



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

Tesis Doctoral

Universitat Autònoma de Barcelona
Facultat de Medicina
Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

Reorganización Estructural de los Trastornos de la Personalidad y Medición de su Significación Clínica

Autora: Ana Muñoz Champel
Directores: Fernando Gutiérrez Ponce de León
Rafael Torrubia Beltri

Doctorado en Psiquiatría
Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Bellaterra, 2018

Dr. Fernando Gutiérrez Ponce de León y Dr. Rafael Torrubia Beltri certifican que han supervisado y guiado la tesis doctoral titulada “REORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y MEDICIÓN DE SU SIGNIFICACIÓN CLÍNICA”, presentada por Ana Muñoz Champel. Asimismo, por la presente afirman que esta tesis doctoral cumple con todos los requisitos para ser defendida ante el tribunal.

Fernando Gutiérrez Ponce de León

Unidad de Trastornos de la Personalidad, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona e Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (IDIBAPS), Barcelona.

Rafael Torrubia Beltri

Unitat de Psicologia Mèdica, Departament de Psiquiatria i Medicina Legal e Institut de Neurociències, Universitat Autònoma de Barcelona.

A mis chicos, Javier, Eric y Guillem

Agradecimientos

He pensado muchísimas veces en el momento en el que escribiría estas palabras. A pesar de aparecer al inicio del texto, son las últimas que escribo de este trabajo. Esta sensación extraña viene a simbolizar el largo trayecto que emprendí, allá por el 2012, de crear un nuevo conocimiento, original, “hacer ciencia”. Por supuesto que ni soy la primera ni seré la última que lo haga, pero para mí ha sido todo un reto. Curiosamente coincide con algo que la humanidad repite una y otra vez y que no por ello deja de ser una tarea vertiginosa. Empecé la tesis poco antes de quedar embarazada de mi primer hijo y la acabo a punto de dar a luz al segundo.

Este trayecto no ha sido nada fácil. Me han sucedido muchas cosas por el camino, la tesis nunca fue mi trabajo “oficial” y la vida se me ha puesto intensa estos últimos años... Por suerte para mí, Fernando Gutiérrez ha estado siempre ahí y no utilizo este adverbio a la ligera. No sólo quiero destacar su disponibilidad y rigor sino su capacidad de hacer que todo parezca fácil y su buen humor. Tengo claro que no todo el mundo tiene la fortuna de encontrarse con un director, que a pesar de las múltiples revisiones y los “casi está la cosa” (¿o tal vez gracias a eso?), le permita llegar satisfecho al final de un trabajo tan laborioso. Así pues, ¡mi mayor agradecimiento es para ti Fernando!

Al Dr. Torrubia quiero agradecerle su disponibilidad y predisposición a colaborar y aclarar cualquier cuestión que estuviera en su mano.

A mi hermano Daniel le doy las gracias por su apoyo técnico y a Sara Quintana por saber vestir de una forma tan elegante el fruto de muchas horas de trabajo.

A mi familia por su apoyo y en especial a mis padres, que siempre están ahí cuando los necesito, ¡incluso antes de que yo lo sepa!

Y por último a mi marido, por su interés y apoyo incondicional y porque sé cuánto valora todo este esfuerzo.

Gracias, sin vosotros no lo hubiera conseguido.

24 de junio de 2018

Índice

Listado de los principales acrónimos	p. 09
---	--------------

1

Introducción	p. 11
---------------------	--------------

1. Relevancia de la patología de la personalidad	13
1.1. Prevalencia	13
1.2. Problemas asociados	14
1.3. Hipótesis etiológicas	14
1.4. Pronóstico	15
2. Estructura de la patología de la personalidad: Modelos categoriales	17
2.1. Modelos categoriales	17
2.2. Críticas a los modelos categoriales	19
2.3. Estructura empírica del modelo DSM	20
2.3.1. Estructura factorial al nivel de las categorías	20
2.3.2. Estructura factorial al nivel de los criterios: análisis parciales	21
2.3.3. Estructura factorial al nivel de los criterios: análisis exhaustivos	22
3. Estructura de la patología de la personalidad: Modelos dimensionales	25
3.1. El concepto de rasgo	25
3.2. Modelos dimensionales de personalidad normal	26
3.3. Modelos dimensionales de personalidad patológica	28
3.3.1. Emergencia de los modelos de patología dimensional	28
3.3.2. Modelo dimensional del DSM-5	29
3.3.3. Modelo dimensional de la CIE-11	31
3.3.4. Integración de modelos	32
4. Evaluación de la personalidad: cuestionarios y entrevistas	35
4.1. Métodos de evaluación	35
4.2. Ventajas y desventajas de los autoinformes	36
4.3. Ventajas y desventajas de las entrevistas	37
4.4. Concordancia entre autoinformes y entrevistas clínicas	37
5. El concepto de trastorno	39
5.1. Diagnóstico basado en el funcionamiento de la personalidad	39
5.2. Diagnóstico basado en las consecuencias de la personalidad	41
6. Justificación del presente trabajo	45

2

Objetivos e hipótesis

p. 47

3

Resumen del método

p. 51

4

Resultados: artículos originales

p. 55

1. Los Trastornos de la Personalidad no son como pensábamos: estructura factorial jerárquica a nivel de criterio (*Journal of Personality Assessment*, 2017)

57

2. Los criterios generales para la evaluación de los Trastornos de Personalidad mediante entrevista: ¿todavía juegan algún papel? (*Journal of Personality Disorders*, 2018)

71

5

Resumen de los resultados

p. 97

6

Discusión general

p. 101

6.1. Los TP del DSM no existen tal como los conocemos

103

6.2. Las dimensiones de personalidad son universales

105

6.3. La definición de TP debe ser reconsiderada

109

7

Limitaciones y conclusiones

p. 113

Referencias: introducción y discusión general

p. 117

Listado de los principales acrónimos

CIE Clasificación Internacional de Enfermedades /
ICD International Classification of Diseases

WHO World Health Organization

DAPP-BQ Dimensional Assessment Personality
Pathology - Basic Questionnaire

ZKPQ Zuckerman Kuhlman Personality Questionnaire

DIPSI Dimensional Personality Symptom Item Pool

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders

EPQ Eysenck Personality Questionnaire

FFM Five Factor Model

HEXACO Honesty-Humility, Emotionality,
Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness and
Openness to Experience

NEO-PI-R Neuroticism-Extraversion-Openness,
Personality Inventory, Revised

PDQ-4+ Personality Disorders Questionnaire

PID-5 Personality Inventory for DSM-5

PSY-5 Personality Psychopathology Five

SNAP Schedule for Nonadaptive and Adaptive
Personality

TCI-R Temperament and Character Inventory-Revised

TP Trastorno de la Personalidad

1.

Introducción

Relevancia de la patología de la personalidad

1.

Un trastorno de la personalidad (TP) es una entidad diagnóstica definida por un patrón estable de comportamiento, emocionalidad y cognición que difiere de las expectativas de la cultura del sujeto, que se remonta a los inicios de la vida adulta y que interfiere significativamente en el bienestar de la persona y de aquellos que la rodean (APA, 2013; Soler y Pascual, 2017).

El concepto de Trastorno de la Personalidad es tan antiguo como el de personalidad, estando ya presente en la época clásica (temperamentos hipocráticos). Las concepciones modernas se remontan a la definición de “manía sin delirio” de Philippe Pinel, a finales del siglo XVIII. Pinel postuló que la alteración mental podía ocurrir incluso aunque la razón estuviera intacta y sin pérdida de contacto con la realidad. Años más tarde, en la primera mitad del siglo XIX, James Cowles Prichard amplió y refinó el concepto de TP. Observó que ciertas disfunciones de “sentimientos, temperamentos o hábitos” subyacían a algunas formas de locura, y que esas disfunciones parecían exageraciones de conductas normales. Prichard también clarificó las diferencias entre los elementos psicopatológicos relacionados con estados transitorios y los relacionados con características más estables en el tiempo. Establecía así las bases para que los TPs fueran considerados como diagnósticos independientes del resto de enfermedades mentales. Sin embargo fue Kurt Schneider, con la publicación en 1923 de su libro *Psicopatología Clínica*, quien sentó las bases de lo que él denominó personalidades psicopáticas y hoy entendemos por TP. Schneider señaló la interrelación entre factores constitucionales y factores ambientales en la formación de la personalidad, sea esta normal o patológica (Berrios, 2008) y definió los TPs como aquellas personalidades que sufren por su anormalidad o hacen sufrir, bajo ella,

a la sociedad. La naturaleza relacional de este trastorno supone una interactividad con el ambiente, por tanto la presencia o no de trastorno no depende únicamente de los síntomas individuales o de la fenomenología de la “enfermedad” (Tyrer, Redd y Crawford, 2015). Estas personalidades no son precursoras de enfermedad mental, sino entidades caracteriales independientes que se desvían de la norma. Schneider describió once tipos de TP: lábiles, hipertímicos, inseguros de sí mismos, necesitados de estimación, fanáticos, asténicos, depresivos, lábiles de humor, explosivos, desalmados y abúlicos. Esta clasificación constituye la primera taxonomía de TP difundida ampliamente en la psiquiatría y constituye la base de las clasificaciones modernas DSM y CIE (Cooke y Hart, 2004; Crocq, 2013).

1.1. Prevalencia

La epidemiología ha prestado menos atención al estudio de los TPs que a otras afecciones, resultando en una escasez de estudios con resultados muy dispares. Esto puede deberse en parte a la utilización de diferentes instrumentos de evaluación y métodos de muestreo. Los datos disponibles permiten estimar una prevalencia de TP de entre el 4 y el 15% para la población general, siendo el perfil de riesgo el de un individuo de género masculino, de bajo estatus socioeconómico, residente en áreas urbanas y soltero (Coid, Yang, Tyrer, Roberts y Ullrich, 2006; Gawda y Czubak, 2017; Lenzenweger y Clarkin, 2005; Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001; Tyrer y cols., 2015). En un estudio llevado a cabo en población norteamericana se observó que un 15% de la población presentaba al menos un diagnóstico de TP, siendo el más prevalente el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Grant y cols., 2004). Sin embargo, la prevalencia de TP

es notablemente mayor en el ámbito penitenciario, donde las dos terceras partes de la población reclusa presentan el diagnóstico. En el entorno clínico, aproximadamente un 25% de los pacientes de atención primaria y un 50% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios cumple criterios de TP (Zimmerman, Rothschild, y Chelminski, 2005). En este ámbito predominan las mujeres, consideradas tradicionalmente las más demandantes de ayuda (Tyrer y cols., 2015).

