Journal of Research in Personality*, *39*, 67-83. doi:10.1016/j.jrp.2004.09.010
- Widiger, T. (2011). A shaky future for personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *2*(1), 54-67. doi:10.1037/a0021855
- Widiger, T. & Lowe, J. (2007). Five factor model assessment of personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, *89*, 16-29. doi:10.1080/00223890701356953
- Widiger, T., & Clark, L. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, *126*, 946-963. doi:10.1037//0033-2909.126.6.946
- Widiger, T., & Corbitt, E. (1994). Normal versus abnormal personality from the perspective of the DSM. En S. Strack & M. Lorr, *Differentiating Normal and Abnormal Personality* (págs. 158-175). New York: Springer.
- Widiger, T., & Costa, P. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 78-91. doi: 10.1037/0021-843X.103.1.78
- Widiger, T., & Costa, P. (2002). Five factor model personality disorder research. En P. Costa & T. Widiger (Ed.), *Personality Disorders and the Five Factor Model of Personality* (pp. 59-87). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T., & Mullins-Sweatt, S. (1995). Categorical and dimensional models of personality disorder. En J. Oldham, A. Skodol, & D. Bender, *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Widiger, T., & Mullins-Sweatt, S. (2009). Five-Factor Model of Personality Disorder: A proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*, 197-220. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153542
- Widiger, T., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders--fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*(4), 494-504. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.494

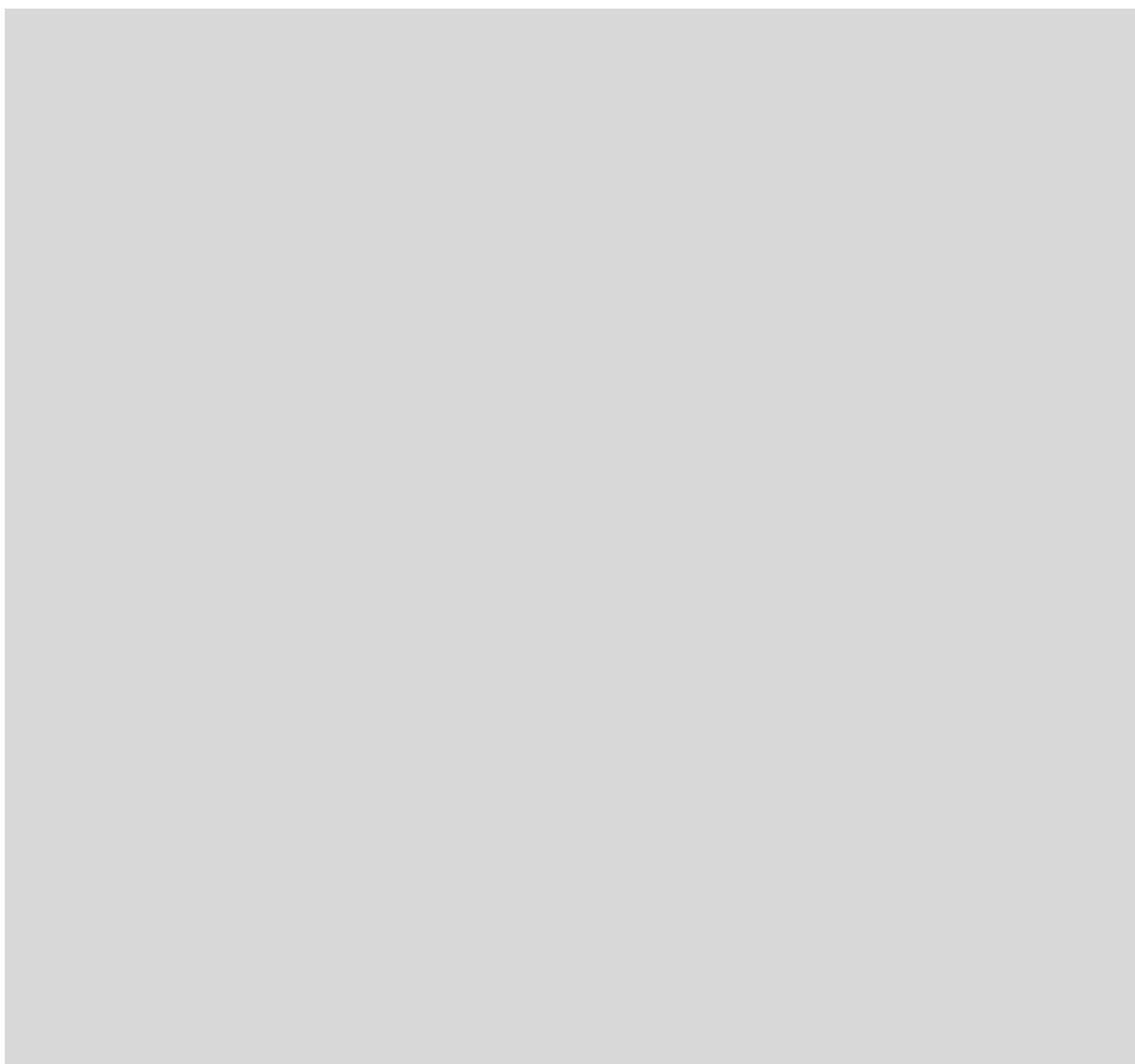
- Widiger, T., & Simonsen, E. (2005b). Introduction to the Special Section: The American Psychiatric Association's Research Agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19, 103-109. doi:10.1521/pedi.19.2.103.62626
- Widiger, T., & Trull, T. (1998). Performance characteristics of the DSM-III-R personality disorder criteria sets. En T. Widiger, *DSM-IV Sourcebook*, 4 (pp. 357-373). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Widiger, T., Trull, T., Clarkin, J., Sanderson, C., & Costa, P. (1994). A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. En P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp.41-56). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Widiger, T., Trull, T., Clarkin, J., Sanderson, C., & Costa, P. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. En P. T. Costa & T. A. Widiger, *Personality disorders and the five factor model of personality* (2nd ed.) (pp. 89-99). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wiggins, J. S. (2003). *Paradigms of Personality Assessment*. New York: Guilford Press.
- Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(4), 305-316. doi: 10.1037/1040-3590.1.4.305
- Wilberg, T., Urnes, O., Friis, S., Pedersen, G., & Karterud, S. (1999). Borderline and avoidant personality disorders and the five-factor model of personality: a comparison between DSM-IV diagnoses and NEO-PI-R. *Journal of Personality Disorders*, 13, 226-240. doi:10.1521/pedi.1999.13.3.226
- Yamagata, S., Suzuki, A., Ando, J., One, Y., Kijima, N.,... Jang, K.L. (2006). Is the genetic structure of human personality universal? A cross-cultural twin study from North America, Europe, and Asia. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 987-998. doi:10.1037/0022-3514.90.6.987
- Yang, J., Dai, X., Yao, S., Cai, T., Gao, B., McCrae, R. R., Costa, P. T. (2002). Personality disorders and the five-factor model of personality in Chinese psychiatric patients. En P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed.) (pp. 215-221). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and axis II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 369-374. doi:10.1053/comp.2001.24556

- Zheng, W., Wang, W., Huang, Z., Sun, C., Zhu, J., & Livesley, W. (2002). The structure of traits delineating personality disorder in a Chinese sample. *Journal of Personality Disorders, 16*, 477-486. doi:10.1521/pedi.16.5.477.22126
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry, 51*, 225-245. Obtenido de <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/51/3/225?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Diagnosing+Personality+Disorders&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>
- Zimmerman, M., & Coryell, W. (1990). Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry, 47*, 527-531. Obtenido de <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/47/6/527?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Diagnosing+personality+disorders+in+the+community.+A+comparison+of+self-report+and+interview+measures&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>
- Zimmerman, M., Pfohl, B., Coryell, W., Stangl, D., & Corenthal, C. (1988). Diagnosing personality disorder in depressed patients: A comparison of patient and informant interviews. *Archives of General Psychiatry, 45*, 733-737. Obtenido de <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/45/8/733?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Diagnosing+personality+disorder+in+depressed+patients%3A+A+comparison+of+patient+and+informant+interviews&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>
- Zuckerman, M. (2002). ZKPQ: an alternative five-factorial model. En B. de Raad & M. Perugini, *Big Five Assessment* (pp. 377-397). Kirkland WA: Hogrefe & Huber.
- Žukauskiene, R. & Barkauskiene, R. (2006). Psychometric properties of the Lithuanian version of the NEO PI-R. *Psichologija, 33*, 7-21.





## **ANEXOS**





**ANEXO 1:** Estructura de 30 facetas propuesta para el DAPP-BQ (Krueger et al., 2007).

		FACETAS	CARACTERÍSTICAS
DIMENSIONES/DOMINIOS SECUNDARIOS	Desregulación emocional	Ansiedad	Rasgo de ansiedad, rumiación, indecisión, propensión a culpabilizar
		Reactividad emocional	Labilidad emocional, irritabilidad, enfado lábil
		Intensidad emocional	Expresión de sentimientos intensamente, experiencias con sentimientos fuertes, emocionalidad sobre-reactiva, significación emocional exagerada de los eventos
		Anhedonia pesimista	Anhedonia, pesimismo omnipresente, sentimientos de vacío, aburrimiento
		Sumisión	Sumisión, necesidad de consejo y consuelo sobre las acciones, sugestionabilidad
		Apego inseguro	Apegos de miedo a la pérdida, afrontamiento dependiente de la figura de apego, búsqueda de proximidad con la figura de apego, fuertes protestas ante la separación, intolerancia a la soledad
		Aprehensividad social	Miedo al daño y rechazo, pobres herramientas sociales, deseos de relaciones de afiliación
		Necesidad aprobación	Fuerte necesidad de demostraciones de aceptación y aprobación, constantemente busca reasegurarse de que es una buena persona
		Distorsión cognitiva	Despersonalización o desrealización, cognición esquizotípica, psicosis breves
		Oposicionismo	Conductas oposicionistas
		Conductas autolíticas	Actos autolesivos deliberados (automutilación), sobredosis de droga
	Ideas autolesivas	Pensamientos frecuentes de hacerse daño o suicidarse	
	Conducta disocial	Narcisismo	Grandiosidad, búsqueda de atención, necesidad de ser admirado
		Explotación	Tomar ventaja sobre otros por ganancia personal, encantador y halagador para conseguir algo, creen que los demás son fácilmente manipulables, consideran que son hábiles en tomar ventaja a otros
		Sadismo	Sádico, despectivo
		Conducta problemática	Violencia, conductas adictivas, conductas antisociales juveniles, fallo en adoptar normas sociales
		Hostilidad-Dominancia	Hostilidad interpersonal, dominancia
		Búsqueda sensaciones	Búsqueda de sensaciones, imprudencia
		Impulsividad	Hacer cosas sin pensar, hacer acciones sin planearlas o sin pensar las consecuencias. dificultad para seguir los planes establecidos, incapacidad de aprender de las experiencias
		Susplicia	Suspícaz, hipervigilante
	Inhibición	Egocentrismo	Preocupación por uno mismo, percepciones basadas en su propio punto de vista, interés y asuntos, define y persigue sus propias necesidades sin tener en cuenta a otros, creencia de que sus conocimientos son mejores que los de otros
		Baja afiliación	Busca situaciones que no incluyen a otras personas, rehusa oportunidades de socialización, tiene pocos amigos, no inicio de contacto social
		Apego evitativo	Evitación de relaciones de apego, miedo al apego, no búsqueda de otros en momentos de estrés /distrés, poca reacción ante la separación
		Necesidad de apego	Deseos de relaciones de apego, distrés por falta de intimidad
		Sexualidad inhibida	Falta de interés por la sexualidad, poco placer en las experiencias sexuales, miedo a la expresión sexual
		Auto-contención	Reacio a las autorrevelaciones, independiente y autosuficiente
		Expresividad emocional inhibida	No muestras de sentimientos, evitación de la emocionalidad que se desprende de las situaciones, no muestras de enfado ni sentimientos positivos, aparente indiferencia
	Falta de empatía	Falta de empatía, despiadado, falta de responsabilidad	
	Compulsividad	Orden	Ordenado, preciso
		Responsabilidad	Fuerte sentido del deber y obligación, finalización de las tareas a conciencia y minuciosamente



## ANEXO 2

### NEO PI-R

(Costa & McCrae, 1990. Adaptación española de Avia, 2000 )

#### INSTRUCCIONES

Este cuestionario consta de 240 enunciados. Léalos con atención y rodee con un círculo la respuesta que corresponda mejor a su acuerdo o desacuerdo con ella.

- Marque "0" Si la afirmación es completamente falsa o Vd. está en **total desacuerdo** con ella.
- Marque "1" Si la afirmación es fundamentalmente falsa o Vd. está en **desacuerdo** con ella.
- Marque "2" Si la afirmación es aproximadamente lo mismo de cierta o de falsa, si no puede decidirse, o si se considera **neutro** en relación con esta afirmación.
- Marque "3" Si la afirmación es fundamentalmente cierta o si Vd. está **de acuerdo** con ella.
- Marque "4" Si la afirmación es completamente cierta o Vd. está **totalmente de acuerdo** con ella.

No hay respuestas "correctas" ni "incorrectas", y no necesita ser un experto para rellenar este cuestionario. Descríbase a sí mismo de forma sincera y exprese sus opiniones de la forma más precisa posible.

Responda a todos los ítems. Observe que las respuestas están numeradas en la hoja de respuestas, y asegúrese de que marca las respuestas en el espacio correspondiente al número adecuado. Si se equivoca o si cambia de opinión, ¡**NO BORRE!** Ponga una cruz en la respuesta incorrecta y rodee con un círculo la respuesta correcta.

Recuerde:						
		<i>0</i> En total desacuerdo	<i>1</i> Desacuerdo	<i>2</i> Neutro	<i>3</i> De acuerdo	<i>4</i> Totalmente de acuerdo
1.	No soy una persona que se preocupe mucho	0	1	2	3	4
2.	La mayoría de la gente que conozco me cae muy simpática	0	1	2	3	4
3.	Tengo una imaginación muy activa	0	1	2	3	4
4.	Tiendo a ser cínico y escéptico respecto a las intenciones de los demás	0	1	2	3	4
5.	Se me conoce por mi prudencia y sentido común	0	1	2	3	4
6.	Con frecuencia me irrita la forma en que me trata la gente	0	1	2	3	4
7.	Huyo de las multitudes	0	1	2	3	4
8.	Los intereses estéticos y artísticos no son muy importantes para mí	0	1	2	3	4
9.	No soy astuto ni taimado	0	1	2	3	4
10.	Prefiero dejar abiertas posibilidades más que planificarme todo de antemano	0	1	2	3	4

Recuerde:

- 0 En total desacuerdo
- 1 Desacuerdo
- 2 Neutro
- 3 De acuerdo
- 4 Totalmente de acuerdo

		En total Desacuerdo	Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
11.	Rara vez me siento solo o triste	0	1	2	3	4
12.	Soy dominante, enérgico y defiendo mis opiniones	0	1	2	3	4
13.	Sin emociones fuertes, la vida carecería de interés para mí	0	1	2	3	4
14.	Algunas personas creen que soy egoísta y egocéntrico	0	1	2	3	4
15.	Trato de realizar concienzudamente todas las cosas que se me encomiendan	0	1	2	3	4
16.	Al tratar con los demás siempre temo hacer una patochada	0	1	2	3	4
17.	Tanto en el trabajo como en la diversión tengo un estilo pausado	0	1	2	3	4
18.	Tengo unas costumbres y opiniones bastante arraigadas	0	1	2	3	4
19.	Preferiría cooperar con los demás que competir con ellos	0	1	2	3	4
20.	No me enfado por nada, soy un poco pasota	0	1	2	3	4
21.	Rara vez me excedo en algo	0	1	2	3	4
22.	A menudo anhelo tener experiencias emocionantes	0	1	2	3	4
23.	Con frecuencia disfruto jugando con teorías o ideas abstractas	0	1	2	3	4
24.	No me importa hacer alarde de mis talentos y logros	0	1	2	3	4
25.	Soy bastante bueno en organizarme para terminar las cosas a tiempo	0	1	2	3	4
26.	Con frecuencia me siento indefenso y quiero que otro resuelva mis problemas	0	1	2	3	4
27.	Literalmente, nunca he saltado de alegría	0	1	2	3	4
28.	Considero que dejar que los jóvenes oigan a personas cuyas opiniones son polémicas sólo puede confundirlos o equivocarlos	0	1	2	3	4
29.	Los líderes políticos deberían ser más conscientes del lado humano de sus programas	0	1	2	3	4
30.	A lo largo de mi vida, he hecho algunas cosas bastante estúpidas	0	1	2	3	4
31.	Me asusto con facilidad	0	1	2	3	4
32.	No me gusta mucho charlar con la gente	0	1	2	3	4
33.	Intento que todos mis pensamientos sean realistas y no dejar que vuele la imaginación	0	1	2	3	4
34.	Creo que la mayoría de la gente tiene en general buena intención	0	1	2	3	4
35.	No me tomo muy en serio mis deberes cívicos, como ir a votar	0	1	2	3	4
36.	Soy una persona apacible	0	1	2	3	4
37.	Me gusta tener mucha gente alrededor	0	1	2	3	4
38.	A veces me quedo totalmente absorto en la música que escucho	0	1	2	3	4
39.	Si es necesario, estoy dispuesto a manipular a la gente para conseguir lo que quiero	0	1	2	3	4
40.	Tengo mis cosas bien cuidadas y limpias	0	1	2	3	4
41.	A veces me parece que no valgo absolutamente nada	0	1	2	3	4

Recuerde:

- 0 En total desacuerdo
- 1 Desacuerdo
- 2 Neutro
- 3 De acuerdo
- 4 Totalmente de acuerdo

		En total Desacuerdo	Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
42.	A veces no soy capaz de defender mis opiniones todo lo que debiera	0	1	2	3	4
43.	Rara vez experimento emociones fuertes	0	1	2	3	4
44.	Trato de ser cortés con todo el que conozco	0	1	2	3	4
45.	A veces no soy tan formal ni fiable como debiera	0	1	2	3	4
46.	Rara vez me siento cohibido cuando estoy con gente	0	1	2	3	4
47.	Cuando hago cosas, las hago con energía	0	1	2	3	4
48.	Creo que es interesante aprender y desarrollar nuevos hobbies	0	1	2	3	4
49.	Puedo ser sarcástico y mordaz si lo necesito	0	1	2	3	4
50.	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada	0	1	2	3	4
51.	Me cuesta resistirme a mis deseos	0	1	2	3	4
52.	No me gustaría pasar las vacaciones en los centros de juego de Las Vegas	0	1	2	3	4
53.	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas	0	1	2	3	4
54.	Prefiero no hablar de mí o de mis éxitos	0	1	2	3	4
55.	Pierdo mucho tiempo hasta que me pongo a trabajar	0	1	2	3	4
56.	Creo que soy capaz de enfrentarme a la mayor parte de mis problemas	0	1	2	3	4
57.	A veces he experimentado una intensa alegría o arrebato	0	1	2	3	4
58.	Considero que las leyes y normas sociales deberían cambiar para reflejar las necesidades de un mundo cambiante	0	1	2	3	4
59.	Soy duro y poco sentimental en mis actitudes	0	1	2	3	4
60.	Pienso muy bien las cosas antes de tomar una decisión	0	1	2	3	4
61.	Rara vez me siento con miedo o ansioso	0	1	2	3	4
62.	Se me conoce como una persona cálida y cordial	0	1	2	3	4
63.	Tengo mucha fantasía	0	1	2	3	4
64.	Creo que la mayoría de la gente se aprovecharía de uno si se le dejara	0	1	2	3	4
65.	Me mantengo informado y por lo general tomo decisiones inteligentes	0	1	2	3	4
66.	Se me tiene por colérico y de genio vivo	0	1	2	3	4
67.	En general prefiero hacer las cosas solo	0	1	2	3	4
68.	Me aburre ver ballet o danza moderna	0	1	2	3	4
69.	Aunque quisiera, no podría engañar a nadie	0	1	2	3	4
70.	No soy una persona muy metódica	0	1	2	3	4
71.	Rara vez estoy triste o deprimido	0	1	2	3	4
72.	A menudo he sido un líder en los grupos en que he estado	0	1	2	3	4
73.	Para mí son importantes mis sentimientos sobre las cosas	0	1	2	3	4
74.	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador	0	1	2	3	4
75.	Pago mis deudas puntualmente y en su totalidad	0	1	2	3	4
76.	En ocasiones he estado tan avergonzado que he querido esconderme	0	1	2	3	4

Recuerde:

- 0 En total desacuerdo
- 1 Desacuerdo
- 2 Neutro
- 3 De acuerdo
- 4 Totalmente de acuerdo

		En total Desacuerdo	Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
77.	Probablemente mi trabajo sea lento pero constante	0	1	2	3	4
78.	Cuando encuentro la forma adecuada de hacer algo, me aferro a ella	0	1	2	3	4
79.	Me resulta difícil expresar rabia, aunque lleve razón	0	1	2	3	4
80.	Cuando empiezo un programa para mejorar algo mío, lo habitual es que lo abandone a los pocos días	0	1	2	3	4
81.	Me cuesta poco resistir la tentación	0	1	2	3	4
82.	A veces he hecho cosas por mera excitación, buscando emociones	0	1	2	3	4
83.	Disfruto resolviendo problemas o puzzles	0	1	2	3	4
84.	Soy mejor que la mayoría de la gente, y yo lo sé	0	1	2	3	4
85.	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo	0	1	2	3	4
86.	Cuando estoy bajo fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar	0	1	2	3	4
87.	No soy un alegre optimista	0	1	2	3	4
88.	Considero que deberíamos contar con las autoridades religiosas para tomar decisiones sobre cuestiones morales	0	1	2	3	4
89.	Hagamos lo que hagamos por los pobres y los ancianos, nunca será demasiado	0	1	2	3	4
90.	En ocasiones primero actúo y luego pienso	0	1	2	3	4
91.	A menudo me siento tenso e inquieto	0	1	2	3	4
92.	Mucha gente cree que soy algo frío y distante	0	1	2	3	4
93.	No me gusta perder el tiempo soñando despierto	0	1	2	3	4
94.	Me parece que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y digna de confianza	0	1	2	3	4
95.	Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer	0	1	2	3	4
96.	No se me considera una persona difícil ni de mal genio	0	1	2	3	4
97.	Si estoy solo mucho tiempo, siento mucha necesidad de la gente	0	1	2	3	4
98.	Las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza despiertan mi curiosidad	0	1	2	3	4
99.	Ser absolutamente honrado es una mala manera de hacer negocios	0	1	2	3	4
100.	Me gusta tener cada cosa en su sitio, de forma que sepa exactamente dónde está	0	1	2	3	4
101.	A veces he sentido una sensación profunda de culpa o maldad	0	1	2	3	4
102.	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros	0	1	2	3	4
103.	Rara vez pongo mucha atención en mis sentimientos del momento	0	1	2	3	4
104.	Por lo general trato de pensar en los demás y ser considerado	0	1	2	3	4
105.	A veces hago trampas cuando juego a hacer solitarios	0	1	2	3	4
106.	No me avergüenzo mucho si la gente se ríe de mí y me toma el pelo	0	1	2	3	4



Recuerde:

- 0 En total desacuerdo
- 1 Desacuerdo
- 2 Neutro
- 3 De acuerdo
- 4 Totalmente de acuerdo

		En total Desacuerdo	Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
107.	A menudo siento como si rebosara energía	0	1	2	3	4
108.	Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países	0	1	2	3	4
109.	Si alguien no me cae simpático, se lo digo	0	1	2	3	4
110.	Trabajo mucho para conseguir mis metas	0	1	2	3	4
111.	Cuando como las comidas que más me gustan, tiendo a comer demasiado	0	1	2	3	4
112.	Tiendo a evitar las películas que son impactantes o de miedo	0	1	2	3	4
113.	A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas	0	1	2	3	4
114.	Trato de ser humilde	0	1	2	3	4
115.	Me cuesta forzarme a hacer lo que tengo que hacer	0	1	2	3	4
116.	En situaciones de emergencia mantengo la cabeza fría	0	1	2	3	4
117.	A veces rebose felicidad	0	1	2	3	4
118.	En mi opinión, las distintas ideas sobre lo que está bien y lo que está mal que tienen otras sociedades pueden ser válidas para ellas	0	1	2	3	4
119.	Los mendigos no me inspiran simpatía	0	1	2	3	4
120.	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias	0	1	2	3	4
121.	Rara vez me inquieta el futuro	0	1	2	3	4
122.	Disfruto mucho hablando con la gente	0	1	2	3	4
123.	Me gusta concentrarme en una fantasía o ensueño y explorar todas sus posibilidades, dejándolas que crezcan y se desarrollen	0	1	2	3	4
124.	Cuando alguien es agradable conmigo, me entran recelos	0	1	2	3	4
125.	Estoy orgulloso de mi sensatez	0	1	2	3	4
126.	Con frecuencia me producen aversión las personas con las que tengo que tratar	0	1	2	3	4
127.	Prefiero los trabajos que me permiten trabajar solo, sin que me molesten los demás	0	1	2	3	4
128.	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí	0	1	2	3	4
129.	Detestaría que alguien pensara de mí que soy un hipócrita	0	1	2	3	4
130.	Parece que nunca soy capaz de organizarme	0	1	2	3	4
131.	Cuando algo va mal, tiendo a culpabilizarme	0	1	2	3	4
132.	Con frecuencia los demás cuentan conmigo para tomar decisiones	0	1	2	3	4
133.	Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos	0	1	2	3	4
134.	No se me conoce por mi generosidad	0	1	2	3	4
135.	Cuando me comprometo a algo, siempre se puede contar conmigo para llevarlo a término	0	1	2	3	4
136.	A menudo me siento inferior a los demás	0	1	2	3	4
137.	No soy tan rápido ni tan animado como otras personas	0	1	2	3	4
138.	Prefiero pasar el tiempo en ambientes conocidos	0	1	2	3	4
139.	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar	0	1	2	3	4