1.2. Problemas asociados

Los niveles de comorbilidad y disfuncionalidad son muy elevados en este grupo de pacientes. Por ejemplo, los rasgos que integran el TP límite se asocian a un incremento de las escalas de depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, hostilidad y psicoticismo (Webber y cols., 2015). Este trastorno también se asocia a un elevado grado de discapacidad por motivos físicos o mentales (Grant y cols., 2008). Los trastornos del cluster C evitador y dependiente, los del cluster A esquizoide y paranoide, y el antisocial del cluster B, son predictores significativos de peor calidad de vida. El trastorno histriónico en cambio no se ha relacionado con mayor disfunción, y el trastorno obsesivo mantiene con ésta una relación inconsistente (Grant y cols., 2004; Ullrich, Farrington y Coid, 2007). Otros autores señalan que los trastornos más asociados a la emoción del miedo (esquizotípico, límite, evitador y obsesivo) correlacionan más con elevados niveles de disfunción que los que están asociados a la tristeza (Harford y cols., 2013). Esto puede deberse a que el neuroticismo parece ser un importante factor de vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas de ansiedad, depresión y estrés (Jeronimus, Kotov, Riese y Ormel, 2016). La combinación de alto neuroticismo, baja extraversión y baja responsabilidad se asocia a síntomas depresivos (Hakulinen y cols., 2015).

Respecto a las tasas de mortalidad, se ha observado que los rasgos de personalidad normal predicen tanto conductas que promueven la salud como conductas que la ponen en riesgo. Por ejemplo, elevados niveles de neuroticismo se han asociado indirectamente con un aumento de mortalidad por cualquier causa en ambos sexos (Ploubidis y Grundy, 2009). Altos niveles de responsabilidad predicen una reducción del riesgo de mortalidad del 13% (Turiano, Chapman, Gruenewald y Mroczek, 2015) mientras que bajos niveles predicen mayores tasas de mortalidad a lo largo de la vida (Martin, Friedman y Schwartz, 2007). El estilo de vida de las personas extrovertidas supone mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas. En consecuencia, la extraversión mantiene una relación más compleja con la longevidad, siendo su efecto menor y

estando éste mediado por el efecto del tabaco. De manera esperable, estas relaciones abarcan también la patología de la personalidad. Un diagnóstico de TP se asocia a una menor longevidad. En un estudio llevado a cabo en Reino Unido se concluyó que la esperanza de vida de estos pacientes era de 63 años para las mujeres y 59 para los hombres, es decir, la supervivencia se recortaba en 19 y 18 años respectivamente (Fok y cols., 2012). Esta mortalidad se asocia en parte con altas tasas de muerte por suicidio —especialmente en el Trastorno Límite— u homicidio (Chesney, Goodwin y Fazel, 2014). Las dificultades en las relaciones interpersonales, un aspecto nuclear del TP, pueden contribuir también a sus problemas de salud, ya que suelen mantener peor comunicación y mayor conflictividad con el medio sanitario, lo que redundaría en una peor calidad de la atención médica.

El coste de los TPs en términos económicos es elevado, especialmente en los casos graves que requieren soporte institucional por ser un riesgo tanto para ellos mismos como para la sociedad (Tyrer y cols., 2015). Estos trastornos parecen jugar un papel destacado no sólo en el sufrimiento individual, sino en el abuso sexual infantil, el fracaso escolar, las agresiones en el seno del matrimonio, las dificultades laborales y la indigencia (Cooke y Hart, 2004).

1.3. Hipótesis etiológicas

En la actualidad no disponemos de teorías suficientemente fundamentadas sobre la etiología de los TP, pero la complejidad de estos trastornos sugiere causas igualmente complejas y multifactoriales (Turkheimer, 2000; Livesley y Jang, 2008). Aunque la heredabilidad estimada para las dimensiones de personalidad tiende a ser más baja que para la observada por ejemplo para la inteligencia (80%; Bouchard, 2004; Sauce y Matzel, 2018), puede decirse que los factores genéticos juegan un importante papel en la determinación de la personalidad (Lenzenweger y Clarkin, 2005). Se estima que tanto los rasgos de personalidad normal como patológica son heredables en un 25-50% (Amad y cols., 2014; Krueger, South, Johnson, y Iacono, 2008; Wright, Pahlen, y Krueger, 2017). Sin embargo, hay importantes variaciones dependiendo de si se trata de un diseño de gemelos o uno familiar o de adopción (Bratko, Butković, y Hlupić, 2017), porque los primeros calculan la heredabilidad total (H^2) y los segundos solo la aditiva o alélica (h^2). A modo de comparación, el 52% de la variación en personalidad en otras especies animales es atribuible a variación genética aditiva (Dochtermann, Schwab, y Sih, 2015). Sin embargo, se ha informado también de que cuando se adoptan medidas para mejorar la

fiabilidad —p.e. combinando varios tipos de medidas de personalidad—, la heredabilidad de los trastornos del cluster B se incrementa hasta llegar al 70% (Torgersen y cols., 2012). Por otra parte, los intentos de detectar polimorfismos asociados a rasgos de personalidad han sido en gran medida infructuosos, debido probablemente a que la arquitectura genética de la personalidad consiste en el efecto combinado de cientos o miles de loci, cada uno con efectos muy pequeños (Chabris, Lee, Cesarini, Benjamin, y Laibson, 2015; Johnson, Penke, y Spinath, 2011; Munafò y Flint, 2011; Penke y Jokela, 2016). Todo lo anterior parece cierto también para el resto de los trastornos mentales (Uher y Zwickler, 2017).

Las experiencias tempranas desadaptativas también se han relacionado con el desarrollo de los TPs. Pese a que esta asociación ha sido muy debatida, las revisiones más recientes concluyen que tanto el maltrato psicológico en la infancia como la negligencia física son factores de riesgo para la patología de la personalidad (Carr, Martins, Stingel, Lemgruber y Juruena, 2013; McCrory, De Brito, y Viding, 2012). Por ejemplo, el abuso sexual infantil parece un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de personalidad límite, y la presencia de psicopatología paterna y pautas educativas negativas e inconsistentes para desarrollar trastornos de personalidad límite y antisocial. En este sentido, el vínculo inseguro se relaciona fuertemente con la gravedad global de los rasgos de TP, y específicamente con las capacidades relacionales, que son un dominio de primer orden en la disfunción de la personalidad (Hengartner y cols., 2015). Dado que la cultura ejerce una profunda influencia sobre las conductas, pensamientos y emociones de los individuos, y dado que la personalidad es un concepto inherentemente relacional, tal vez ejerza más impacto sobre los TPs que sobre otro tipo de trastornos mentales. Por ejemplo, aunque el trastorno antisocial de la personalidad se ha encontrado en diferentes culturas, parece que es más prevalente en culturas que fomentan el individualismo (Cooke y Hart, 2004).

Dicho todo lo anterior, hay que señalar que las influencias genéticas y ambientales no son claramente separables. Más bien se influyen de manera recíproca a través de mecanismos que apenas se conocen (Bleidorn, Kandler y Caspi, 2014; Kandler, Bleidorn, Riemann, Angleitner y Spinath, 2012). Por ejemplo, a causa de su temperamento heredado, los sujetos tienden a escoger, evitar, modificar o crear en cierta medida los mismos entornos en los que luego se van a desenvolver (una correlación gen-ambiente; Buss, 1987; Flynn, Laland, Kendal y Kendal, 2013). Es el caso de sujetos con un riesgo genético para el TP límite, que tienen también una

mayor probabilidad de sufrir los acontecimientos vitales (rupturas, agresiones, abuso sexual) que desencadenarán los síntomas del trastorno (Carpenter, Tomko, Trull y Boomsma, 2013; Kandler y cols., 2012; McGowan, King, Frankenburg, Fitzmaurice y Zananini, 2012). Además, los genes también regulan la sensibilidad al entorno (una interacción gen-entorno), de manera que rasgos poco favorables reducen la resistencia a esos mismos acontecimientos vitales (Shiner y Masten, 2012).

Sean las diferencias de naturaleza genética o ambiental, algunos estudios han tratado de establecer si éstas podrían expresarse anatómica o funcionalmente en el cerebro de los sujetos con TP y han tratado de objetivarlas mediante pruebas de neuroimagen. Por ejemplo, en el trastorno de personalidad esquizotípico se ha observado una reducción volumétrica de los lóbulos frontales y el hipocampo, con dilatación de los ventrículos de los lóbulos frontales. Una disminución del lóbulo prefrontal también se han hallado en individuos con trastorno antisocial de la personalidad (Cooke y Hart, 2004). Sin embargo, estas diferencias pueden ser debidas a factores ambientales ajenos a la propia patología (deficiencias nutricionales severas en el primer trimestre de vida intrauterina y tabaquismo materno) y no a factores genéticos. En el caso del trastorno de personalidad límite, se han hallado disfunciones fronto-límbicas y reducciones en el volumen del hipocampo y la amígdala (Amad y cols., 2014) y un control regulatorio deficiente en regiones como el córtex cingulado y prefrontal, acompañado de actividad intensificada en estructuras límbicas en respuesta a emociones negativas (Abram y De Young, 2017). Por su parte, en el neuroticismo parecen implicadas estructuras como la amígdala, la región medial prefrontal y las vías de sustancia blanca de conexión córtico-subcortical. Una mala conectividad de ambas áreas podría explicar la pobre regulación emocional asociada al neuroticismo al sugerir que los procesos corticales ejercen menos control sobre los procesos subcorticales generadores de afecto negativo. El rasgo responsabilidad parece implicar el córtex prefrontal dorsolateral, la ínsula anterior y el córtex cingulado anterior. Por último, el rasgo amabilidad parece implicar áreas de la Red Neuronal por Defecto (RND) relacionadas con el concepto empatía (Abram y De Young, 2017).

1.4. Pronóstico

La estabilidad temporal de los rasgos de personalidad normal está bien documentada, aunque no es tan fácil de establecer como podría parecer a priori. Por una parte, los estudios longitudinales son escasos, ya que requieren seguimientos prolongados a lo largo de décadas. Por otra, los resultados no son fácilmente interpretables, debido

a que pretendidos cambios en las características de personalidad pueden en realidad deberse a cambios físicos asociados a la edad, cambios en el rol social, circunstancias temporales por las que atraviesa el individuo, o incluso a los tratamientos recibidos. Pese a todo ello, se ha visto en general que los rasgos de personalidad son sólo moderadamente estables en los años preescolares y se vuelven progresivamente más estables hasta la mediana edad (Borghuis y cols., 2017). Los cambios más pronunciados tienen lugar en la transición de la primera adultez a la mediana edad. Específicamente la gente se vuelve menos proclive a las emociones negativas, más responsable, más agradable y más dominante socialmente (Hopwood y Bleidorn, 2017). Sin embargo, la plasticidad continúa más allá de la treintena e incluso en la senectud en el caso de rasgos como la vitalidad, la amabilidad, la responsabilidad y la apertura a la experiencia (Roberts, Walton y Viechtbauer, 2006).

Si asumimos que los rasgos de personalidad patológica no son cualitativamente diferentes de los rasgos de personalidad normal, es razonable esperar que al menos algunas de estas características, tales como el desapego, la rigidez compulsiva y el estilo externalizante, muestren estabilidad temporal a largo plazo. Los pocos estudios longitudinales de que disponemos sugieren sin embargo cambios sustanciales en las características de la personalidad. De hecho, la mayoría de rasgos de personalidad patológica se reducen con la edad, pero ese declive es asimétrico e incide especialmente en los rasgos externalizantes del cluster B (impulsividad, ruptura de reglas e inestabilidad emocional). Las características de los clusters A y C declinan en menor medida (a excepción de la desconfianza y la dependencia). Por el contrario, los miedos sociales, la rigidez, la rareza o el desapego son bastante estables e incluso pueden aumentar levemente (Gutiérrez y cols., 2012). Desde el punto de vista de los dominios (dimensiones) del actual DSM-5, el afecto negativo decrece principalmente desde la adolescencia hasta la treintena; la extraversión aumenta desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia, permanece estable hasta los 50 y luego decrece; el antagonismo y la desinhibición decrecen a lo largo de la vida; y el desapego se mantiene estable hasta la cincuentena y posteriormente aumenta, probablemente por la pérdida y no reemplazo de las figuras de apego (Newton-Howes, Clark y Channen, 2015). Aunque se ha aceptado durante décadas que el pronóstico para los individuos con TP es peor que para los que sufren otros trastornos mentales (Cooke y Hart, 2004), datos más recientes respecto al trastorno límite de la personalidad han puesto parcialmente en duda esta aseveración (Gutiérrez, 2014; Zanarini, Frankenburg, Reich y Fitzmaurice, 2010; 2012).

Capítulo aparte merecen los cambios de personalidad atribuibles a las intervenciones terapéuticas. Algunos rasgos del FFM son al menos parcialmente modificables mediante psicoterapia y farmacoterapia (Roberts y cols., 2017). Trastornos como el TP límite mejoran en torno a 0,4 desviaciones estándar con psicoterapia respecto al grupo control (Cristea y cols., 2017), específicamente con terapia dialéctico-conductual y con terapia psicodinámica. Sin embargo, es importante destacar que la rápida mejoría sintomática no se acompaña, por razones aún no esclarecidas, de mejoras equivalentes en el nivel de funcionamiento (McMain, Guimond, Streiner, Cardish y Links, 2012; Newton-Howes y cols., 2015; Zanarini y cols., 2012). Esa discapacidad continuada ha sido sucesivamente atribuida a que determinados rasgos temperamentales no remiten, a la presencia de psicopatología comórbida, o a un uso continuado de tóxicos. Por otra parte, la remisión de la sintomatología tampoco anula o revierte el efecto de esa sintomatología sobre la vida de los sujetos a lo largo de años o décadas: oportunidades laborales perdidas, rupturas interpersonales, familias quemadas, estigma social, o enfermedades físicas crónicas asociadas a estilos de vida insalubres (Gutiérrez, 2014). Por tanto, los pacientes mejoran sintomáticamente pero siguen presentando bajas tasas de formación y empleo, manteniendo relaciones conflictivas, y necesitando ayudas estatales.

En resumen, podemos concluir que los TPs son altamente prevalentes, suponen una importante pérdida de calidad de vida y capacidad funcional de una parte importante de la población, representan un enorme coste para la sociedad en general y para los servicios de salud en particular, y tienen un pronóstico incierto. Sin embargo, su inmensa relevancia no parece ir acorde con nuestro nivel de conocimiento acerca de cómo los rasgos patológicos se organizan, cuál es la mejor manera de evaluarlos, y cuándo un rasgo de personalidad puede considerarse un trastorno. Estas lagunas en nuestro conocimiento condicionan la validez de nuestros diagnósticos, y afectan a su vez al estudio de la etiología, el pronóstico, y el tratamiento de estos trastornos. Como ya se señalaba más de una década atrás (Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley y Verheul, 2005), la obtención de evidencia sólida en cualquiera de estos aspectos es inalcanzable sin una mejora previa de la clasificación y medida de los TP.

Estructura de la patología de la personalidad

2.

Tradicionalmente, la psiquiatría ha utilizado categorías diagnósticas para clasificar las personalidades patológicas, mientras que la psicología ha utilizado sistemas dimensionales para estudiar el funcionamiento y organización de las personalidades normales. Esta separación se debe tanto a la diversa procedencia de ambos colectivos (unidades asistenciales y departamentos de las universidades respectivamente), como a diferencias en los sistemas teóricos de partida (el modelo médico y el estudio científico de las diferencias individuales). La distinción entre dimensional y categorial en la descripción de la personalidad patológica ha sido objeto de discusión desde la década de los ochenta.

2.1. Modelos categoriales

Los modelos categoriales consideran los TPs como entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí. La psiquiatría siempre ha preferido un enfoque tipológico (categorial) de la patología, ya que facilita la comunicación entre profesionales y es consistente con la toma de decisiones clínicas, que suelen ser dicotómicas: por ejemplo, introducir o no un fármaco, o ingresar o no al paciente. Las taxonomías categoriales oficiales son las utilizadas por clasificaciones actuales como la DSM y la CIE.

Hacia mediados de los años 50 el concepto de trastorno de la personalidad era ya ampliamente aceptado por gran parte de la comunidad psicoanalítica. Sin embargo, dichos trastornos no tenían un carácter propio como entidades nosológicas, ya que eran vistos como debilidades de carácter o conductas obstinadamente desviadas que obstaculizaban el desarrollo de la persona (Hoermann, Zupanick y Dombeck, 2013). Los TPs no fueron reconocidos plenamente hasta la publicación de

la primera edición del DSM (APA, 1952), el sistema americano de referencia para el diagnóstico. Esta edición, basada fundamentalmente en conceptos psicoanalíticos, definía los TP “como patrones de comportamiento altamente resistentes al cambio” pero que no provocaban ansiedad o estrés a la persona que los sufría. El DSM-II (APA, 1968), con una terminología algo más neutra, reflejaba un intento de compatibilizar la clasificación psiquiátrica americana con la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). En esta edición tampoco se mencionaba el sufrimiento personal: “los TP son patrones de comportamiento profundamente arraigados, de origen en la adolescencia o anterior, y cualitativamente diferentes de los síntomas psicóticos o neuróticos”. La tercera edición del manual, DSM-III (APA, 1980) introdujo la noción de disfunción o malestar personal para poder diagnosticar TP. Un cambio notable fue el desdoblamiento del diagnóstico en 5 ejes diferenciados (diagnóstico multiaxial). En el eje I se codificaban los grandes trastornos clínicos (esquizofrenia, bipolaridad, depresión mayor, etc.). El eje II se reservaba para los TP y el retraso mental, enfatizando así el carácter duradero de estos trastornos. Los ejes III, IV y V correspondían a enfermedades médicas, problemas psicosociales y una estimación del nivel de funcionalidad del paciente. Los conceptos psicoanalíticos desaparecieron, y la mayoría de las categorías fueron operacionalizadas y sus criterios estandarizados, permitiendo mayor consenso entre clínicos y el avance en la investigación y tratamiento de estos trastornos. Las categorías de TP inadecuado, asténico y explosivo fueron suprimidas y otras se expandieron en más tipos o fueron trasladadas del eje II al eje I (ver Tabla 1). El trastorno de personalidad sociopática –que había sido el término para la psicopatía–, se renombró como trastorno de personalidad antisocial. La revisión de este

tercer texto, el DSM-III-R (APA, 1987), incluyó los trastornos autodestructivo y sádico como diagnósticos provisionales que requerían futura investigación. Las clasificaciones DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000) eliminaron los diagnósticos provisionales del DSM-III-R y los sustituyeron por el negativista y el depresivo, también para investigación futura. La versión más reciente, el DSM-5 (APA, 2013), mantiene las mismas categorías en la sección II, pero propone un modelo de personalidad alternativo en la sección III que será revisado más adelante.

Tabla 1. Evolución de las categorías de Trastorno de la Personalidad en el sistema DSM

DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (-TR) (1994 y 2000)	DSM-5 (2013)
Inadecuado	Inadecuado	<i>suprimido</i>			
Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide
Ciclotímico	Ciclotímico	<i>reclasificado</i>			
Paranoide	Paranoide	Paranoide	Paranoide	Paranoide	Paranoide
		Esquizotípico	Esquizotípico	Esquizotípico	Esquizotípico
Emocionalmente inestable	Histérico	Histriónico	Histriónico	Histriónico	Histriónico
		Límite	Límite	Límite	Límite
Compulsivo	Obsesivo-compulsivo	Compulsivo	Obsesivo-compulsivo	Obsesivo-compulsivo	Obsesivo-compulsivo
Pasivo-agresivo: Sub: pasivo-dependiente	<i>suprimido</i>	Dependiente	Dependiente	Dependiente	Dependiente
Pasivo-agresivo Sub: pasivo-agresivo	Pasivo-agresivo	Pasivo-agresivo	Pasivo-agresivo	Negativista (apéndice)	
Pasivo-agresivo Sub: agresivo	Explosivo (epileptoide)	<i>suprimido</i>			
	Asténico	<i>suprimido</i>			
		Evitador	Evitador	Evitador	Evitador
		Narcisista	Narcisista	Narcisista	Narcisista
Reacción antisocial	Antisocial	Antisocial	Antisocial	Antisocial	Antisocial
Reacción disocial					
Desviación sexual	<i>reclasificado</i>				
Adicciones	<i>reclasificado</i>				
Apéndice					
			Autodestructivo		
				Depresivo	
			Sádico		

En el sistema europeo, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), los Trastornos de la Personalidad no aparecieron hasta la octava edición del manual (WHO, 1965). La novena edición mantuvo la clasificación intacta (WHO, 1975) pero la décima cambió algunos conceptos, conservando la misma estructura (WHO, 1999). Por ejemplo, el trastorno de personalidad afectivo fue reclasificado fuera de esta sección, el trastorno explosivo se dividió en las categorías límite e impulsivo (acercando la terminología al DSM), se eliminó el concepto “histérico” substituyéndose por el trastorno histriónico de la personalidad, así como el de “asténico” por el trastorno dependiente de la personalidad

y se añadió la categoría ansioso/evitativo. Las categorías CIE-10 son muy similares a las del DSM-IV. Las principales diferencias son la ausencia de una categoría de TP Esquizotípico, que en el caso de la CIE se considera parte del espectro de la esquizofrenia, y la ausencia del TP narcisista (ver tabla 2).