Recuerde:

- 0 En total desacuerdo
- 1 Desacuerdo
- 2 Neutro
- 3 De acuerdo
- 4 Totalmente de acuerdo

		En total Desacuerdo	Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
140.	No me siento impulsado a conseguir el éxito	0	1	2	3	4
141.	Rara vez cedo a mis impulsos	0	1	2	3	4
142.	Me gusta estar donde está la acción	0	1	2	3	4
143.	Me gusta hacer puzzles de los que hacen estrujarte el cerebro	0	1	2	3	4
144.	Tengo una opinión muy alta de mí mismo	0	1	2	3	4
145.	Cuando empiezo un proyecto, casi siempre lo termino	0	1	2	3	4
146.	Con frecuencia me resulta difícil decidirme	0	1	2	3	4
147.	No me considero especialmente alegre	0	1	2	3	4
148.	Considero que la fidelidad a los propios ideales y principios es más importante que tener una mentalidad abierta	0	1	2	3	4
149.	Las necesidades humanas deberían estar siempre por delante de consideraciones económicas	0	1	2	3	4
150.	A menudo hago cosas de forma impulsiva	0	1	2	3	4
151.	Con frecuencia me preocupo por cosas que podrían salir mal	0	1	2	3	4
152.	Me resulta fácil sonreír y ser extravertido con desconocidos	0	1	2	3	4
153.	Si noto que mi cabeza empieza a divagar y a soñar, generalmente me ocupo en algo y empiezo a concentrarme en una tarea o actividad alternativa	0	1	2	3	4
154.	Mi primera reacción es confiar en la gente	0	1	2	3	4
155.	No parece que haya tenido éxito completo en nada	0	1	2	3	4
156.	Es difícil que yo pierda los estribos	0	1	2	3	4
157.	Preferiría pasar las vacaciones en una playa muy frecuentada por gente que en una casa a aislada en el monte	0	1	2	3	4
158.	Ciertos tipos de música me producen una fascinación sin límites	0	1	2	3	4
159.	A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero	0	1	2	3	4
160.	Tiendo a ser algo quisquilloso o exigente	0	1	2	3	4
161.	Tengo una baja opinión de mí mismo	0	1	2	3	4
162.	Preferiría ir a mi aire a ser el líder de otros	0	1	2	3	4
163.	Rara vez me doy cuenta del humor o los sentimientos que producen ambientes diferentes	0	1	2	3	4
164.	A la mayoría de la gente que conozco le caigo simpático	0	1	2	3	4
165.	Me adhiero de forma estricta a mis principios éticos	0	1	2	3	4
166.	Me siento a gusto en presencia de mis jefes u otras figuras de autoridad	0	1	2	3	4
167.	Habitualmente parece como si tuviera prisa	0	1	2	3	4
168.	A veces hago cambios en la casa sólo para probar algo diferente	0	1	2	3	4
169.	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear	0	1	2	3	4
170.	Hago todo lo que puedo por conseguir lo máximo	0	1	2	3	4
171.	A veces como tanto que me pongo malo	0	1	2	3	4

Recuerde:

- 0 En total desacuerdo
- 1 Desacuerdo
- 2 Neutro
- 3 De acuerdo
- 4 Totalmente de acuerdo

		En total Desacuerdo	Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
172.	Adoro la excitación de las montañas rusas	0	1	2	3	4
173.	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana	0	1	2	3	4
174.	Pienso que no soy mejor que los demás, independientemente de cual sea su condición	0	1	2	3	4
175.	Cuando un proyecto se pone demasiado difícil, me siento inclinado a empezar uno nuevo	0	1	2	3	4
176.	Puedo manejarlas bastante bien en una crisis	0	1	2	3	4
177.	Soy una persona alegre y animosa	0	1	2	3	4
178.	Me considero de mentalidad abierta y tolerante con los estilos de vida de los demás	0	1	2	3	4
179.	Creo que todos los seres humanos merecen respeto	0	1	2	3	4
180.	Casi nunca tomo decisiones precipitadas	0	1	2	3	4
181.	Tengo menos miedos que la mayoría de la gente	0	1	2	3	4
182.	Tengo una fuerte relación emocional con mis amigos	0	1	2	3	4
183.	De niño rara vez me divertía jugando a ser otra persona (policía, padre, profesor, etc)	0	1	2	3	4
184.	Tiendo a pensar lo mejor de la gente	0	1	2	3	4
185.	Soy una persona muy competente	0	1	2	3	4
186.	A veces me he sentido amargado y resentido	0	1	2	3	4
187.	Las reuniones sociales normalmente me resultan aburridas	0	1	2	3	4
188.	A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación	0	1	2	3	4
189.	A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero	0	1	2	3	4
190.	No soy compulsivo con la limpieza	0	1	2	3	4
191.	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza	0	1	2	3	4
192.	En las conversaciones tiendo a ser el que más habla	0	1	2	3	4
193.	Me parece fácil empatizar, sentir yo lo que los demás sienten	0	1	2	3	4
194.	Me considero una persona caritativa	0	1	2	3	4
195.	Trato de hacer mi trabajo con cuidado, para que no haya que hacerlo otra vez	0	1	2	3	4
196.	Si he dicho o hecho algo mal a una persona, me cuesta mucho poder mirarla de nuevo a la cara	0	1	2	3	4
197.	Mi vida lleva un ritmo rápido	0	1	2	3	4
198.	En vacaciones prefiero volver a un sitio conocido y fiable	0	1	2	3	4
199.	Soy cabezota y testarudo	0	1	2	3	4
200.	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago	0	1	2	3	4
201.	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento	0	1	2	3	4
202.	Me atraen los colores llamativos y los estilos ostentosos	0	1	2	3	4
203.	Tengo mucha curiosidad intelectual	0	1	2	3	4
204.	Preferiría elogiar a otros que ser elogiado	0	1	2	3	4

Recuerde:

- 0 En total desacuerdo
- 1 Desacuerdo
- 2 Neutro
- 3 De acuerdo
- 4 Totalmente de acuerdo

		En total Desacuerdo	Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
205.	Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es pasar de todas	0	1	2	3	4
206.	Cuando parece que todo va mal, todavía puedo tomar buenas decisiones	0	1	2	3	4
207.	Rara vez uso palabras como "¡fantástico!" o "¡sensacional!" para describir mis experiencias	0	1	2	3	4
208.	Creo que si una persona no tiene claras sus creencias a los 25 años, algo está mal en ellos	0	1	2	3	4
209.	Me inspiran simpatía los que son menos afortunados que yo	0	1	2	3	4
210.	Cuando voy de viaje, lo planifico cuidadosamente con antelación	0	1	2	3	4
211.	A veces me vienen a la cabeza pensamientos aterradores	0	1	2	3	4
212.	Me tomo un interés personal por la gente con la que trabajo	0	1	2	3	4
213.	Tendría dificultad para dejar que mi pensamiento vagara sin control o dirección	0	1	2	3	4
214.	Tengo mucha fe en la naturaleza humana	0	1	2	3	4
215.	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo	0	1	2	3	4
216.	Hasta las mínimas molestias me pueden resultar frustrantes	0	1	2	3	4
217.	Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente	0	1	2	3	4
218.	Disfruto leyendo poesías que se centran más en sentimientos e imágenes que en acontecimientos	0	1	2	3	4
219.	Estoy orgulloso de mi astucia para tratar con la gente	0	1	2	3	4
220.	Gasto un montón de tiempo buscando cosas que he perdido	0	1	2	3	4
221.	Con demasiada frecuencia cuando las cosas van mal me siento desanimado y a punto de tirar la toalla	0	1	2	3	4
222.	No me parece fácil asumir el mando de una situación	0	1	2	3	4
223.	Cosas raras o singulares (como ciertos olores o los nombres de lugares lejanos) pueden evocarme fuertes estados de ánimo	0	1	2	3	4
224.	Me aparto de mi camino por ayudar a los demás, si puedo	0	1	2	3	4
225.	Tendría que estar muy enfermo para perder un día de trabajo	0	1	2	3	4
226.	Cuando alguien que conozco hace tonterías, siento vergüenza ajena	0	1	2	3	4
227.	Soy una persona muy activa	0	1	2	3	4
228.	Cuando voy a alguna parte sigo siempre el mismo camino	0	1	2	3	4
229.	Con frecuencia me enzarzo en discusiones con mi familia y mis compañeros	0	1	2	3	4
230.	Soy un poco adicto al trabajo	0	1	2	3	4
231.	Siempre soy capaz de mantener mis sentimientos bajo control	0	1	2	3	4

Recuerde:

- 0 *En total desacuerdo*
- 1 *Desacuerdo*
- 2 *Neutro*
- 3 *De acuerdo*
- 4 *Totalmente de acuerdo*

		<i>En total Desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Neutro</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
232.	Me gusta ser parte del público en los acontecimientos deportivos	0	1	2	3	4
233.	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales	0	1	2	3	4
234.	Soy una persona superior	0	1	2	3	4
235.	Tengo mucha auto-disciplina	0	1	2	3	4
236.	Soy bastante estable emocionalmente	0	1	2	3	4
237.	Me río con facilidad.	0	1	2	3	4
238.	Considero que la "nueva moralidad" de lo permisivo no es en absoluto moralidad.	0	1	2	3	4
239.	Antes preferiría ser conocido como una persona misericordiosa que como una persona justa	0	1	2	3	4
240.	Antes de contestar una pregunta, me lo pienso dos veces	0	1	2	3	4

Por favor, comprueba que has contestado a todas las preguntas

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**



## ANEXO 3

### DAPP-BQ

(Livesley, et al. 1998. Copyright, Livesley, 1990. Trad. española de Gutiérrez-Zotes, et al. 2008)

#### INSTRUCCIONES

Este cuestionario contiene un número de afirmaciones que describen el modo en que las personas se comportan y sienten. Le pedimos que se autoevalúe en estas afirmaciones haciendo un círculo en el número que mejor describe en qué medida cada afirmación es característica de usted.

0	1	2	3	4
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

#### Por ejemplo:

En las fiestas, me gusta hablar con todo el mundo.....0 1 2 3 4  
 Me gusta pasar la mayor parte de mi tiempo solo.....0 1 2 3 4

En los ejemplos de arriba, haga un círculo al número “4” para la primera afirmación, si piensa que la frase es muy parecida a Vd. Si con la segunda afirmación está moderadamente en desacuerdo, haga un círculo en el número “1”.

Para cada afirmación en el cuestionario, **se debe hacer un círculo al número que mejor le describe.** Debe responder a cada afirmación, incluso si no está completamente seguro de su respuesta.

**NOTA:** Algunas de las cuestiones pueden describir situaciones y circunstancias que le son familiares. Por favor intente imagina cómo VD. Reaccionaría y responda en consecuencia. Si Vd. Es un estudiante, por favor considere su lugar de estudios como empleo en las cuestiones referentes al empleo.