Tabla 2. Evolución de las categorías de Trastorno de la Personalidad en el sistema CIE

CIE-8	CIE-9	CIE-10
Paranoide	Paranoide	Paranoide
Afectivo	Afectivo	reclasificado Otros TP específicos
Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide
Explosivo	Explosivo	Emocionalmente inestable - Impulsivo - Límite
Anancástico	Anancástico	Anancástico
Histérico	Histérico	Histriónico
Asténico	Asténico	Dependiente
Antisocial	Manifestaciones sociopáticas o antisociales	Disocial
Otros trastornos de la personalidad	Otros trastornos de la personalidad	Ansioso (evitativo) Otro trastorno específico de la personalidad Mixto y otros trastornos de la personalidad
Trastorno de la personalidad no especificado		Trastorno de personalidad, inespecificado

2.2. Críticas a los modelos categoriales

La introducción de los criterios diagnósticos de investigación en el DSM-III pretendía estimular y facilitar el desarrollo sistemático de estudios empíricos que fueran nutriendo y validando las categorías diagnósticas (Robins y Guze, 1970). Sin embargo, la mayoría de los estudios se centraron a lo largo de las décadas posteriores en el análisis de los trastornos antisocial, límite, esquizotípico y narcisista, dejando de lado el estudio de las categorías restantes (Widiger y Trull, 2007). Además, la evidencia empírica acumulada señala múltiples defectos en la clasificación categorial. Ésta ha ejercido en el ámbito de los TP una enorme influencia, que ha resultado luego ser

desproporcionada en relación a su validez e insostenible a tenor del conocimiento disponible. Actualmente, esta clasificación tipológica ya no se considera adecuada ni para la clínica ni para la investigación (Haslam, Holland y Kuppens, 2012; Trull y Durrett, 2005; Krueger, 2010), aunque se ha continuado utilizando en parte por inercia y en parte por la ausencia de una alternativa completamente consensuada.

Entre las carencias más importantes del modelo, la primera es su falta de exhaustividad, ya que no captura la naturaleza y gravedad de muchos de los rasgos frecuentemente observados en la clínica. Muestra de ello es que la categoría más frecuentemente diagnosticada es la de TP no especificado (Verheul y Widiger, 2004; Wilberg, Hummelen, Pedersen y Karterud, 2008), que se aplica cuando el paciente no cumple criterios para ninguno de los trastornos específicos propuestos. Si bien es cierto que se han planteado otras explicaciones, la más común parece ser la cobertura diagnóstica inadecuada (Widiger y Samuel, 2005a). En efecto, según informaban Westen y Arkowitz-Westen (1998), el 60% de una muestra de pacientes tratados por rasgos desadaptativos duraderos no cumplían criterios para ningún trastorno específico, sino que presentaban problemas no recogidos en la taxonomía: neuroticismo, baja autoestima, inseguridad, baja asertividad, timidez, ira, o dificultades con el rendimiento, la intimidad o el compromiso. Si se pretende conseguir mayor cobertura diagnóstica en un modelo de clasificación categorial pueden seguirse dos estrategias. Una consiste en aumentar el número de categorías, como se ha tratado de hacer en las sucesivas ediciones del DSM añadiendo diagnósticos en el Apéndice. La otra consiste en formular subtipos o variantes para cada una de las categorías ya existentes, tal como propuso Millon (2004). Sin embargo, evaluar la pertenencia del paciente a un total de 12 categorías y 53 variantes que son excluyentes entre sí, tal como requiere la propuesta de Millon, puede resultar una tarea ingente y, según se verá a continuación, estéril.

Una segunda dificultad es la excesiva co-ocurrencia entre trastornos, que se ha venido encontrando repetidamente desde hace dos décadas y para diversas ediciones del DSM (Bornstein, 1998; Farmer, 2000; McGlashan y cols., 2000; Morey y cols., 2002). El DSM permite establecer cuantos diagnósticos sean necesarios para reflejar los problemas de personalidad de cada paciente, por lo que no sorprende que sólo el 15% de estos pacientes cumplan criterios para un único diagnóstico de TP. Esta situación genera dificultades prácticas, como cuál de los trastornos debe considerarse primario o secundario. Más importante aún, sugiere que las categorías de TP no presentan entre ellos límites claros,

sino que están describiendo constelaciones de rasgos que se solapan entre sí. En definitiva, cuestiona la validez de los TP como entidades clínicas separadas y por tanto su capacidad para proporcionar información útil (Livesley, 2011). Una clasificación sin validez carece de utilidad clínica (Widiger y Samuel, 2005a; Widiger y Trull, 2007).

En tercer lugar, los límites que separan la normalidad de la patología son arbitrarios. Con la aparición de la tercera revisión del DSM, se publicaron puntos de corte para los trastornos esquizotípico y límite basados en acuerdos entre una amplia muestra de clínicos (Spitzer, Endicott y Gibbon, 1979), pero han caído en desuso debido a las múltiples revisiones que han sufrido. Actualmente, los TPs paranoide, esquizoide y evitador requieren un mínimo de cuatro criterios sobre siete para ser diagnosticados; el antisocial requiere tres sobre siete; el obsesivo cuatro sobre ocho; el histriónico y el dependiente cinco sobre ocho; y el esquizotípico, el límite y el narcisista requieren cinco sobre nueve. Los casos que no cumplen los criterios para ninguna de las categorías se consideran casos subclínicos (Widiger y Trull, 2007). Estos puntos de corte se establecieron por consenso, sin que se haya dado una justificación para escoger estos cortes y no otros. Algunos de ellos fueron modificados *ad hoc* cuando resultaron en prevalencias poblacionales excesivamente altas o bajas.

Una cuarta dificultad es la enorme heterogeneidad de los casos dentro del mismo diagnóstico. Los síndromes del DSM-III eran monotéticos, es decir, se requería el cumplimiento de todos los criterios para poder realizar el diagnóstico. Sin embargo, la evidencia clínica señaló que no todos los individuos con el mismo diagnóstico compartían todas y cada una de las características, por lo que en el DSM-III-R se reconceptualizó la clasificación como politética: sólo era necesario cumplir un subgrupo de criterios para poder establecer el diagnóstico. Si bien resultaba más flexible, esta modificación no hizo sino aumentar la heterogeneidad de los casos clínicos incluidos en una misma categoría. Por ejemplo, pueden existir dos individuos con diagnóstico de TP obsesivo-compulsivo que no compartan ninguna característica, ya que se requiere un mínimo de cuatro criterios sobre ocho no siendo ninguno de ellos de obligado cumplimiento.

Todas estas dificultades se derivan en última instancia del método de construcción de las categorías. La nosología se basó en la observación clínica no sistemática, en opiniones de expertos provenientes de múltiples orientaciones teóricas, en la tradición psiquiátrica y en modelos obsoletos. Al prescindir del método científico, las categorías no reflejan la verdadera organización de los

rasgos de personalidad, de manera que a veces reúnen en un mismo diagnóstico características no especialmente relacionadas entre sí y otras reparten un mismo rasgo entre diferentes diagnósticos. Por ejemplo, el TP límite está compuesto de rasgos de inestabilidad emocional, impulsividad, y relaciones inseguras que no covarían especialmente entre sí. A su vez el neuroticismo es una característica del cluster C, mientras que la impulsividad es compartida con los TPs antisocial e histriónico. Se ha argumentado que el establecimiento de una nosología sin base empírica basada en principios de autoridad no sólo no ha facilitado, sino que ha supuesto un obstáculo para el avance científico en el ámbito de la patología de la personalidad (Markon, 2013).

2.3. Estructura empírica del modelo DSM

Dado que la organización de los rasgos patológicos en el DSM-III (APA, 1980) en trastornos y clusters estaba basada en el consenso entre expertos y en la tradición psiquiátrica, se ha intentado posteriormente otorgar a esta estructura una validación empírica. Este empeño, que abarca los últimos 40 años, ha producido resultados dispares, pero que tienden en conjunto a no replicar el actual sistema clasificatorio. Aunque a esta falta de soporte empírico puede haber contribuido la diversidad de métodos de evaluación (autoinformes, entrevistas, información de terceros) y de estrategias analíticas utilizadas (p.e. diferentes métodos de extracción y rotación factorial) (Sheets y Craighead, 2007), la evidencia indica claramente que las clasificaciones categoriales que hemos venido utilizando hasta el momento no reflejan entidades nosológicas reales.

2.3.1. Estructura factorial al nivel de las categorías

En la literatura sobre la estructura factorial del sistema DSM pueden distinguirse tres enfoques. El primero de ellos se ha centrado en confirmar la estructura de los clusters mediante la factorización de las categorías diagnósticas. Según la propuesta teórica, el cluster A incluiría los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico, el cluster B los trastornos histriónico, narcisista, límite y antisocial, y el cluster C los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo. Los resultados muestran altas comorbilidades, y en consecuencia una escasa diferenciación, tanto entre clusters como entre trastornos del mismo cluster. Por mencionar algunos ejemplos, Kass, Skodol, Charles, Spitzer y Williams (1985) hallaron tres factores similares a los tres clusters y un cuarto que únicamente incluía el TP obsesivo-compulsivo, replicados posteriormente por Hyler y Lions (1988). Blais, McCann, Benedict y Norman (1997)

informaron de tres agrupaciones ligeramente diferentes a los clusters, a las que denominaron desinterés social/constricción emocional, egocentrismo/extraversión y emocionalidad/necesidad interpersonal. Bell y Jackson (1992) hallaron moderado apoyo para los clusters A y B pero no para el C, ya que este último se repartía entre los dos primeros. Mulder y Joyce (1997) hallaron una estructura de cuatro factores que difería de los clusters: antisocial, asocial, asténico/ansioso y anancástico, no siendo el TP esquizotípico subsumido por ningún factor. Los resultados de Fossati y cols. (2000) mostraron una estructura de tres factores muy diferente a los clusters teóricos, en la que uno de los factores se correspondía con el cluster A y el resto difería notablemente de la estructura de propuesta para el eje II. Yang, Bagby, Costa, Ryder y Herbst (2002) no pudieron encontrar ninguna estructura que se ajustara a los datos. Rodebaugh, Chambless, Renneberg y Fydrich (2005) compararon dos soluciones de uno y tres factores respectivamente, y se decantaron por la última, apoyando así la estructura del eje II. El estudio de Fossati y cols. (2006) también encontró una estructura de tres clusters, con el añadido de que el cluster B incluía los subtipos impulsivo (límite) y agresivo (antisocial). En cambio los cuatro grupos surgidos del análisis de Chabrol, Rousseau, Callahan y Hyler (2007) formaban configuraciones de trastornos muy distintas a los clusters tradicionales. Existen algunos estudios adicionales que no pueden ser interpretados fácilmente al no incluir todos los trastornos del eje II, sino sólo algunos seleccionados. Sin embargo, sus resultados pueden resultar informativos en algunos aspectos. Por ejemplo, Cox, Sareen, Enns, Clara y Grant (2007) analizaron siete categorías (paranoide, esquizoide, histriónico, antisocial, evitador, dependiente y obsesivo-compulsivo), obteniendo tres clusters independientes pero correlacionados.