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
1. Si me presionan, suelo ceder.	0	1	2	3	4
2. A menudo me siento como si no estuviera realmente aquí.	0	1	2	3	4
3. Nada de lo que hago me proporciona mucha satisfacción.	0	1	2	3	4
4. A menudo me siento como si estuviera en una montaña rusa emocional.	0	1	2	3	4
5. Cuando hago algo arriesgado, nunca me preocupo de si sufriré algún daño.	0	1	2	3	4
6. Normalmente hago los trabajos sistemáticamente, paso a paso.	0	1	2	3	4
7. Nunca me lo paso bien de verdad.	0	1	2	3	4
8. Me cuesta expresar afecto por los demás.	0	1	2	3	4

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
9. No me siento culpable cuando hiero los sentimientos de alguien.	0	1	2	3	4
10. Planifico hacer tantas cosas en un día que a menudo no termino ninguna.	0	1	2	3	4
11. Realmente no disfruto del sexo.	0	1	2	3	4
12. No me cuesta decir a los demás lo que tienen que hacer.	0	1	2	3	4
13. Puedo sentirme extremadamente culpable incluso por cosas sin importancia.	0	1	2	3	4
14. Hago los trabajos concienzudamente incluso sabiendo que nadie los va a ver.	0	1	2	3	4
15. Si no la tuviera, suspiraría por una relación íntima.	0	1	2	3	4
16. A menudo me dejo llevar por las sugerencias de los demás.	0	1	2	3	4
17. A veces me pregunto si las cosas que pasan a mí alrededor son reales o imaginarias.	0	1	2	3	4
18. Creo que los demás están siempre tratando de engañarme.	0	1	2	3	4
19. Expreso mis emociones muy intensamente.	0	1	2	3	4
20. He sentido que las cosas a mi alrededor parecían irreales.	0	1	2	3	4
21. Evito hablar de mí mismo a los demás porque esto me hace sentir incómodo.	0	1	2	3	4
22. Me gusta actuar despreocupadamente haciendo lo que se me ocurre sin pensar en las consecuencias.	0	1	2	3	4
23. Cuando veo cosas fuera de lugar tengo la necesidad incontrolable de ponerlas en su sitio.	0	1	2	3	4
24. No me siento muy seguro	0	1	2	3	4
25. Siempre estoy en guardia ante los actos de los demás.	0	1	2	3	4
26. Evito situaciones en las que la gente puede mostrarme afecto.	0	1	2	3	4
27. A menudo he bebido demasiado.	0	1	2	3	4
28. No sé qué decir a la gente.	0	1	2	3	4
29. Considero que mi vida es aburrida.	0	1	2	3	4
30. Estoy alerta a pequeños detalles que confirmen que mis sospechas son ciertas.	0	1	2	3	4
31. Acabar con mi vida a veces me parece la única salida.	0	1	2	3	4
32. Paso la mayor parte de mi tiempo solo.	0	1	2	3	4
33. Siempre digo la verdad.	0	1	2	3	4
34. Solo me encuentro realmente satisfecho cuando la gente reconoce lo mucho que valgo.	0	1	2	3	4
35. Hago todo lo mejor que puedo.	0	1	2	3	4
36. Intento guardar todo en su lugar adecuado.	0	1	2	3	4
37. Habitualmente encuentro fallos a cualquier opinión.	0	1	2	3	4
38. Cuando alguien hace algo agradable por mí a menudo me pregunto cuáles son sus motivos reales.	0	1	2	3	4



	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
39. Ser aceptado por los demás es muy importante para mí.	0	1	2	3	4
40. A veces no puedo pensar en otra cosa que en lo culpable que me siento.	0	1	2	3	4
41. En actos sociales tiendo a evitar a los demás.	0	1	2	3	4
42. Odio estar separado de alguien a quien quiero aunque sea por pocos días.	0	1	2	3	4
43. El sexo no es una parte importante de mi vida.	0	1	2	3	4
44. Me siento bastante cómodo mostrando mis sentimientos.	0	1	2	3	4
45. Tiendo a pensar que mis puntos de vista son los únicos correctos.	0	1	2	3	4
46. Siento que no soy capaz de amar a nadie.	0	1	2	3	4
47. Suelo reaccionar exageradamente ante problemas sin importancia.	0	1	2	3	4
48. Me dejo llevar por lo que quieren los demás incluso aunque no sea lo que yo quiero.	0	1	2	3	4
49. Siento que hay mucha gente que sólo esta esperando el momento para ponerme la zancadilla.	0	1	2	3	4
50. En una discusión normalmente acabo estando de acuerdo con el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3	4
51. Cuando quedo con otros, suelo ser el último en estar preparado.	0	1	2	3	4
52. Cuando estoy muy estresado parece que pierdo contacto con la realidad durante un momento.	0	1	2	3	4
53. Dudo en expresar opiniones con las que pienso que otras personas no van a estar de acuerdo.	0	1	2	3	4
54. Soy una persona muy tímida.	0	1	2	3	4
55. Mis vivencias son a veces tan fuertes que casi duelen.	0	1	2	3	4
56. No reacciono cuando alguien me hace enfadar.	0	1	2	3	4
57. Pierdo los estribos fácilmente.	0	1	2	3	4
58. Mis problemas siempre parecen abrumadores.	0	1	2	3	4
59. Sólo me siento seguro cuando la persona a la que me siento más unido está a mi lado.	0	1	2	3	4
60. Cuando me siento desesperado la idea de acabar con mi vida se me hace muy atrayente.	0	1	2	3	4
61. Necesito saber de verdad que la gente tiene un buen concepto de mí.	0	1	2	3	4
62. Pienso que la vida es divertida.	0	1	2	3	4
63. Nunca he engañado a nadie.	0	1	2	3	4
64. A veces mis emociones me dominan y se desbordan.	0	1	2	3	4
65. Hago todo concienzudamente.	0	1	2	3	4
66. Raramente comparto mis problemas con alguien.	0	1	2	3	4

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
67. Mi mente es como un disco rayado; va repitiendo las mismas preocupaciones una y otra vez.	0	1	2	3	4
68. Tengo el máximo de energía para hacer las cosas después de haber sido admirado por otros.	0	1	2	3	4
69. Si conociese a alguien más interesante, no dudaría en terminar mi relación actual.	0	1	2	3	4
70. Cuando me siento muy angustiado, es como si escuchase voces gritando dentro de mi cabeza.	0	1	2	3	4
71. Estoy destinado a hacer grandes cosas.	0	1	2	3	4
72. Cuando estoy muy angustiado, en lo único que puedo pensar es en suicidarme.	0	1	2	3	4
73. Mis estados de ánimo son muy impredecibles.	0	1	2	3	4
74. En cualquier grupo, me preocupa ser rechazado o excluido.	0	1	2	3	4
75. A veces finjo estar enfermo para librarme de algo.	0	1	2	3	4
76. Si me encontrase la cartera de alguien no me sentiría culpable por quedarme el dinero.	0	1	2	3	4
77. Intento que otras personas tomen decisiones por mí.	0	1	2	3	4
78. Me duele que la persona a la que me siento más unido esté fuera durante unos días.	0	1	2	3	4
79. No disfruto de las cosas como los demás.	0	1	2	3	4
80. Cuando estoy preocupado tiendo a seguir a todas partes a la persona a la que estoy especialmente unido.	0	1	2	3	4
81. Evito relaciones personales estrechas.	0	1	2	3	4
82. Trato de alcanzar posiciones de autoridad.	0	1	2	3	4
83. No soy muy organizado.	0	1	2	3	4
84. Pongo todos mis esfuerzos en cada tarea que emprendo.	0	1	2	3	4
85. Mi propio bienestar es más importante que el de los demás.	0	1	2	3	4
86. Cuando las cosas no me salen bien terminar con mi vida parece ser la única opción.	0	1	2	3	4
87. Me cuesta mirar a la gente a los ojos cuando hablo.	0	1	2	3	4
88. Trabajo muy despacio en las tareas que no me gustan.	0	1	2	3	4
89. Estoy seguro de que alguien tiene algo contra mí.	0	1	2	3	4
90. Presto mucha atención a lo que hago y digo para que nadie sepa demasiado sobre mí.	0	1	2	3	4
91. Me atrae la idea de hacer algo como paracaidismo acrobático.	0	1	2	3	4
92. Sueño con ser respetado y admirado.	0	1	2	3	4
93. Me hierve la sangre tener que esperar.	0	1	2	3	4
94. Me cuesta mucho hacer planes ya que me gusta hacer las cosas de forma espontánea.	0	1	2	3	4
95. Me cuesta tanto tomar una decisión que al final no consigo hacer las cosas.	0	1	2	3	4

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
96. Cuando las reglas no me convienen las rompo.	0	1	2	3	4
97. Necesito se el centro de atención.	0	1	2	3	4
98. Nunca pierdo los estribos.	0	1	2	3	4
99. He tomado una sobredosis de medicamentos cuando estaba muy alterado.	0	1	2	3	4
100. Si la gente me hace enfadar, rápidamente contengo mis sentimientos.	0	1	2	3	4
101. Si hay algo que tengo que hacer pero realmente no me apetece, lo aplazo con la esperanza de no tener que hacerlo.	0	1	2	3	4
102. A veces me siento confuso durante varios días seguidos.	0	1	2	3	4
103. Para mí es importante que la gente se fije en mí.	0	1	2	3	4
104. Suelo anteponer mis propias necesidades en casi todo lo que hago.	0	1	2	3	4
105. A menudo hago cosas de forma impulsiva incluso sabiendo que luego me arrepentiré.	0	1	2	3	4
106. Cuando sé que todos están pendientes de mí es cuando soy más feliz.	0	1	2	3	4
107. Pierdo mucho tiempo hablando del mucho trabajo que tengo, sin empezar a hacerlo nunca.	0	1	2	3	4
108. No suelo mostrar mis sentimientos.	0	1	2	3	4
109. A veces he consumido tanto alcohol que luego no podía recordar lo sucedido.	0	1	2	3	4
110. Pienso una y otra vez en cosas que no tienen importancia.	0	1	2	3	4
111. He intentado suicidarme.	0	1	2	3	4
112. Solo estoy realmente a gusto cuando tengo a alguien para hacerme compañía.	0	1	2	3	4
113. Cuando estoy enfadado con alguien soy incapaz de decírselo directamente.	0	1	2	3	4
114. Si realmente tengo necesidad de algo no me importa utilizar a alguien para conseguirlo.	0	1	2	3	4
115. Paso mucho tiempo pensando en cómo quitarme la vida.	0	1	2	3	4
116. Me siento más feliz cuando mi tiempo está cuidadosamente organizado.	0	1	2	3	4
117. Cambio de opinión con mucha frecuencia.	0	1	2	3	4
118. Cuando hablo con los demás tengo que recordarme continuamente el tema principal de conversación.	0	1	2	3	4
119. Cuando alguien me pregunta mi opinión siempre soy honesto.	0	1	2	3	4
120. Incluso cuando otra persona tiene el mando, me cuesta no asumirlo yo.	0	1	2	3	4
121. A menudo actúo por impulso.	0	1	2	3	4
122. Paso mucho tiempo asegurándome que todo está exactamente de la forma que tendrá que estar.	0	1	2	3	4

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
123. Sé que hay mucha gente esperando para jugármela.	0	1	2	3	4
124. Necesito que la gente me diga lo que tengo que hacer.	0	1	2	3	4
125. A veces la gente me dice que digo cosas sin sentido.	0	1	2	3	4
126. Disfruto siendo sexualmente estimulado	0	1	2	3	4
127. A veces intento ajustar cuentas más que perdonar y olvidar.	0	1	2	3	4
128. Pienso que tienes que se implacable para salir adelante en la vida.	0	1	2	3	4
129. Solo hablo con la gente cuando es absolutamente imprescindible hacerlo.	0	1	2	3	4
130. Me gusta ayudar a los demás corrigiéndoles.	0	1	2	3	4
131. Casi siempre me siento culpable de algo.	0	1	2	3	4
132. Raramente me fijo objetivos para mi mismo.	0	1	2	3	4
133. Dudo de mi capacidad para hacer lo correcto sin el consejo de los demás.	0	1	2	3	4
134. Me he golpeado con un objeto a propósito.	0	1	2	3	4
135. Me siento como si hubiese un gran vacío dentro de mí.	0	1	2	3	4
136. Las relaciones cercanas son muy importantes en mi vida.	0	1	2	3	4
137. Creo que la mayoría de la gente engañaría para sacar ventaja.	0	1	2	3	4
138. A menudo no hago las cosas que se supone debo hacer.	0	1	2	3	4
139. Tengo el deber de señalar a los demás sus errores.	0	1	2	3	4
140. Mi mayor miedo es ser rechazado por alguien.	0	1	2	3	4
141. El alcohol me ha metido en problemas en varias ocasiones.	0	1	2	3	4
142. Cuando pienso en divertirme pienso más en actividades excitantes que en tranquilas.	0	1	2	3	4
143. Me pongo muy nervioso si creo que a alguien no le caigo bien.	0	1	2	3	4
144. En mi vida diaria me gusta que haya mucha variedad.	0	1	2	3	4
145. En los deportes de equipo creo que es aceptables hacer daño a los oponentes.	0	1	2	3	4
146. Me imagino consiguiendo mayores logros que nadie en el mundo.	0	1	2	3	4
147. Siento muchas cosas de manera tan intensa que casi me dominan.	0	1	2	3	4
148. Siento que las cosas nunca me van a ir bien.	0	1	2	3	4
149. Hago cosas emocionantes siempre que puedo.	0	1	2	3	4
150. Si la gente se ofrece a ayudarme empiezo a sospechar.	0	1	2	3	4
151. Una parte de mí anhela la admiración de los demás.	0	1	2	3	4
152. Tiendo a seguir los deseos de los demás.	0	1	2	3	4
153. Disfruto de las relaciones cercanas.	0	1	2	3	4

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
154. Hago cosas arriesgadas que sé que están más allá de mis capacidades.	0	1	2	3	4
155. Tiendo a creer lo que dice la gente sin cuestionármelo.	0	1	2	3	4
156. Cuando estoy en desacuerdo con alguien a veces lo amenazo con violencia.	0	1	2	3	4
157. Paso horas intentando hacer todo tan exacto como sea posible.	0	1	2	3	4
158. Me gusta jugar con el peligro.	0	1	2	3	4
159. Simplemente me dejo llevar por la vida.	0	1	2	3	4
160. Se me da muy bien soñar despierto con el éxito y el poder.	0	1	2	3	4
161. Cuando las cosas me van mal necesito estar con la persona a la que estoy más unido.	0	1	2	3	4
162. Siempre estoy preocupado por algo.	0	1	2	3	4
163. Mido todo con precisión, no fiándome nunca de estimaciones.	0	1	2	3	4
164. Estoy continuamente buscando emociones fuertes.	0	1	2	3	4
165. Raramente hago algo para ayudar a alguien que tiene un problema.	0	1	2	3	4
166. Siempre vigilo por si hay gente que pueda intentar engañarme.	0	1	2	3	4
167. Suelo preocuparme sobre si habré tomado la decisión correcta.	0	1	2	3	4
168. Haría algo en contra de la ley si supiese que no me iban a pillar.	0	1	2	3	4
169. Necesito que otros me aseguren que piensan bien de mí.	0	1	2	3	4
170. Siempre estoy alerta ante posibles amenazas.	0	1	2	3	4
171. La sensación de aburrimiento siempre me acompaña.	0	1	2	3	4
172. Siempre doy lo mejor de mí aunque los demás no lo esperen.	0	1	2	3	4
173. No consigo dejar de pensar en mis problemas.	0	1	2	3	4
174. Cuando estoy enfadado, se lo hago saber a los demás.	0	1	2	3	4
175. Evito a la gente siempre que puedo.	0	1	2	3	4
176. A veces las cosas familiares me parecen lejanas o borrosas.	0	1	2	3	4
177. Me cuesta mucho resistirme a la gente persuasiva.	0	1	2	3	4
178. Cuando las cosas están desordenadas necesito ordenarlas enseguida.	0	1	2	3	4
179. Ha habido momentos en mi vida en los que he abusado repetidamente del alcohol.	0	1	2	3	4
180. Cuando alguien a quien me siento muy unido está lejos, cuento las horas que faltan para que vuelva.	0	1	2	3	4
181. Parece que me cuesta más tiempo que a los demás pensar la respuesta a preguntas sencillas.	0	1	2	3	4
182. Intento evitar conversaciones sobre mis sentimientos de afecto hacia otras personas.	0	1	2	3	4

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
183. Disfruto cuando le digo a alguien: "Ya te lo dije".	0	1	2	3	4
184. Amenazo con pegar a la gente cuando me enfado.	0	1	2	3	4
185. A menudo siento que la gente quiere perjudicarme.	0	1	2	3	4
186. He encontrado distintas formas de hacerme daño intencionadamente.	0	1	2	3	4
187. Me pongo ansioso cuando tengo que estar solo por algún tiempo.	0	1	2	3	4
188. Casi siempre tengo las emociones a flor de piel.	0	1	2	3	4
189. Me tengo que esforzar para seguir adelante cuando la persona a quien me siento muy unido esta fuera.	0	1	2	3	4
190. Siempre me he preocupado mucho por cosas sin importancia.	0	1	2	3	4
191. Fantaseo sobre llegar a tener un gran éxito.	0	1	2	3	4
192. Me molestan muchas más cosas de lo que la gente percibe.	0	1	2	3	4
193. Pequeñas cosas cambian mi estado de ánimo.	0	1	2	3	4
194. No me importa si mis actos causan problemas a otra persona.	0	1	2	3	4
195. Aunque las cosas me vayan bien tiendo a pensar en lo peor.	0	1	2	3	4
196. No necesito querer a nadie.	0	1	2	3	4
197. Siento que me enfado más intensamente que los demás.	0	1	2	3	4
198.trato de tener siempre gente a mí alrededor.	0	1	2	3	4
199. Tengo un claro sentido de mi propia identidad.	0	1	2	3	4
200. Me resiento si la persona a quien estoy especialmente unido pasa tiempo lejos.	0	1	2	3	4
201. Parece faltarme el impulso para acabar las cosas.	0	1	2	3	4
202. Me preocupa no gustar a los demás.	0	1	2	3	4
203. A veces me irrita que la gente me pida favores.	0	1	2	3	4
204. Obtengo mucho placer haciendo el amor.	0	1	2	3	4
205. La gente a menudo se aprovecha de mí.	0	1	2	3	4
206.trato de hacer amigos que puedan serme útiles.	0	1	2	3	4
207. Las cosas que más disfruto haciendo son las que surgen en el momento.	0	1	2	3	4
208. Mi humor cambia bruscamente.	0	1	2	3	4
209. Incluso habiendo tomado una decisión, a menudo siento que no está firmemente asentada.	0	1	2	3	4
210. He estado implicado en varias pelias desde mi adolescencia.	0	1	2	3	4
211. Cuando era un niño provoqué fuegos que dañaron propiedades.	0	1	2	3	4
212. Evito asumir riesgos innecesarios.	0	1	2	3	4
213. Los demás me engañan fácilmente.	0	1	2	3	4

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
214. Raramente o nunca me excito sexualmente.	0	1	2	3	4
215. Toda mi vida he sido una persona preocupada.	0	1	2	3	4
216. Tengo envidia de la gente que tiene muchos amigos y conocidos.	0	1	2	3	4
217. Normalmente insisto en que se escuche mi punto de vista.	0	1	2	3	4
218. Necesito tener relaciones estrechas.	0	1	2	3	4
219. A veces disfruto viendo a otras personas en situaciones apuradas.	0	1	2	3	4
220. No se me da muy bien ser firme enérgico con otros.	0	1	2	3	4
221. Solo pensar que la persona más cercana a mí podría dejarme me llena de pánico.	0	1	2	3	4
222. Desearía que me resultase más fácil hacer amigos.	0	1	2	3	4
223. Cuando era niño y adolescente, a menudo robaba cosas.	0	1	2	3	4
224. Dejo que la gente me pise.	0	1	2	3	4
225. La excesiva presión me dificulta pensar claramente.	0	1	2	3	4
226. Evito coger afecto a la gente.	0	1	2	3	4
227. Siempre he sido un poco irritable.	0	1	2	3	4
228. Hay días en los que no consigo hacer nada porque parece que no pueda ponerme en marcha.	0	1	2	3	4
229. Siento pánico cuando estoy separado de los que quiero.	0	1	2	3	4
230. Soy demasiado sensible; siento las cosas muy intensamente.	0	1	2	3	4
231. Cuando era más joven, a menudo me metía con los niños más pequeños.	0	1	2	3	4
232. Tengo cuidado con lo que digo sobre mí mismo, incluso entre amigos íntimos.	0	1	2	3	4
233. Me gusta hacer las cosas muy metódicamente.	0	1	2	3	4
234. A los demás les resulta difícil saber lo que estoy sintiendo.	0	1	2	3	4
235. No me esfuerzo en hacer casi nada.	0	1	2	3	4
236. Me resulta más importante conseguir lo que quiero que ser sincero.	0	1	2	3	4
237. He cogido cosas que no eran mías.	0	1	2	3	4
238. Me resulta difícil pensar claramente cuando tengo muchos problemas.	0	1	2	3	4
239. A menudo no consigo acabar las cosas a tiempo.	0	1	2	3	4
240. Me resulta difícil pedir ayuda a otras personas.	0	1	2	3	4
241. No dudo en regañar al alguien cuando se lo merece.	0	1	2	3	4
242. Me gusta dramatizar las cosas.	0	1	2	3	4
243. Cuando estoy en grupo me gusta ser el líder en la organización de las cosas.	0	1	2	3	4
244. Me gusta prestar atención a los pequeños detalles.	0	1	2	3	4

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
245. A veces el mundo me parece irreal.	0	1	2	3	4
246. Siento desprecio por las personas con corazón blando.	0	1	2	3	4
247. La idea de matarme ha estado en mi mente durante muchos años.	0	1	2	3	4
248. En ocasiones siento como si pasara gente rozándome cuando realmente no hay nadie.	0	1	2	3	4
249. Me gusta entrar en polémica con la gente	0	1	2	3	4
250. Asumo riesgos que otra gente considera temerarios.	0	1	2	3	4
251. No me importa pedir a otros su apoyo.	0	1	2	3	4
252. Las preocupaciones hacen que me aferre a los que estoy más unido.	0	1	2	3	4
253. La gente me pone nervioso.	0	1	2	3	4
254. Una vez que he decidido algo me cuesta creer que pueda estar equivocado.	0	1	2	3	4
255. Doy muchas vueltas a mis errores del pasado.	0	1	2	3	4
256. No me siento seguro de mis decisiones hasta que las consulto con otras personas.	0	1	2	3	4
257. Algunas veces confundo ruidos con voces de personas.	0	1	2	3	4
258. No puedo tolerar el desorden.	0	1	2	3	4
259. He intentado acabar con mi vida más de una vez.	0	1	2	3	4
260. Cuando los demás están equivocados no dudo en señalárselo.	0	1	2	3	4
261. Soy consciente de cualquier pequeño cambio que ocurre a mi alrededor.	0	1	2	3	4
262. Me preocupa perder el sentido de quién soy.	0	1	2	3	4
263. Cuando falto por enfermedad al trabajo o a clase, siempre estoy tan enfermo como he dicho.	0	1	2	3	4
264. Siento que mi vida esta llena de cosas interesantes.	0	1	2	3	4
265. Si no hubiese nadie en mi vida estaría deseando tener a alguien próximo a mí.	0	1	2	3	4
266. La idea del suicidio siempre está en algún rincón de mi mente.	0	1	2	3	4
267. A menudo siento que tengo pocas cosas que me ilusionen.	0	1	2	3	4
268. No siento nada cuando los amigos me cuentan sus problemas.	0	1	2	3	4
269. Cuando me separo de los que quiero me imagino que ocurren todo tipo de cosas terribles.	0	1	2	3	4
270. Vigilo constantemente señales de peligro.	0	1	2	3	4
271. Cuando hago balance del día a menudo tengo que reconocer que no he hecho demasiado.	0	1	2	3	4
272. A menudo me siento culpable aunque no sepa qué he hecho mal.	0	1	2	3	4
273. Cuando era joven, cause daños deliberadamente a propiedades que no me pertenecían.	0	1	2	3	4



	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
274. A menudo "me olvido" de hacer cosas que requieren mucho esfuerzo.	0	1	2	3	4
275. Discuto mucho.	0	1	2	3	4
276. Una vez que he llegado a una conclusión no me gusta que los demás intenten convencerme de que estoy equivocado.	0	1	2	3	4
277. Normalmente actúo primero y pienso en las consecuencias después.	0	1	2	3	4
278. Nunca sé cómo actuar cuando hay gente alrededor.	0	1	2	3	4
279. Me preocupa ser abandonado por la persona que quiero.	0	1	2	3	4
280. Desearía ser más hábil socialmente.	0	1	2	3	4
281. Me gusta que la gente me tenga miedo.	0	1	2	3	4
282. Cuando estoy haciendo una tarea que no me gusta me distraigo fácilmente.	0	1	2	3	4
283. Siento que en mi entorno hay hostilidad hacia mí.	0	1	2	3	4
284. A menudo tengo momentos en los que me siento muy vacío.	0	1	2	3	4
285. Aunque las cosas parezcan ir bien, sé que cambiarán a peor.	0	1	2	3	4
286. Mi actitud violenta asusta a la gente.	0	1	2	3	4
287. A veces he sentido que las cosas no me estaban realmente ocurriendo a mí.	0	1	2	3	4
288. Deseo compartir mi vida con alguien.	0	1	2	3	4
289. No me siento cómodo en las relaciones estrechas.	0	1	2	3	4
290. No estoy seguro de qué tipo de persona soy realmente.	0	1	2	3	4

Por favor, comprueba que has contestado a todas las preguntas

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**



## ANEXO 4

Replicaciones de estructuras factoriales del DAPP-BQ en diversas lenguas y culturas: Muestras Clínicas.

Facetas	<i>British-Columbian (Livesley et al., 1998)</i>				<i>Alemana (Pukrop et al.,2001)</i>				<i>Española (Gutiérrez-Zotes et al., 2008)</i>				<i>Danesa (Simonsen y Simonsen, 2009)</i>			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<i>Sumisión</i>	.85				.78				.84				.72			
<i>Dist. Cognitiva</i>	.64				.82	.51			.57				.80			
<i>Prob. Identid.</i>	.81				.85				.69				.88			
<i>Lab. Afectiva</i>	.64				.72	.42		.51	.65				.82	.48		
<i>Oposicionismo</i>	.64			-.47	.75	.53			.66			-.47	.72			.50
<i>Ansiedad</i>	.86				.92				.83				.90			
<i>Evitac. social</i>	.76				.86				.74				.71		.60	
<i>Apeg. Inseg.</i>	.70		-.44		.66				.68		.42		.70			
<i>Suspiciacia</i>	.50				.76	.61				-.48			.73	.46		
<i>Autolisis</i>	-	-	-	.	.61	.49	.49		-	-	-	-				
<i>Búsq. estímulos</i>		.76				.84				-.56				.58	-.43	
<i>Insensibilidad</i>		.81			.43	.73	-.40			-.75				.81		
<i>Rechazo</i>		.78				.63	-.56	.47		-.79				.70		
<i>Prob. Conducta</i>		.74				.83				-.82				.81		
<i>Narcisismo</i>		.41			.57	.48	-.52		.52		.44		.61			
<i>Prob. Intimidad</i>			.85		.45		.75				-.84				.83	
<i>Exp. Restringida</i>			.75		.54		.65				-.67				.85	
<i>Compulsividad</i>				.93				.90				.89				.90

Nota. Únicamente se señalan las saturaciones <.40 (La autolisis se excluye en la mayoría de los estudios)



# ANEXO 5

Replicaciones de estructuras factoriales del DAPP-BQ en diversas lenguas y culturas: Muestras Control.