2.3.2. Estructura factorial al nivel de los criterios: análisis parciales

Un segundo enfoque se ha centrado en confirmar las categorías diagnósticas partiendo de la factorización de los criterios individuales. Este abordaje presenta varias ventajas con respecto al anterior. La más importante es que no da por supuesta la existencia de las categorías tradicionales, que al no ser homogéneas son un mal punto de partida para el análisis factorial y pueden arrojar resultados difícilmente interpretables. Por otra parte, factorizar los 94 ítems del eje II es metodológicamente más complejo que factorizar 12 categorías, y requiere ocho veces más muestra. Por ello, el acercamiento más frecuente ha sido realizar análisis parciales de uno o varios diagnósticos escogidos, en vez de todos ellos.

La literatura que ha analizado los trastornos del cluster A ha sido más bien escasa. Falkum, Pedersen y Karterud (2009) factorizaron el tradicionalmente robusto TP paranoide y encontraron apoyo para una estructura de dos dimensiones relativamente poco intercorrelacionadas: suspicacia y hostilidad. Hummelen, Pedersen y Karterud (2012) analizaron el constructo del TP esquizotípico y obtuvieron una estructura de dos factores: cognitivo-perceptual y rareza-desorganización. Los problemas interpersonales no quedaron reflejados, ya que probablemente son criterios inespecíficos compartidos con otros TPs. Sugirieron que el DSM-5 debería reducir el énfasis en los aspectos fóbico-sociales.

Los constructos del cluster B han recibido mayor atención. Bakkevig y Karterud (2010) investigaron la validez del TP histriónico encontrando que, a pesar de contar con una consistencia interna razonable, consta de dos componentes: búsqueda de atención y discurso superficial. El primero de ellos—y el más amplio en cuanto a número de criterios—se caracterizó por el exhibicionismo y las estrategias de control del entorno, tradicionalmente considerados como indicadores de vulnerabilidad narcisista. Russ, Shedler, Bradley y Westen (2008) analizaron los criterios del TP narcisista del DSM ampliados con otras fuentes y encontraron tres subtipos dentro del constructo: grandioso/maligno, encubierto/frágil y de alto funcionamiento. Estos resultados enfatizan la escasa cobertura que hace el DSM de las experiencias internas centrales en este trastorno. Fossati y cols. (2005) hallaron una estructura bifactorial que se ajustaba parcialmente a las vertientes “manifiesta” (elevada autoimportancia y exhibicionismo) y “encubierta” (hipersensibilidad e inhibición). Siguiendo esta diferenciación de narcisismo manifiesto/grandioso *versus* encubierto/vulnerable, Miller, Hoffman, Campbell y Pilkonis (2008) compararon las soluciones uni y bifactorial. A pesar de que ambas se ajustaban a los datos, consideraron que la unifactorial era la más parsimoniosa. Karterud, Øien y Pedersen (2010) encontraron apoyo empírico para los subtipos grandioso/maligno y exhibicionista en una muestra sobrerrepresentada por el género masculino. Estos resultados, si bien están en la línea de Miller y cols. (2008), sugieren que los criterios del TP narcisista tienden a dispersarse en otros TP (histriónico, paranoide y límite) y a formar un gran cluster con las características no agresivas del TP antisocial. Desde esta perspectiva, el narcisismo puede entenderse como un fenómeno dimensional pertinente a todos los TP, ya que implica dificultades de cohesión, identidad y autoestima que son la base del criterio general para el diagnóstico de TP.

Gran parte de la investigación sobre la estructura interna de los TP se ha centrado en el trastorno límite. Algunos autores han aportado evidencia a favor del modelo unidimensional propuesto en el DSM, que considera este trastorno como un constructo unitario (Becker, Añez, Paris y Grilo, 2010; Clifton y Pilkonis, 2007; Fossati y cols., 1999; Johansen, Karterud, Pedersen, Gude y Falkum, 2004; Sanislow y cols., 2002). Sin embargo, otros parecen sustentar un modelo tridimensional (Blais, Hilsenroth y Castlebury, 1997). Clarkin, Hull y Hurt (1993) propusieron tres dimensiones etiquetadas como problemas de identidad/dificultades interpersonales, regulación del afecto, e impulsividad. Los tres factores informados en el estudio de Sanislow, Grilo y McGlashan (2000) fueron muy similares—alteraciones relacionales, desregulación afectiva y desregulación emocional—y fueron replicados por Andiñ y cols. (2011). Por su parte, Taylor y Reeves (2007) hallaron factores de inestabilidad relacional, afectividad negativa y síntomas paranoides en ausencia de ira. Menos habitual ha sido encontrar una estructura bifactorial (Benazzi, 2006). Cuando Whewel, Ryman, Bonanno y Heather (2000) examinaron la validez de los dos subtipos —impulsivo y límite— descritos en la CIE-10, hallaron en su lugar cuatro factores: dos de ellos eran los subtipos oficiales (impulsivo y límite) mientras que los otros dos fueron denominados tranquilo-intervalizante e indiferenciado.

El cluster C ha recibido una atención considerablemente menor. La factorización del TP dependiente resulta en dos factores llamados incompetencia percibida —correlacionado con el TP evitativo— y vinculación emocional —muy cercano al TP límite (Gude, Karterud, Pedersen y Falkum, 2006). Por su parte, el TP evitador muestra una clara estructura unifactorial con elevada consistencia interna (Becker, Añez, Paris, Bedregal y Grilo, 2009). Fossati y cols. (2006) analizaron los tres trastornos del cluster C. Observaron que representaban constructos disociables y unidimensionales pero que covariaban, por lo que podían ser considerados puntos del mismo continuum. Por ejemplo, la dimensión de inhibición conductual podía explicar la conducta inhibida de los tres trastornos del cluster C.

Finalmente, otros estudios han tratado de confirmar la estructura de trastornos situados en diferentes clusters. Por ejemplo, Fogelson y cols. (1999) exploraron el espectro de la esquizofrenia analizando los TPs del cluster A y los TPs límite y evitador en una muestra de familiares de pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo. Su solución de seis factores reproducía las citadas categorías DSM a excepción del TP esquizotípico, cuyos síntomas se dispersaron entre las restantes categorías.

Por su parte, Sanislow y cols. (2002) sí hallaron evidencia a favor de los cuatro TP que factorizaron (límite, esquizotípico, evitador y obsesivo), pero la relevancia de su estudio se considera limitada, ya que esos TP son en general considerados como altamente diferenciados en su contenido.

2.3.3. Estructura factorial al nivel de los criterios: análisis exhaustivos

Finalmente, un grupo reducido de estudios se han centrado en la factorialización exhaustiva de todos los criterios del eje II, que es el diseño más exigente en términos de análisis estadístico y tamaño muestral. Precisamente por la dificultad de reunir grandes muestra clínicas, algunos de ellos han utilizado muestras de población general, con las consiguientes limitaciones para la generalización a la población con TPs. Nestadt y cols. (1994) obtuvieron un modelo de cinco factores similar al FFM: timidez se correspondía con neuroticismo, animación con extraversión, calidez con apertura, confianza con amabilidad y escrupulosidad con responsabilidad. Moldin, Rice, Erlenmeyer-Kimling y Squires-Wheeler (1994) encontraron una solución de tres factores que difería entre hombres y mujeres y que tenía cierta correspondencia con el modelo de Eysenck y Eysenck (1985). En el estudio de Austin y Deary (2000) surgieron ocho factores con elevadas intercorrelaciones, que sugerían la existencia de una estructura de segundo orden. El resultado fueron las denominadas cuatro “As”: asténico, asocial, antisocial y anancástico. En un análisis comparativo con el modelo de Eysenck y Eysenck (1985) se observó un solapamiento con estas escalas de personalidad normal: asténico con neuroticismo, asocial con baja extraversión, y antisocial y anancástico con los polos positivo y negativo del psicoticismo respectivamente. Thomas, Turkheimer y Oltmanns (2003) encontraron una estructura de siete factores cuyo solapamiento con el FFM (excluyendo el factor apertura) y las cuatro “As” resultó evidente: El factor dependencia-evitación se relaciona con neuroticismo-astenia, desapego con asocial-introversión, agresión-desconfianza con antagonismo-baja afabilidad y obsesivo-compulsivo con anancástico-responsabilidad. Los factores restantes —histrionismo-narcisismo, esquizotipia y antisocial— no tuvieron una correspondencia clara. Nestadt y cols. (2006) hallaron cinco factores relativamente independientes: compulsivo, distante, neurótico-evitador, insensible-impulsivo y egocéntrico. De la amplia muestra de Trull, Vergés, Wood, Jahng y Sher (2012) emergieron siete dimensiones latentes: paranoide, desregulación emocional/cognitiva, evitador/dependiente, antisocial, esquizoide, obsesivo-compulsivo y narcisismo. Cox,

Clara, Worobec y Grant (2012) extendieron su análisis anterior (Cox y cols., 2007) añadiendo los tres TP que no se incluyeron inicialmente (esquizotípico, límite y narcisista). El modelo con mejor ajuste fue el de tres factores correspondientes a los tres clusters clásicos. Sin embargo, cuando Trull, Vergés, Wood y Sher (2013) reanalizaron estos datos, concluyeron que la estructura de tres factores no era viable.