Faceta	British-Columbian (Livesley et al., 1998)				Francesa canadiense (Brezo, Paris, Tremblay, Vitaro y Turecki, 2008)				Japonesa (Maruta et al., 2006)				Alemana (Pukrop et al., 2001)				Holandesa (van Kampen, 2002)				Danesa (Simonsen y Simonsen, 2009)				Española (Gutiérrez-Zotes et al., 2008)							
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV				
<i>Sumisión</i>	.84				.82				.81				.83				.83				.86				.86				.92			
<i>Dist. Cognitiva</i>	.75				.75				.81				.66	.51			.85				.75	.55	.41		.75	.55	.41		.79			
<i>Prob. Identid.</i>	.74				.70				.78				.75				.85	.40			.79	.40	.65		.79	.40	.65		.80			
<i>Lab. Afectiva</i>	.78				.80				.74				.53	.62			.83				.66	.60		.56	.66	.60		.56	.71			
<i>Oposicionismo</i>	.69			-.40	.68				.78				.73				.73	.58			.80	.46			.80	.46			.68			
<i>Ansiedad</i>	.89				.89				.91				.86				.92				.85	.43		.47	.85	.43		.47	.88			
<i>Evitac. social</i>	.69				.74				.86				.82				.82	.40			.79		.43		.79		.43		.75			
<i>Apeg. Inseg.</i>	.81				.77				.77				.53	-.50			.72				.60	.53		.40	.60	.53		.40	.68			
<i>Suspiciacia</i>	.41	.46			.43				.74				.62				.72	.49			.59	.63	.52	.43	.59	.63	.52	.43	.41			
<i>Autolisis</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.51				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Búsq. Estim.</i>		.67			.77				.41	.61			.71				.70				.73				.73				.74			
<i>Insensibilidad</i>		.74			.77				.48	.73			.72				.81				.78	.41			.78	.41			.78			
<i>Rechazo</i>		.82			.74			.44	.71				.71	.55			.76				.81				.81				.74			
<i>Prob. Conduc.</i>		.76			.78				.46	.66			.76				.75				.72				.72				.84			
<i>Narcisismo</i>		.60			.53				.55	.44			.43	.55	.40	.56	.58				.69	.67			.69	.67			.50	.44		
<i>Prob. Intim.</i>			.86			.85				.78				.84				.84				.90				.90				.84		
<i>Exp. Restrिंग.</i>			.74			.70			.50	-.59				.53	.41	.60	.67					.61	.73			.61	.73			.77		
<i>Compulsividad</i>				.88				.91								.88				.90												.93

Nota. Únicamente se señalan las saturaciones < .40 (La autolisis se excluye en la mayoría de los estudios)



## ANEXO 6

### IPDE

(Loranger, 1995. Versión española de López-Ibor et al., 1996)

---

#### INSTRUCCIONES:

- 1 El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.
- 2 Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
- 3 Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

	Verdadero	Falso
1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2. Confío en la gente que conozco	V	F
3. No soy minucioso con los detalles	V	F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V	F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V	F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	V	F
8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas	V	F
9. Mucha gente que conozco me envidia	V	F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
11. Nunca me han detenido	V	F
12. La gente cree que soy frío y distante	V	F
13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí	V	F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V	F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V	F
19. Me resulta muy difícil tirar las cosas	V	F

	Verdadero	Falso
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero	V	F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24. A menudo la gente se ríe de mí a mis espaldas	V	F
25. Nunca he amenazado con suicidarme ni me he autolesionado a propósito	V	F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V	F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V	F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V	F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35. No me gusta ser el centro de atención	V	F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo	V	F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V	F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40. A menudo me siento vacío por dentro	V	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
43. Tengo ataques de ira o enfado	V	F
44. Tengo fama de que me gusta "flirtear"	V	F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V	F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	V	F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas	V	F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V	F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	V	F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida	V	F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente	V	F
53. Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55. Sueño con ser famoso	V	F



	Verdadero	Falso
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V	F
59. Normalmente trato de que la gente haga cosas a mi manera	V	F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V	F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V	F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	V	F
63. Evito las actividades que no me resultan familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V	F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente qué estoy haciendo	V	F
65. Prefiero asociarme con gente de talento	V	F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o reputación	V	F
67. No suelo mostrar emoción	V	F
68. Hago cosas para que la gente me admire	V	F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	V	F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V	F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales	V	F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años	V	F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	V	F
74. Me resulta difícil no meterme en líos	V	F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V	F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho	V	F
77. Tengo amigos íntimos	V	F

Por favor, comprueba que has contestado a todas las preguntas

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**



**ANEXO 7**

**ENTREVISTA CLÍNICA  
ESTRUCTURADA  
PARA LOS TRASTORNOS  
DE LA PERSONALIDAD  
DEL EJE II DEL DSM-IV**

**SCID-II**

Michael B. First  
Miriam Gibbon  
Robert L. Spitzer  
Janet B. W. Williams  
Lorna Smith Benjamin

**M MASSON**

Material amb copyright



**ANEXO 8**

**ENTREVISTA CLÍNICA  
ESTRUCTURADA  
PARA LOS TRASTORNOS  
DEL EJE I DEL DSM-IV®**

**Versión clínica**

**SCID-I**

**Cuaderno de puntuaciones**

Michael B. First  
Robert L. Spitzer  
Miriam Gibbon  
Janet B. W. Williams

**M MASSON**

Material protegido por derechos de autor



## ANEXO 9

### BDI-II

(Beck et al., 1996. Versión española de Sanz et al., 2003)

#### INSTRUCCIONES

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Marque con una X el número que se encuentre escrito debajo de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

1.	Tristeza	No me siento triste habitualmente	Me siento triste gran parte del tiempo	Me siento triste continuamente	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
		0	1	2	3
2.	Pesimismo	No estoy desanimado/a sobre mi futuro	Me siento más desanimado/a sobre mi futuro que antes	No espero que las cosas mejoren	Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.
		0	1	2	3
3.	Sentimientos de fracaso	No me siento fracasado/a	He fracasado más de lo que debería	Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso	Me siento una persona totalmente fracasada
		0	1	2	3
4.	Pérdida de placer	Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes	No disfruto de las cosas tanto como antes	Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba	No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba
		0	1	2	3
5.	Sentimientos de culpa	No me siento especialmente culpable	Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable constantemente
		0	1	2	3
6.	Sentimientos de castigo	No siento que esté siendo castigado/a	Siento que puedo ser castigado/a	Espero ser castigado/a	Siento que estoy siendo castigado/a
		0	1	2	3
7.	Insatisfacción con uno mismo	Siento lo mismo que antes sobre mí mismo/a	He perdido confianza en mí mismo/a	Estoy decepcionado conmigo mismo/a	No me gusto
		0	1	2	3

8.	Auto-críticas	No me critico o me culpo más que antes	Soy más crítico conmigo mismo/a de lo que solía ser	Critico todos mis defectos	Me culpo por todo lo malo que sucede
		0	1	2	3
9.	Pensamientos o deseos de suicidio	No tengo ningún pensamiento de suicidio	Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviese la oportunidad
		0	1	2	3
10.	Llanto	No lloro más de lo que solía hacerlo	Lloro más de lo que solía hacerlo	Lloro por cualquier cosa	Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo
		0	1	2	3
11.	Agitación	No estoy más inquieto/a o agitado/a que de costumbre	Me siento más inquieto/a o agitado/a que de costumbre	Estoy tan inquieto/a o agitado/a que me cuesta estar quieto	Estoy tan inquieto/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo
		0	1	2	3
12.	Pérdida de interés	No he perdido el interés por otras personas o actividades	Estoy menos interesado/a que antes por otras personas o actividades	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas	Me resulta difícil interesarme por algo
		0	1	2	3
13.	Indecisión	Tomo decisiones más o menos como siempre	Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre	Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre	Tengo problemas para tomar cualquier decisión
		0	1	2	3
14.	Inutilidad	No me siento inútil	No me considero tan valioso y útil como solía ser	Me siento inútil en comparación con otras personas	Me siento completamente inútil
		0	1	2	3
15.	Pérdida de energía	Tengo tanta energía como siempre	Tengo menos energía de la que solía tener	No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas	No tengo suficiente energía para hacer nada
		0	1	2	3



16.	Cambios en el patrón de sueño	No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño	Duermo algo más de lo habitual	Duermo algo menos de lo habitual	Duermo mucho más de lo habitual	Duermo mucho menos de lo habitual	Duermo la mayor parte del día	Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
		0	1a	1b	2a	2b	3a	3b
17.	Irritabilidad	No estoy más irritable de lo habitual	Estoy más irritable de lo habitual		Estoy mucho más irritable de lo habitual		Estoy irritable continuamente	
		0	1		2		3	
18.	Cambios en el apetito	No he experimentado ningún cambio en mi apetito	Mi apetito es algo menor de lo habitual	Mi apetito es algo mayor de lo habitual	Mi apetito es mucho menor que antes	Mi apetito es mucho mayor de lo habitual	He perdido completamente el apetito	Tengo ganas de comer continuamente
		0	1a	1b	2a	2b	3a	3b
19.	Dificultad de concentración	Puedo concentrarme tan bien como siempre	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente		Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo		No puedo concentrarme en nada	
		0	1		2		3	
20.	Cansancio o fatiga	No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre	Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre		Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas cosas que antes solía hacer		Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de cosas que antes solía hacer	
		0	1		2		3	
21.	Pérdida de interés en el sexo	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado/a por el sexo de lo que solía estar		Estoy mucho menos interesado/a por el sexo ahora		He perdido completamente el interés por el sexo	
		0	1		2		3	

Por favor, comprueba que has contestado a todas las preguntas

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**



## ANEXO 10

### PSWQ (Meyer et al., 1990)

#### INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una lista de 16 enunciados sobre formas de sentir que tiene la gente. Lea detenidamente cada uno de ellos y, aplicándolo a usted conteste rodeando con un círculo el número que mejor se ajuste a su forma de sentir habitual. Tenga en cuenta que existe un rango posible de respuesta que oscila entre 1 y 5, es decir:

1	2	3	4	5
<i>No es en absoluto típico de mí</i>	<i>Poco típico</i>	<i>Algo típico</i>	<i>Bastante típico en mí</i>	<i>Es muy típico de mí</i>

	No es en absoluto típico de mí	Poco típico	Algo típico	Bastante típico	Es muy típico de mí
1. Cuando no dispongo de tiempo suficiente para hacer todo lo que tengo que hacer, no me preocupo por ello.	1	2	3	4	5
2. Me agobian mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
3. No suelo preocuparme por las cosas.	1	2	3	4	5
4. Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado.	1	2	3	4	5
5. Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo.	1	2	3	4	5
6. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo.	1	2	3	4	5
7. Siempre estoy preocupado/a por algo.	1	2	3	4	5
8. Me resulta fácil eliminar mis pensamientos de preocupación.	1	2	3	4	5
9. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme sobre alguna cosa que debo hacer.	1	2	3	4	5
10. Nunca suelo estar preocupado/a.	1	2	3	4	5
11. Cuando no puedo hacer nada más sobre algún asunto, no vuelvo a preocuparme más de él.	1	2	3	4	5
12. Toda mi vida he sido una persona muy preocupada.	1	2	3	4	5
13. Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas.	1	2	3	4	5
14. Una vez que comienzan mis preocupaciones no puedo detenerlas.	1	2	3	4	5
15. Estoy preocupado excesivamente por las cosas.	1	2	3	4	5
16. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo realizado.	1	2	3	4	5



# ANEXO 11

## CUESTIONARIO DE MIEDOS

(Marks & Mathews, 1979)

### INSTRUCCIONES:

Escoja un número de la siguiente escala para que nos muestre con qué intensidad evita cada una de las situaciones que encontrará a continuación debido al miedo o a otras sensaciones desagradables:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
No lo evito		Lo evito poco		Decididamente lo evito		Lo evito de forma evidente		Siempre lo evito

1. Inyecciones o pequeñas intervenciones de cirugía.	
2. Comer o beber con otras personas.	
3. Hospitales.	
4. Viajar solo en autobús o en coche.	
5. Andar solo por calles repletas de gente.	
6. Ser mirado u observado fijamente.	
7. Entrar en tiendas llenas de gente.	
8. Hablar con personas con alguna autoridad sobre usted.	
9. La visión de la sangre.	
10. Ser criticado.	
11. Ir solo lejos de casa.	
12. El pensar en hacerse daño o enfermedades.	
13. Hablar o actuar ante una audiencia de personas.	
14. Amplios espacios descubiertos.	
15. Ir al dentista.	
16. Otras cosas como volar, las alturas, lugares cerrados o determinados tipos de animales o insectos.	
17. Otras situaciones:	

¿Cómo calificaría Ud. el estado presente de sus síntomas fóbicos o miedos?