Otro grupo de estudios se ha realizado en muestras clínicas. Morey (1988) identificó dos grandes clusters que identificó como trastornos externalizantes *vs.* internalizantes. Hyler y cols. (1990) extrajeron hasta once factores sin correspondencia directa con las categorías DSM. Ekselius, Lindstrom, von Knorring, Bodlund y Kullgren (1994) encontraron un número mayor de factores de primer orden, 23, que podían agruparse de manera similar a los tres clusters del DSM. Su análisis sugirió además la existencia de dos ejes: el primero se extendía desde la hiperconciencia-inflexibilidad moral hasta las relaciones intensas-exhibicionistas y el segundo desde la evitación social hasta la elevada necesidad de atención. Nurnberg, Woodbury y Bogenschutz (1999) hallaron cuatro tipos puros que no se correspondían ni con las categorías DSM ni con los tres clusters: patología grave, ansiedad social-distanciamiento, dependencia-autodestructividad y asintomático. Del análisis de Blackburn, Logan, Renwick y Donnelly (2005) surgieron nueve factores de primer orden relativamente similares a las 10 categorías diagnósticas con la excepción del TP límite, que se repartía entre varios factores. La estructura de segundo orden se correspondía moderadamente con los tres clusters y una estructura de tercer orden resultó en dos grandes dimensiones: psicopatía y ansioso-inhibido, considerados como los extremos maladaptativos de los estilos externalizante e internalizante respectivamente. Otros investigadores han encontrado mayor correspondencia entre sus factores empíricos y las categorías clásicas (Durret y Westen, 2005; Huprich, Schmitt, Richard, Chelminski y Zimmerman, 2010; Blais y Malone, 2013).

De estos estudios puede extraerse que la mayor parte de los trastornos del DSM no existen tal como los hemos conocido hasta ahora, es decir, no reflejan la verdadera covariación de los rasgos de personalidad patológica. Sin embargo, son evidentes también dos aspectos que señalan la necesidad de más y mejor investigación sobre la estructura de la clasificación. El primero son los problemas metodológicos de muchos de los artículos citados: se ha utilizado un amplio abanico de instrumentos que difieren en su validez diagnóstica (Widiger, 2008), el tamaño muestral a menudo ha sido insuficiente (menos de 500 pacientes) llevándose a cabo los estudios más grandes en

muestras no clínicas (Trull y cols., 2012), y se han aplicado técnicas diversas de factorización, algunas de ellas actualmente en desuso. El otro es que los resultados difieren radicalmente en cuanto al número y la naturaleza de las dimensiones resultantes. Por este motivo, aunque la literatura establece claramente que la patología de la personalidad no se organiza tal y como propone el DSM, no ofrece información clara sobre cómo se organiza en realidad.

Modelos dimensionales

3.

3.1. El concepto de rasgo

Los modelos dimensionales se basan en el concepto de rasgo (Funder, 2006; Lenzenweger y Clarkin, 2005). El rasgo es una construcción hipotética que agrupa conductas, cogniciones, motivaciones o emociones de los sujetos que covarían entre sí, permanecen estables en el tiempo y en diferentes situaciones para ese sujeto, y permiten diferenciarlo de otros. Los modelos dimensionales resuelven muchos de los problemas y limitaciones de los modelos categoriales. Primero, los modelos de rasgo no se basan en el consenso, sino que son construcciones empíricas obtenidas por procedimientos psicométricos. En consecuencia, los rasgos son más homogéneos que las categorías del DSM, y reflejan mejor la manera en que las conductas realmente covarían. Segundo, los rasgos se basan en la cuantitividad, por ejemplo, los sujetos no son impulsivos o reflexivos, sino que se sitúan a lo largo de un continuo que representa diferentes grados de impulsividad. Este continuo se distribuye en la población siguiendo la curva normal. En este sentido, los modelos de rasgo reflejan mejor la verdadera naturaleza de los rasgos de personalidad, que es continua y no dicotómica. Tercero, estos modelos suponen la existencia de un limitado número de dimensiones básicas universales. Los sujetos difieren unos de otros en función de las distintas intensidades con que presentan cada rasgo y de las combinaciones que resultan de ello. Por tanto estos modelos no dan lugar a casos mixtos, atípicos o no especificados, sino que cualquier sujeto puede ser representado como un punto en el espacio n-dimensional definido por los rasgos. Cuarto, la personalidad se organiza de forma jerárquica, estando en los niveles superiores las dimensiones más abstractas y amplias. Según se desciende, aparecen rasgos cada vez más específicos (Widiger y Trull, 2007).

Finalmente, normalidad y patología son en estos modelos puntos de un continuo, no fenómenos separables. Los rasgos patológicos son variantes extremas de los rasgos de personalidad básicos, de manera que los TP se situarían en los polos de esos rasgos. Así, se supone que antisociales y evitadores se sitúan simplemente al extremo una serie de dimensiones continuas que representan la propensión estable a la ansiedad, la búsqueda de recompensa, o la afiliación interpersonal.

Existen tres enfoques fundamentales en la identificación de los rasgos de la personalidad humana. El *enfoque léxico* supone que todas las diferencias individuales han ido codificándose en el lenguaje natural debido a la necesidad de los seres humanos de describirse los unos a los otros. Los adjetivos más frecuentes, con mayor número de sinónimos y comunes a todas las culturas, son considerados los rasgos más importantes de la especie humana. Habitualmente se asocia el enfoque léxico con el *enfoque estadístico*. Una vez se determinan las características más frecuentes, se someten a análisis factorial, un procedimiento que identifica grupos de ítems que covarían entre sí pero que tienden a no covariar con los demás. El objetivo de este enfoque es definir las grandes dimensiones de personalidad. Por último, y a diferencia del enfoque estadístico que por definición es atóxico, el *enfoque teórico* determina sobre la base del conocimiento previo acumulado qué variables son importantes y deben ser medidas. Las ventajas y las desventajas de este enfoque van en consonancia con la potencia de la teoría. Una buena teoría nos permite navegar cómodamente por el mapa de la personalidad, mientras que una mala teoría nos condena a ir a la deriva. En la práctica, muchos de los investigadores utilizan una combinación de estos tres enfoques (Larsen y Buss, 2010).

Además, independientemente del método utilizado para construirlos, Los modelos dimensionales de que disponemos en la actualidad difieren entre sí fundamentalmente en tres aspectos. El primero es el número de rasgos, ya que diferentes modelos pueden proponer un número distinto de dimensiones generales o de segundo orden, así como dimensiones más específicas o de primer orden. La segunda diferencia es la relación que se asume entre rasgos: si correlacionan entre sí (oblicuos) como en el caso del modelo de Livesley y Jackson (2009) o si son independientes entre sí (ortogonales) como en el modelo de Costa y McCrae (1992). Esta ortogonalidad, sin embargo, suele ser más teórica que real, ya que las dimensiones fundamentales de la personalidad mantienen generalmente pequeñas correlaciones entre ellas. La tercera diferencia es la naturaleza de las dimensiones que contienen.

La investigación de las últimas décadas ha logrado delimitar cuatro dimensiones básicas de personalidad. Se hipotetiza que estas dimensiones corresponderían a cuatro sistemas cerebrales de adaptación al entorno, y que las diferencias individuales radicarían en la sensibilidad y fuerza de esos mecanismos, y por tanto en el grado en que éstos influyen sobre la conducta (Harkness, Reynolds y Lilienfeld, 2014).

1. El sistema de alarma o de castigo identifica y reacciona frente a estímulos aversivos o amenazas. La dimensión **Neuroticismo/Ansiedad vs. Estabilidad** refleja el mayor o menor nivel de actividad de este sistema. La hiperactividad del sistema causa una elevada atención vigilante, mayor percepción del peligro y emociones negativas intensas y duraderas. También se observa una mayor frecuencia de respuestas cognitivas frente a la amenaza (rumiaciones y anticipaciones) y respuestas conductuales tales como la evitación, la huida, el bloqueo, la sumisión y la agresión defensiva. En el polo opuesto, hay un elevado umbral para la percepción de peligros, apenas se observan anticipaciones y respuestas de defensa, y las reacciones emocionales son más tenues y efímeras.
2. El sistema de recompensa guía la búsqueda y aproximación a estímulos novedosos o de recompensa. La dimensión correspondiente es **Extraversión vs. Introversión**. Los sujetos extravertidos prefieren la estimulación ambiental intensa, se sienten muy motivados por incentivos, tienden a explorar las situaciones novedosas, son más sociables y activos, y en su búsqueda de gratificación experimentan más emociones positivas. Los sujetos introvertidos en

cambio rehúyen la estimulación externa, son poco incentivables, gustan de actividades rutinarias y son poco sociables.

3. El sistema de afiliación promueve y mantiene los vínculos a largo plazo: cuidado mutuo, intercambio, emparejamiento, crianza, amistad, y cohesión grupal. La actividad de este sistema se refleja en la dimensión **Amabilidad vs. Antagonismo**. Aquellos individuos con fuertes mecanismos de apego son cálidos, afables, gregarios, compasivos, necesitados de afecto y aceptación e inclinados a relaciones duraderas. En cambio, un sistema de afiliación hipoactivo implica una baja empatía e indiferencia a los lazos afectivos, lo que puede resultar en conductas de rechazo, agresión, explotación o crueldad.
4. El sistema de control pondera las consecuencias a corto y largo plazo de la conducta, de manera que determina el grado en que los anteriores sistemas motivacionales son expresados conductualmente o, por el contrario, son inhibidos. La dimensión que refleja esta actividad es **Impulsividad vs. Control**. Los sujetos con un sistema de control hipoactivo presentan un bajo umbral de paso al acto. Por ejemplo en extrovertidos, la impulsividad reflejaría conductas de riesgo como el consumo de drogas, mientras que en los ansiosos predominaría la retirada. En el extremo puesto encontramos los sujetos rígidos, controladores, previsores y conductualmente inhibidos.

3.2. Modelos dimensionales de personalidad normal

Los modelos factoriales que describen la personalidad normal se han utilizado durante décadas. Cattell (1966) elaboró una de las taxonomías de la personalidad más amplias en número de factores. Partió del enfoque léxico combinado con el estadístico, aunque lastrado por las limitaciones técnicas y metodológicas de la época. Identificó 16 factores de primer orden y cuatro de segundo orden: ansiedad, extraversión, autocontrol y dureza (ver Tabla 3). Eysenck y Eysenck (1985) desarrollaron a partir de los años 50 una taxonomía profundamente arraigada en la biología. Su estructura jerárquica incluye 3 factores de segundo orden (neuroticismo, extraversión y psicoticismo: PEN) y varios rasgos de primer orden para cada superfactor. Gray rotó 45 grados los ejes eysenckianos de extraversión y neuroticismo, dando lugar a dos nuevas dimensiones distintas pero relacionadas, denominadas impulsividad y ansiedad (Gray y McNaughton, 2000). La impulsividad tiene que ver con el sistema de activación conductual y correlaciona positivamente con la extraversión y el neuroticismo. La ansiedad se relaciona con el sistema de

inhibición conductual y correlaciona negativamente con la extraversión y positivamente con el neuroticismo.

Uno de los modelos más extendidos, investigados y sustentados por la evidencia científica es el modelo de los Cinco Grandes (FFM) de Costa y McCrae (1992). Su origen se encuentra en el enfoque léxico, que parte del conjunto de todos los descriptores de la personalidad disponibles en lengua inglesa y los somete a análisis factorial. El modelo está formado por cinco grandes dimensiones: neuroticismo, extraversión, apertura, conciencia y afabilidad. Estas dimensiones son amplias, bipolares y aproximadamente ortogonales (independientes entre sí). El instrumento más utilizado para medirlas es el autoinforme NEO-PI-R (Neuroticism-Extraversion-Openness Personality Inventory - Revised), que ha llegado a convertirse en el patrón-oro de la medida de la personalidad normal. Pese a ello, el tercer factor, la apertura, ha resultado difícil de describir y replicar. Diversos autores lo han denominado cultura, intelecto, imaginación, apertura a la experiencia, inteligencia fluida o sensibilidad mental.

Sin embargo, existen otros modelos dimensionales que cuentan también con una sólida evidencia empírica. Zuckerman (2002) conjuga el planteamiento léxico factorial del modelo FFM con la tradición biológico-factorial y plantea un modelo de 5 factores llamados los Cinco Alternativos: neuroticismo-ansiedad, búsqueda impulsiva de sensaciones, actividad, sociabilidad y agresión-hostilidad. Los factores actividad y sociabilidad se presentan en ocasiones bajo un único factor llamado Extraversión, similar al propuesto por Eysenck. El modelo HEXACO (Ashton y Lee, 2007) proviene del enfoque

léxico pero se desarrolla a partir de estudios independientes al FFM y teniendo en cuenta el léxico de otras culturas diferentes a la anglosajona. Este modelo añade la dimensión honestidad/humildad a las Cinco Grandes, que describe rasgos de honestidad, sinceridad y justicia. Cloninger, Przybeck, Svrakic y Wetzel (1994) proponen un modelo de siete factores, desarrollado racionalmente a partir de un modelo de aprendizaje operante (activación, inhibición y mantenimiento de conductas). Se compone de cuatro dimensiones de temperamento que se suponen altamente heredables y de manifestación temprana: búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia; y tres dimensiones de carácter que hipotéticamente representan la vertiente adquirida de la personalidad: autodirección, cooperación y autotranscendencia. Este modelo ha sido contrastado como modelo general de personalidad tanto en población normal como clínica. Cloninger sugiere que la presencia de un diagnóstico de TP debe hacerse sobre la base de las dimensiones de carácter (baja autodirección, cooperación y autotranscendencia), mientras que el temperamento determinará el tipo de trastorno. Finalmente, Rushton e Irwing (2011) analizan las intercorrelaciones entre los cinco factores del FFM y obtienen un único factor, que denominan Factor General de la Personalidad. Elevadas puntuaciones en ese superfactor representan la personalidad “buena” en contraste con la “mala”. Los individuos con personalidad “buena” son altruistas, agradables, relajados, sociables, concienzudos y abiertos. En definitiva, esta dimensión se caracteriza por la efectividad social.

Tabla 3. Dimensiones básicas de los modelos de personalidad normal

	NEUROTICISMO	EXTRAVERSIÓN	CONTROL	ANTAGONISMO	APERTURA
Cattell (1966) 16-PF	Ansiedad	Extraversión	Autocontrol	Dureza	
Eysenck y Eysenck (1985) EPQ	Neuroticismo	Extraversión	(-) Psicoticismo (+)		
Gray y McNaughton (2000)	(+) Sensibilidad al castigo (-)				
	(-) Sensibilidad a la recompensa (+)				
Costa y McCrae (1992) NEO-PI-R	Neuroticismo	Extraversión	Responsabilidad	Amabilidad (-)	Apertura
Zuckerman (2002) ZPQ	Neuroticismo / Ansiedad	(+) Búsqueda impulsiva de (-) sensaciones		Agresión / Hostilidad	
		Sociabilidad / Actividad			
Cloninger y cols. (1994) TCI-R	(+) Evitación del daño (-)		Persistencia	Dependencia de la recompensa (-)	Espiritualidad
	(+) Búsqueda de novedad (-)				

Ashton y Lee (2007) HEXACO	Emocionalidad	Extraversión	Escrupulosidad	Cordialidad (-) / Hostilidad- humildad	Apertura
Rushtong e Irving (2011) GFP	Factor p				

3.3. Modelos dimensionales de personalidad patológica

3.3.1. Emergencia de los modelos de patología dimensional

Los modelos dimensionales se han ido progresivamente incorporando a la práctica clínica, donde han demostrado la misma utilidad, si no más, que los modelos categoriales (Lowe y Widiger, 2009). El hecho de que la investigación sobre rasgos de personalidad anormal haya apoyado consistentemente un modelo universal análogo al FFM sugiere que los TP podrían ser representados como los polos extremos de los mismos rasgos ya identificados en la población no clínica (Livesley y Jang, 2000). En los años 90 emergen los modelos de personalidad patológica, que utilizan los planteamientos teóricos y los métodos estadísticos de la psicología del rasgo para reorganizar de forma dimensional las características y los criterios clínicos de los TP. Así, a diferencia de los modelos de personalidad normal, estos modelos evalúan y factorizan rasgos anormalmente intensos. Ello les permite identificar las dimensiones de personalidad subyacentes a las categorías diagnósticas oficiales, lo que clarifica la estructura de éstas últimas y posibilita una transición gradual entre la tradición categorial y la dimensional (Livesley, 2007).

Tabla 4. Dimensiones básicas de los modelos de personalidad patológica

	NEUROTICISMO	EXTRAVERSIÓN	ANTAGONISMO	CONTROL	PSICOTICISMO
Siever y Davis (1991)	Inestabilidad afectiva Ansiedad-inhibición		(+) Impulsividad-agresividad (-)		Organización cognitivo-perceptiva
Clark (1993) SNAP	Afectividad negativa	Afectividad positiva		Desinhibición (-)	
Livesley (1998) DAPP-BQ	Desregulación emocional	Inhibición	Conducta Disocial	Compulsividad	
Austin y Deary (2000)	Asténico	Asocial	Antisocial	Anancástico	
De Clercq (2006) DIPSI	Inestabilidad emocional	Introversión	Desagradabilidad	Compulsividad	
Tyrer (2011) ICD-11	Inestabilidad emocional Ansioso/dependiente	Asocial/esquizoide	Disocial/antisocial	Obsesivo/Anancástico	

Siever y Davis (1991) proponen un continuum entre los ejes I y II del DSM. Distinguen cuatro dimensiones de personalidad: organización cognitivo-perceptiva, inestabilidad afectiva, impulsividad-agresividad y ansiedad-inhibición (ver Tabla 4). Las anomalías en estas dimensiones ocurren en un continuum en el que los extremos forman trastornos del eje I, mientras que las desviaciones más moderadas y estables darán lugar a la patología del eje II. Clark (1993) partió de los criterios del DSM para crear el autoinforme SNAP (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality), diseñado para evaluar 15 rasgos de personalidad normales y patológicos. Tanto las escalas del SNAP como del SNAP-2 (Clark, Simms, Wu y Casillas, 2009) pueden organizarse en tres grandes dominios: afectividad negativa, afectividad positiva y desinhibición. El modelo de cuatro dimensiones evaluado mediante el DAPP-BQ (Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire; Livesley y Jackson, 2009) se desarrolló en paralelo y de forma similar al SNAP. En este caso, los análisis factoriales revelaron 18 factores oblicuos (interrelacionados) de primer orden aplicables tanto a población general como a la población clínica. Análisis posteriores agruparon esos factores en cuatro dimensiones ortogonales de segundo orden: desregulación emocional, conducta disocial, inhibición y compulsividad. Estas dimensiones son superponibles a las del FFM: neuroticismo, amabilidad, extraversión y responsabilidad, respectivamente. Los modelos de Clark y Livesley presentan también una notable convergencia

Skodol (2011)	Emocionalidad negativa	Desapego	Antagonismo	Desinhibición Compulsión (-)	Esquizotipia
Krueger (2012) PID-5	Emocionalidad negativa	Desapego	Antagonismo	Desinhibición (-)	Psicoticismo
Harkness (2012) PSY-5	Emocionalidad negativa	Extraversión/Emocionalidad positiva	(+) Antisocialidad (-) (+) Agresividad (-)		Psicoticismo

entre sí en cuanto al contenido, y una estructura similar de segundo orden (Clark, Livesley, Schroeder e Irish, 1996). El modelo de Austin y Deary (2000), surgido de la factorialización de los ítems del DSM-III-R, también cuenta con cuatro factores de segundo orden: antisocial, asocial, asténico y anancástico, que se denominaron las cuatro “As”. Una estructura similar se ha encontrado en población infanto-juvenil. El modelo de patología de la personalidad infantil de De Clercq, De Fruyt, Van Leeuwen y Mervielde (2006) tiene cuatro dimensiones de orden superior: inestabilidad emocional, desagradabilidad, introversión y compulsividad. Estas dimensiones de personalidad patológica muestran una clara correspondencia con las halladas en los modelos de Livesley, Clark y Austin y Deary en adultos. Las cuatro dimensiones pueden a su vez organizarse en dos superfactores que representan los rasgos externalizantes e internalizantes. Por su parte, Harkness en su modelo PSY-5 (Harkness, Finn, McNulty y Shields, 2012) propone cinco dimensiones bien alineadas con las anteriores: emocionalidad negativa, extroversión/emocionalidad positiva, antisocialidad, control/agresividad y psicoticismo.

3.3.2. Modelo dimensional del DSM-5

De entre los modelos de patología dimensional, dos están adquiriendo una especial relevancia por haber sido construidos para sustituir las taxonomías categoriales de DSM y CIE. En cuanto a la quinta edición del Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013), incluye dos modelos de patología de la personalidad. En la sección II se mantienen intactas las categorías tradicionales de TP de su antecesor, el DSM-IV-TR, mientras que en la sección III se presenta un modelo dimensional alternativo (Gøtzsche-Astrup y Moskowitz, 2016). La transición de un modelo categorial tradicional a uno dimensional, con la posibilidad de perder diagnósticos muy arraigados en el conocimiento clínico, ha llevado al grupo de trabajo para el estudio de los TP a proponer un modelo híbrido que aporte cierta continuidad (Krueger, Skodol, Livesley, Shrout y Huang, 2007). La selección de los criterios descriptivos de la personalidad patológica y su organización en dimensiones se llevó a cabo partiendo de una amplia revisión de rasgos específicos que capturaban características desadaptativas

clínicamente relevantes incluyendo, pero no limitándose, a los criterios del DSM-IV-TR. El modelo inicial incluía el dominio compulsividad, cuyas facetas (principios rígidos y adicción al trabajo, perfeccionismo y preocupación por la organización) estaban incluidas en la lista inicial del trastorno obsesivo-compulsivo. Ese dominio finalmente se eliminó, ya que mostraba escasa coincidencia con la responsabilidad del FFM, que más bien correlacionaba negativamente con la desinhibición (Krueger y Markon, 2014). El proyecto culminó en el cuestionario PID-5 (Personality Inventory for DSM-5, Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol, 2012), un instrumento psicométricamente robusto (Dhillon, Bagby, Kushner y Burchett, 2017; Quilty, Cosentino y Bagby, 2017) que evalúa 25 rasgos específicos de personalidad desadaptada (facetas) agrupados en cinco grandes dominios (ver Tabla 5). Esta estructura se corresponde aproximadamente con la propuesta por Widiger y Simonsen (2005).