**1 2 3 4 5 6 7 8**



## ANEXO 12

### OCI-R

(Foa et al., 2002. Versión española de Fullana et al., 2005)

#### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará varias afirmaciones que se refieren a experiencias que muchas personas tienen en su vida cotidiana. En la columna de MALESTAR señale el número que describe mejor CUANTO LE HA MOLESTADO O PERTURBADO esa experiencia DURANTE EL MES PASADO. Los números de esa columna corresponden a las siguientes etiquetas:

Nada	Casi nada	Algo	Bastante	Mucho
0	1	2	3	4

#### MALESTAR

	<i>Nada</i>	<i>Casi nada</i>	<i>Algo</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>
1. He guardado tantas cosas que estorban.	0	1	2	3	4
2. Compruebo las cosas más veces de las necesarias.	0	1	2	3	4
3. Me inquieta que los objetos no estén colocados correctamente.	0	1	2	3	4
4. Me siento obligado a contar mientras hago cosas.	0	1	2	3	4
5. Encuentro muy difícil tocar un objeto cuando sé que ha sido tocado por extraños o determinadas personas.	0	1	2	3	4
6. Me resulta difícil controlar mis propios pensamientos.	0	1	2	3	4
7. Acumulo cosas que no necesito.	0	1	2	3	4
8. Compruebo puertas, ventanas, cajones, etc. reiteradamente.	0	1	2	3	4
9. Me siento muy alterado si los demás cambian la forma en la que he colocado las cosas.	0	1	2	3	4
10. Siento que tengo que repetir ciertos números.	0	1	2	3	4
11. A veces tengo que lavarme o limpiarme simplemente porque me siento contaminado.	0	1	2	3	4
12. Pensamientos desagradables acuden a mi mente contra mi voluntad y no me puedo librar de ellos.	0	1	2	3	4
13. Evito tirar cosas porque tengo miedo de que pueda necesitarlas más tarde.	0	1	2	3	4
14. Compruebo reiteradamente las llaves del gas, los grifos y los interruptores de la luz después de haberlos cerrado o apagado.	0	1	2	3	4
15. Necesito que las cosas estén colocadas en cierto orden.	0	1	2	3	4
16. Creo que hay números buenos y malos.	0	1	2	3	4
17. Me lavo las manos con más frecuencia o durante más tiempo de lo necesario.	0	1	2	3	4
18. Tengo pensamientos asquerosos u horribles y me cuesta libramme de ellos.	0	1	2	3	4





## ANEXO 13

### FORMULARIO DE SALUD GENERAL

---

A continuación vamos a realizarle unas preguntas a cerca de cómo ha sido su estado de salud en los últimos años.

**1. Ha tenido alguna vez muchos problemas de dolores corporales como:**

Dolor de cabeza	SI	NO
Dolor abdominal o de estomago	SI	NO
Dolor de espalda	SI	NO
Dolor en articulaciones	SI	NO
Dolor en sus brazos o piernas	SI	NO
Dolor en el pecho	SI	NO
Dolor en genitales o recto	SI	NO
Relaciones sexuales dolorosas	SI	NO
Dolor al orinar	SI	NO
Menstruaciones dolorosas (solo para mujeres)	SI	NO

Algún otro tipo de dolor: \_\_\_\_\_

**2. En los últimos años, ¿cuántas veces ha tenido que ir al médico por alguno de estos dolores? \_\_\_\_\_**

**3. ¿Le dieron siempre alguna explicación médica a esos dolores? SI NO**

**4. ¿Se preocupa mucho por su salud física y tiene miedo a padecer una enfermedad grave a pesar de que el médico le diga que no le pasa nada?**

SI NO

**5. ¿Está preocupado por algún defecto físico? SI NO**

**6. ¿Tiene miedo a ganar peso? SI NO**



## ANEXO 14

### Resultados del MANCOVA<sup>1</sup> de las facetas de la dimensión Neuroticismo del instrumento NEO-PI-R.

	G1 (n = 158)		G2 (n = 228)		G3 (n = 102)		G4 (n = 102)		F (3,585)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Ansiedad	42.55	8.85	46.15	9.14	56.14	9.95	59.60	10.58	92.89	.000	.323	G1<G2,G3,G4; G2<G3,G4; G3=G4
Hostilidad	45.01	9.10	49.48	9.49	51.06	9.64	59.81	11.77	49.39	.000	.202	G1<G2,G3,G4; G2=G3;G2<G4; G3<G4
Depresión	41.44	9.91	45.61	10.19	56.47	10.67	61.81	10.60	109.37	.000	.359	G1<G2<G3<G4
Ansiedad social	45.14	8.74	50.28	9.44	53.98	10.65	57.90	12.69	36.68	.000	.158	G1<G2<G3<G4
Impulsividad	47.24	8.19	49.90	8.31	51.25	9.91	55.41	9.88	18.19	.000	.085	G1<G2,G3,G4; G2=G3; G2<G4; G3<G4
Vulnerabilidad	43.81	9.89	48.86	9.34	57.37	11.10	64.45	12.38	100.23	.000	.340	G1<G2<G3<G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje 1 ni de eje 2; G2 = control con sospecha de eje 1 y/o eje 2; G3 = clínicos con diagnóstico de eje 1; G3 = clínicos con sospecha de eje 1 y eje 2. (1) La covariable utilizada fue nivel de estudios. (2) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

### Resultados del MANCOVA<sup>1</sup> de las facetas de la dimensión Extraversión del instrumento NEO-PI-R.

	G1 (n = 158)		G2 (n = 224)		G3 (n = 99)		G4 (n = 100)		F (3, 576)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Cordialidad	53.92	7.97	49.41	10.18	48.54	9.70	44.89	12.30	17.43	.000	.083	G1>G2,G3,G4; G2=G3;G2>G4; G3>G4
Gregarismo	53.10	7.07	49.48	8.55	48.17	10.11	44.81	11.26	17.95	.000	.086	G1>G2,G3,G4; G2=G3;G2>G4; G3>G4
Asertividad	54.52	10.03	52.95	9.76	48.72	11.26	48.03	11.70	12.33	.000	.060	G1=G2; G1>G3,G4; G2>G3,G4; G3=G4
Actividad	53.32	8.67	50.11	8.96	48.29	8.88	48.09	11.53	8.56	.000	.043	G1>G2,G3,G4; G2=G3,G4; G3=G4
Búsqueda emoc.	47.33	9.05	45.78	9.34	44.28	10.19	46.52	9.61	2.07	.103	.011	
Emociones positivas	54.75	9.45	51.96	10.94	44.95	12.85	41.73	12.33	38.53	.000	.167	G1=G2; G1>G3,G4; G2>G3,G4; G3=G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje 1 ni de eje 2; G2 = control con sospecha de eje 1 y/o eje 2; G3 = clínicos con diagnóstico de eje 1; G3 = clínicos con sospecha de eje 1 y eje 2. (1) La covariable utilizada fue nivel de estudios. (2) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

**Resultados del MANCOVA<sup>1</sup> de las facetas de la dimensión Apertura del instrumento NEO-PI-R.**

	G1 (n = 159)		G2 (n = 228)		G3 (n= 101)		G4 (n= 101)		F (3,584)	p	η <sup>2</sup>	Contrastes post hoc <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Fantasía	50.23	7.71	48.91	7.57	49.25	8.74	51.77	10.13	2.28	.079	.012	
Estética	50.09	8.42	48.24	9.07	46.86	10.66	49.41	10.99	2.06	.104	.010	
Sentimientos	48.56	9.02	46.38	10.48	45.12	10.57	48.59	12.27	2.24	.083	.011	
Acciones	54.87	8.95	52.52	8.32	48.43	8.54	47.87	9.65	18.62	.000	.087	G1=G2; G1>G3,G4; G2<G3,G4; G3=G4
Ideas	52.74	9.48	50.00	8.88	47.83	11.44	49.50	11.51	4.79	.003	.024	G1=G2,G4; G1>G3; G2=G3,G4; G3=G4
Valores	53.52	8.07	51.35	10.80	51.41	7.69	47.94	9.18	7.58	.000	.037	G1=G2,G3; G1>G4; G2=G3;G2>G4; G3>G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje 1 ni de eje 2; G2 = control con sospecha de eje 1 y/o eje 2; G3 = clínicos con diagnóstico de eje 1; G3 = clínicos con sospecha de eje 1 y eje 2. (1) La covariable utilizada fue nivel de estudios. (2) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

**Resultados del MANCOVA<sup>1</sup> de las facetas de la dimensión Amabilidad del instrumento NEO-PI-R.**

	G1 (n = 155)		G2 (n = 224)		G3 (n = 102)		G4 (n = 99)		F (3,575)	p	η <sup>2</sup>	Contrastes post hoc <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Confianza	53.51	9.52	49.99	9.64	48.63	10.08	42.57	12.51	24.51	.000	.113	G1=G2;G1>G3,G4; G2=G3; G2>G4; G3>G4
Franqueza	53.59	8.82	52.45	9.54	54.93	8.10	51.71	11.43	2.45	.063	.013	
Altruismo	52.48	10.02	48.19	13.01	51.47	9.47	47.63	11.88	5.38	.001	.027	G1>G2,G4;G1=G3; G2=G3,G4; G3=G4
Actitud conciliadora	54.46	8.66	51.81	8.86	54.70	10.29	49.45	10.49	7.79	.000	.039	G1=G2,G3; G1>G4; G2=G3,G4;G3>G4
Modestia	50.46	8.29	49.55	9.09	52.36	8.92	50.01	10.39	2.64	.048	.014	G1=G2,G3,G4; G2=G3; G2>G4; G3=G4
Sensibilidad a los demás	47.47	9.05	44.16	12.75	47.27	10.64	45.44	11.47	2.44	.064	.013	

Nota. G1 = control sin sospecha de eje 1 ni de eje 2; G2 = control con sospecha de eje 1 y/o eje 2; G3 = clínicos con diagnóstico de eje 1; G3 = clínicos con sospecha de eje 1 y eje 2. (1) La covariable utilizada fue nivel de estudios. (2) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

**Resultados del MANCOVA<sup>1</sup> de las facetas de la dimensión Responsabilidad del instrumento NEO-PI-R.**

	G1 (n = 159)		G2 (n = 221)		G3 (n = 103)		G4 (n = 101)		F (3,579)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Competencia	52.57	9.17	48.82	9.03	46.95	10.47	44.10	12.25	16.46	.000	.079	G1=G2; G1>G3,G4; G2=G3;G2>G4; G3>G4
Orden	51.07	7.72	49.69	9.10	48.86	9.61	50.33	11.09	1.14	.331	.006	
Sentido del deber	53.03	9.39	49.19	10.55	50.98	9.12	48.76	11.18	4.74	.003	.024	G1>G2,G4; G1=G3; G2=G3,G4; G3=G4
Necesidad de logro	48.58	8.83	49.17	9.89	45.74	10.87	44.62	12.70	6.73	.000	.034	G1=G2,G3; G1>G4; G2>G3,G4; G3=G4
Autodisciplina	54.09	8.82	51.80	8.75	48.33	9.94	44.49	12.17	23.71	.000	.109	G1=G2; G1>G3,G4; G2>G3,G4; G3=G4
Deliberación	51.53	7.77	49.39	8.11	48.62	8.64	44.77	11.86	12.15	.000	.059	G1=G2,G3; G1>G4;G2=G3; G2>G4;G3>G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje 1 ni de eje 2; G2 = control con sospecha de eje 1 y/o eje 2; G3 = clínicos con diagnóstico de eje 1; G3 = clínicos con sospecha de eje 1 y eje 2. (¹) La covariable utilizada fue nivel de estudios. (²) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

**Resultados del MANCOVA<sup>1</sup> de las dimensiones del instrumento NEO-PI-R.**

	G1 (n = 142)		G2 (n = 192)		G3 (n = 94)		G4 (n = 93)		F (3, 516)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Neuroticismo	42.85	8.30	48.14	7.72	55.83	9.38	62.49	9.80	116.57	.000	.404	G1<G2<G3<G4
Extraversión	53.99	7.81	49.51	8.73	45.40	10.11	43.12	11.31	31.23	.000	.154	G1>G2,G3,G4; G2>G3,G4; G3=G4
Apertura	50.10	7.64	46.55	7.97	44.89	8.75	46.46	9.34	7.29	.000	.041	G1>G2,G3,G4; G2=G3,G4; G3=G4
Amabilidad	53.61	8.71	49.05	11.07	52.53	9.32	46.97	11.34	9.95	.000	.055	G1>G2,G4; G1=G3; G2=G3,G4; G3>G4
Responsabilidad	52.86	8.65	49.54	9.07	47.59	9.47	44.62	12.15	14.75	.000	.079	G1=G2; G1>G3,G4; G2=G3; G2>G4; G3=G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje 1 ni de eje 2; G2 = control con sospecha de eje 1 y/o eje 2; G3 = clínicos con diagnóstico de eje 1; G3 = clínicos con sospecha de eje 1 y eje 2. (¹) La covariable utilizada fue nivel de estudios. (²) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

**Resultados del MANCOVA<sup>1</sup> de las facetas de la dimensión Desregulación emocional del instrumento DAPP-BQ.**

	G1 (n = 154)		G2 (n = 205)		G3 (n = 90)		G4 (n = 89)		F (3,533)	p	η <sup>2</sup>	Contrastes post hoc <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Labilidad afectiva	17.78	10.46	23.82	10.99	32.77	11.78	43.57	9.46	122.89	.000	.409	G1<G2<G3<G4
Ansiedad	18.00	11.19	24.01	11.96	36.74	12.66	45.12	11.47	123.67	.000	.410	G1<G2<G3<G4
Sumisión	15.76	8.58	20.96	9.61	25.85	11.36	30.07	11.71	44.04	.000	.199	G1<G2<G3<G4
Apego inseguro	21.06	11.15	27.51	12.42	33.44	13.61	39.80	15.87	44.73	.000	.201	G1<G2<G3<G4
Evitación social	14.93	9.30	21.72	10.67	27.76	11.21	34.31	12.64	68.55	.000	.279	G1<G2<G3<G4
Problemas de identidad	14.02	9.45	18.96	11.02	32.17	12.89	38.07	13.33	116.29	.000	.396	G1<G2<G3<G4
Distorsión cognitiva	10.23	9.00	15.95	9.92	23.67	11.98	31.87	13.60	89.95	.000	.336	G1<G2<G3<G4
Narcisismo	16.88	10.02	22.09	11.42	24.10	11.88	28.92	12.47	23.99	.000	.119	G1<G2,G3,G4; G2=G3; G2<G4 G3<G4
Susplicacia	11.14	8.54	16.56	9.16	20.22	10.40	27.53	11.31	58.71	.000	.248	G1<G2<G3<G4
Oposicionismo	16.58	9.84	21.64	9.69	26.72	10.73	32.37	11.65	50.07	.000	.230	G1<G2<G3<G4
Autolisis	1.44	4.60	3.89	7.17	7.41	10.03	15.75	15.63	52.95	.000	.230	G1=G2; G1<G3,G4 G2<G3,G4; G3<G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje 1 ni de eje 2; G2 = control con sospecha de eje 1 y/o eje 2; G3 = clínicos con diagnóstico de eje 1; G3 = clínicos con sospecha de eje 1 y eje 2. (1) La covariable utilizada fue nivel de estudios. (2) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

**Resultados del MANCOVA<sup>1</sup> de las facetas de la dimensión Conducta disocial del instrumento DAPP-BQ.**

	G1 (n= 163)		G2 (n=221)		G3 (n= 96)		G4 (n= 95)		F (3,570)	p	η <sup>2</sup>	Contrastes post hoc <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Problemas conducta	6.04	7.86	9.69	9.59	8.58	8.62	14.34	11.55	15.95	.000	.077	G1<G2<G4; G1= G3;G2=G3; G2<G4; G3<G4
Rechazo	19.01	9.72	22.79	9.52	22.30	9.63	28.04	10.13	17.99	.000	.086	G1<G2, G3, G4; G2=G3; G2<G4; G3<G4
Insensibilidad	11.23	7.48	15.25	9.54	14.89	8.72	19.78	9.79	18.51	.000	.089	G1<G2,G3,G4; G2=G3; G2<G4; G3<G4
Búsqueda estímulos	18.75	9.27	21.22	9.34	18.54	8.59	25.00	11.70	10.84	.000	.054	G1=G2,G3; G1<G4;G2=G3; G2<G4;G3<G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje 1 ni de eje 2; G2 = control con sospecha de eje 1 y/o eje 2; G3 = clínicos con diagnóstico de eje 1; G3 = clínicos con sospecha de eje 1 y eje 2. (1) La covariable utilizada fue nivel de estudios. (2) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

### Resultados del MANCOVA<sup>1</sup> de las facetas de la dimensión Inhibición del instrumento DAPP-BQ.

	G1 (n = 166)		G2 (n = 229)		G3 (n = 99)		G4 (n = 100)		F (3,589)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Problemas de intimidad	15.27	7.43	18.13	8.88	20.75	10.05	21.44	11.39	12.58	.000	.060	G1=G2; G1<G3,G4; G2<G3<G4; G3 = G4
Expresividad restringida	20.89	8.51	24.70	10.28	28.13	11.64	31.38	13.36	22.97	.000	.105	G1<G2,G3,G4; G2<G3,G4; G3 = G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje 1 ni de eje 2; G2 = control con sospecha de eje 1 y/o eje 2; G3 = clínicos con diagnóstico de eje 1; G3 = clínicos con sospecha de eje 1 y eje 2. (1) La covariable utilizada fue nivel de estudios. (2) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

### Resultados del ANCOVA<sup>1</sup> de la faceta de la dimensión Compulsividad del instrumento DAPP-BQ.

	G1 (n = 169)		G2 (n = 227)		G3 (n = 102)		G4 (n = 102)		F (3,595)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Compulsividad	33.39	9.77	36.13	10.50	37.28	10.87	41.08	12.39	11.28	.000	.054	G1<G2,G3,G4; G2=G3; G2<G4; G3=G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje 1 ni de eje 2; G2 = control con sospecha de eje 1 y/o eje 2; G3 = clínicos con diagnóstico de eje 1; G3 = clínicos con sospecha de eje 1 y eje 2. (1) La covariable utilizada fue nivel de estudios. (2) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.

### Resultados del MANCOVA<sup>1</sup> de las dimensiones del instrumento DAPP-BQ.

	G1 (n = 147)		G2 (n = 192)		G3 (n = 82)		G4 (n = 83)		F (3,499)	p	$\eta^2$	Contrastes post hoc <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Desregulación emocional	156.58	78.26	217.44	86.78	288.89	85.35	364.11	89.22	121.24	.000	.422	G1<G2<G3<G4
Conducta disocial	55.28	27.64	69.49	31.09	65.57	28.50	85.84	33.22	18.50	.000	.100	G1<G2,G4; G1=G3;G2=G3; G2<G4;G3<G4
Inhibición	35.58	13.27	43.16	16.35	48.34	18.98	52.83	23.35	20.11	.000	.108	G1<G2,G3,G4; G2=G3;G2<G4; G3=G4
Compulsividad	33.39	9.97	36.04	10.27	36.52	11.30	41.33	13.00	9.62	.000	.055	G1=G2,G3; G1<G4;G2=G3; G2<G4;G3=G4

Nota. G1 = control sin sospecha de eje 1 ni de eje 2; G2 = control con sospecha de eje 1 y/o eje 2; G3 = clínicos con diagnóstico de eje 1; G3 = clínicos con sospecha de eje 1 y eje 2. (1) La covariable utilizada fue nivel de estudios. (2) En los contrastes post hoc se utilizó la corrección de Bonferroni.





**ANEXO 15:** Cuadro resumen de las variables predictoras del NEO-PI-R sobre los TP que surgen en el tercer modelo del análisis de regresión jerárquica realizado para el 2º objetivo de la investigación.

MCF (NEO-PI-R)	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (DSM)																			
	PAR		ESQZD		ESQZT		ANTI		LIM		NAR		HIST		EVI		DEP		OBS	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>NEUROTICISMO</b>																				
Ansiedad	3	A	.27			A	.27	B		A	.38				A	.41	A	.39		A
	4					A		B		A					A		A			A
Hostilidad	3	A	.41	B			.29	A	.27	A	.48	A	.23	A		.29	B			A
	4							A		A										
Depresión	3		.35		.28		.39			A	.50	B				.53				.41
	4									A										
Ansiedad Social	3		.29	B	.23	A	.32	B		A	.35	A		A	A	.56	A			.42
	4					A		B		A		B		B	A		A			
Impulsividad	3							A	.27	A	.34				A					B
	4							A		A					B					B
Vulnerabilidad	3		.22			A	.25	B		A	.39	A/B		A		A	.40	A		.43
	4							B		A					A		A			
<b>EXTRAVERSIÓN</b>																				
Cordialidad	3			B		B				A			A	.26			A			B
	4	B	-.28	B	-.42	B	-.28					B								
Gregarismo	3			B		B				A			A	.35	B		A			
	4	B	-.20	B	-.48	B	-.25	A							B					
Asertividad	3									A		A			B		B			A
	4			B				A				A			B		B			B
Actividad	3			B									A	.25	B					A
	4			B				A							B					B
Búsqueda de emociones	3							A	.25					A	.27	B				B
	4			B				A						A		B				B
Emociones positivas	3	B		B		B					A/B		A	.23	B					B
	4		-.27	B		B	-.26								B					B
<b>APERTURA</b>																				
Fantasía	3					A				A		A		A						B
	4																			
Estética	3					A														B
	4																			
Sentimientos	3			B		B				A			A							B
	4			B						A		B								B
Acciones	3					A									B					B
	4	B		B				A		A		A			B		-.20			B
Ideas	3	B				A								B						B
	4							A												B
Valores	3	B				A														B
	4																			B
<b>AMABILIDAD</b>																				
Confianza	3	B				B		B	-.22	B	-.29		B							
	4	B	-.45			B	-.31	B		B				A						
Franqueza	3	B						B	-.37	B				B						A
	4	B	-.24					B												
Altruismo	3							B	-.24				B	-.20	B					B
	4	B	-.21					B												
Actitud conciliadora	3	B						B	-.32	B	-.27		B	-.26						B
	4	B	-.27					B		B		B								
Modestia	3							B				B	-.37							
	4							B				B								
Sensibilidad a los demás	3	B						B				B			A					
	4	B						B				B								A
<b>RESPONSABILIDAD</b>																				
Competencia	3								-.21	B	-.29	A			B					
	4									B										
Orden	3							B												
	4					B														
Sentido del deber	3							B	-.29		-.22									
	4							B												
Necesidad de logro	3							B		B		A								
	4																			
Autodisciplina	3							B	-.25		-.29			B						
	4							B						B						
Deliberación	3							B	-.38	B	-.27			B						
	4							B		B				B						
<b>OTRAS VARIABLES</b>																				
Género																				
Edad																				
Nivel estudios																				

Nota: MCF: Modelo de los Cinco Factores. PAR: TP Paranoide, ESQZD: TP Esquizoide, ESQZT: TP Esquizotípico, ANTI: TP Antisocial, LIM: TP Límite, NAR: TP Narcisista, HIS: TP Histriónico, EVI: TP por evitación, DEP: TP por dependencia, OBS: TP Obsesivo-compulsivo.  
 1. Hipótesis teóricas sobre la relación entre facetas y TP (Lynam & Widiger, 2001; Samuel & Widiger, 2004, 2006; Trull & Widiger, 1997). 2. Resultados empíricos obtenidos a través de análisis de regresión jerárquica (Meta-Análisis Samuel & Widiger, 2008a). Se señalan las correlaciones con  $p < .05$ . 3. Hipótesis teóricas planteadas por Trull & Widiger, 1997 y Widiger et al., 2002. 4. Hipótesis teóricas según consenso de expertos y clínicos (Lynam & Widiger, 2001; Samuel & Widiger, 2004, 2006). En morado se señalan las facetas que en nuestra investigación alcanzan nivel de significación en sentido positivo en verde las facetas que alcanzan nivel de significación en sentido negativo, en naranja las facetas que alcanzan nivel de significación pero que presentan el sentido opuesto a las hipótesis planteadas.







### **ESTE TRABAJO HA SIDO POSIBLE GRACIAS A:**

La financiación de los proyectos GV 05/128 de la Generalitat Valenciana y el proyecto P1-1B2008-45 de la Fundación Caixa Castelló Bancaixa.

Y la colaboración de los pacientes y profesionales de las Unidades de Salud Mental 2.1 y 2.2, adscritas al Departamento de Salud de “Castellón”, y la 2.4 (Burriana) y 2.5 (Vila-real), pertenecientes al Departamento de Salud “La Plana”; las Escuelas de Adultos “Germà Colom” y “Pascual i Tirado” de Castellón; así como a todas aquellas personas que desinteresadamente han participado como muestra de población general.