Tabla 5. Dominios y facetas del modelo dimensional del DSM-5 (criterio B)

Dominios	Facetas-rasgos	Nº rasgos (total:25)
Afectividad negativa vs. Estabilidad emocional	Inestabilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, sumisión, hostilidad, perseverancia, <i>depresión, desconfianza, afecto restringido (carencia)</i> .	6
Desapego vs. Extraversión	Evitación, evitación de la intimidad, anhedonia, depresión, afecto restringido, suspicacia.	6
Antagonismo vs. Amabilidad	Manipulación, falsedad, grandiosidad, búsqueda de atención, insensibilidad, <i>hostilidad</i> .	5
Desinhibición vs. Escrupulosidad	Irresponsabilidad, impulsividad, distraibilidad, asunción de riesgos, perfeccionismo rígido (carencia).	5
Psicoticismo vs. Lucidez	Creencias y experiencias inusuales, excentricidad, desregulación cognitiva y perceptiva.	3

Nota: las facetas en cursiva son comunes con otros dominios.

Además, se considera que ciertas configuraciones de rasgos patológicos señalarían la presencia de alguna de las seis categorías diagnósticas tradicionales que fueron conservadas. Los trastornos categoriales incluidos en la sección III son: antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico (ver Tabla 6). En el caso de que exista un TP pero no se ajuste a ninguna de estas categorías específicas, se codificará como TP especificado por rasgos (TP-ER) (APA, 2013). De esta manera las tradicionales constelaciones de rasgos quedan cubiertas con el nuevo modelo dimensional.

Tabla 6. Facetas asociadas a las 6 categorías específicas en DSM-5

Categoría	Facetas
Antisocial	Manipulación (antagonismo)
	Insensibilidad (antagonismo)
	Engaño (antagonismo)
	Hostilidad (antagonismo)
	Asunción de riesgos (desinhibición)
	Impulsividad (desinhibición)
	Irresponsabilidad (desinhibición)
Evitador	<i>Ansiedad (afectividad negativa)</i>
	Distanciamiento (desapego)
	Anhedonia (desapego)
	Evitación de la intimidad (desapego)
Límite	Labilidad emocional (afectividad negativa)
	Ansiedad (afectividad negativa)
	Inseguridad de separación (afectividad negativa)
	Depresión (afectividad negativa)
	<i>Impulsividad (desinhibición)</i>
	<i>Asunción de riesgos (desinhibición)</i>
	<i>Hostilidad (antagonismo)</i>
Narcisista	Grandiosidad (antagonismo)
	Búsqueda de atención (antagonismo)
Obsesivo-compulsivo	<i>Perfeccionismo rígido (polo opuesto a desinhibición)</i>
	Perseverancia (afectividad negativa)
	Evitación de la intimidad (desapego)
	Afectividad restringida (desapego)

Esquizotípico	Desregulación cognitiva y perceptiva (psicoticismo)
	Creencias y experiencias inusuales (psicoticismo)
	Excentricidad (psicoticismo)
	Afectividad restringida (desapego)
	Distanciamiento (desapego)
	Desconfianza (desapego)

Nota: antisocial requiere un mínimo de 6 facetas, evitador 3, límite 4, narcisista 2, obsesivo-compulsivo 3 y esquizotípico 4. Las cursivas indican los criterios de obligado cumplimiento (en el caso del trastorno límite, debe ser al menos 1).

Pese a su implementación reciente, el modelo dimensional del DSM-5 ya cuenta con un abundante cuerpo de evidencia que apoya su estructura. El análisis de Wright y cols. (2012) sobre el PID-5 produjo una estructura jerárquica de cinco niveles. En el segundo nivel se distinguen los grandes dominios de patología internalizante y externalizante y en el cuarto nivel aparecen cuatro dimensiones similares a las del modelo de Livesley y Jackson (2009). En el quinto nivel aparece la dimensión psicoticismo, confirmando la estructura propuesta por la APA. Estos hallazgos se han replicado en muestras clínicas y de población general, así como en diferentes lenguajes y culturas (De Clercq y cols., 2014; Fossati, Krueger, Markon, Borroni y Maffei, 2013; Gutiérrez y cols., 2017; Zimmermann y cols., 2014). Otros autores han analizado la correspondencia entre las categorías tradicionales de la sección II y el sistema dimensional de la sección III. Por ejemplo, Evans y Simms (2017) encontraron que el modelo alternativo representaba adecuadamente la sintomatología tradicional del TP límite. Rojas y Widiger (2016) analizaron la correspondencia entre los criterios clásicos y las facetas asociadas en este mismo trastorno, y hallaron que el criterio de abandono correlacionaba con las facetas ansiedad de separación e impulsividad, el criterio impulsividad con las facetas impulsividad y asunción de riesgos, el criterio de inestabilidad afectiva con la faceta labilidad emocional y el criterio de ira con la faceta de hostilidad. Sugirieron que los criterios de inestabilidad relacional y alteración de la identidad deberían cargar en el criterio A (funcionamiento) y que la disociación paranoide quedaba bien reflejada en las facetas suspicacia y desregulación perceptiva. Sin embargo, los criterios de autoagresión y sensación de vacío no quedaban cubiertos por el modelo alternativo. Sleep y cols. (2017) analizaron las correspondencias del modelo alternativo con el FFM. De forma consistente con estudios previos, constataron que ambos modelos funcionaban de forma similar a

excepción del dominio psicoticismo, que coincidía escasamente con apertura. Finalmente, otros estudios no sólo observan que los criterios de la sección II tienden a estar significativamente asociados con la configuración de facetas de la sección III (Bach, Anderson y Simonsen, 2017), sino que ambos modelos muestran asociaciones similares con el funcionamiento, sugiriendo que los rasgos DSM-5 capturan los aspectos importantes del modelo tradicional (Chmielewski, Ruggero, Kotov, Liu y Krueger, 2017).

3.3.3. Modelo dimensional de la CIE-11

Un segundo modelo de patología dimensional, que es esperable que reciba una extensa atención en los próximos años, es el propuesto por el comité para la undécima revisión de la CIE (Tyrer y cols., 2011; 2015). Este sistema propone la realización del diagnóstico en tres pasos. El primer paso consiste en establecer si el paciente satisface la definición general para TP. El segundo paso identifica la gravedad de la alteración de la personalidad. El tercer paso trata de establecer qué dominio predomina en el paciente en un sistema de cinco dimensiones de personalidad patológica (Tabla 7). Esta propuesta no incluye un dominio de psicoticismo. Tradicionalmente la CIE ha carecido de la categoría DSM de TP esquizotípico, que ha sido entendido como una variante de la esquizofrenia más que como una patología de la personalidad.

Tabla 7. Dominios de personalidad según la propuesta CIE-11

Dominio	Características
Afectividad negativa	Vulnerabilidad, estados emocionales negativos ante estresores mínimos, ansiedad, ira, irritabilidad, depresión, autodesprecio.
Desapego	Aislamiento social, evitación de relaciones íntimas, desinterés y frialdad en la relación social, expresividad emocional disminuida.
Disocial	Insensibilidad, crueldad, ausencia de empatía, hostilidad, agresión, autoconcepto positivo, sensación de privilegio, manipulación, explotación interpersonal.
Desinhibición	Irresponsabilidad, impulsividad, distraibilidad, imprudencia.
Anancastia	Perfeccionismo, reflexividad, pulcritud y responsabilidad, preocupación por seguir las normas y cumplir con las responsabilidades, obstinación, perseverancia, reserva emocional y conductual.

En definitiva, el proceso diagnóstico implica identificar la presencia/ausencia del TP, su nivel de gravedad y, si resulta relevante, sus rasgos característicos (Tyrer y cols., 2011; 2015). Oltmanns y Widiger (2017) desarrollaron recientemente el PiCD (Personality Inventory for ICD-11) una medida de autoinforme para el modelo de rasgos de CIE-11. La estructura resultante del análisis factorial del instrumento constaba de cuatro factores en lugar de las cinco dimensiones del modelo, encontrándose desinhibición y anancástico en los polos opuestos de la misma dimensión. Aunque se consideró la opción de integrar ambos dominios en una misma dimensión —como en el caso del PID-5, la SNAP y el modelo Widiger y Simonsen (2005)—, se decidió finalmente conservar las cinco dimensiones unipolares, no sólo para mantener una estructura coherente, sino porque la evidencia arroja algunas dudas sobre si una dimensión bipolar desinhibición-anancastia cubre realmente la sintomatología del TP obsesivo-compulsivo (Rojas y Widiger, 2017).

Aunque las propuestas DSM5 y CIE-11 han sido desarrolladas independientemente y muestran divergencias en algunos aspectos, resultan conceptualmente compatibles (Tabla 8). Existen sin embargo algunas diferencias fundamentales. La CIE-11 incide especialmente en la gravedad del trastorno como variable principal del diagnóstico. Descarta por completo las categorías tradicionales de TP, en lugar de optar por un sistema híbrido. Aunque cuatro de las dimensiones son aparentemente equivalentes, la CIE-11 no incluye una dimensión de psicoticismo, al haberse clasificado siempre el TP esquizotípico dentro del espectro de la esquizofrenia. En cambio incluye dimensiones independientes para desinhibición y anancastia, que en el DSM-5 forman una única dimensión bipolar (Tyrer y cols., 2015). Por último, la CIE-11 no prevé incluir facetas para sus dominios, al considerar el grupo de trabajo que su inclusión conllevaría una excesiva complejidad. Hasta el momento no hay estudios que confirmen empíricamente la convergencia entre ambos modelos (Oltmanns y Widiger, 2017).

Tabla 8. Comparación de las dimensiones de personalidad patológica CIE-11 vs. DSM-5

CIE-11	DSM-5
Afectividad negativa	Afectividad negativa vs. Estabilidad emocional
Desapego	Desapego vs. Extroversión
Disocial	Antagonismo vs. Amabilidad
Desinhibición	Desinhibición vs. Escrupulosidad
Anancastia	
(espectro de la esquizofrenia)	Psicoticismo vs. Lucidez

3.3.4. Integración de modelos

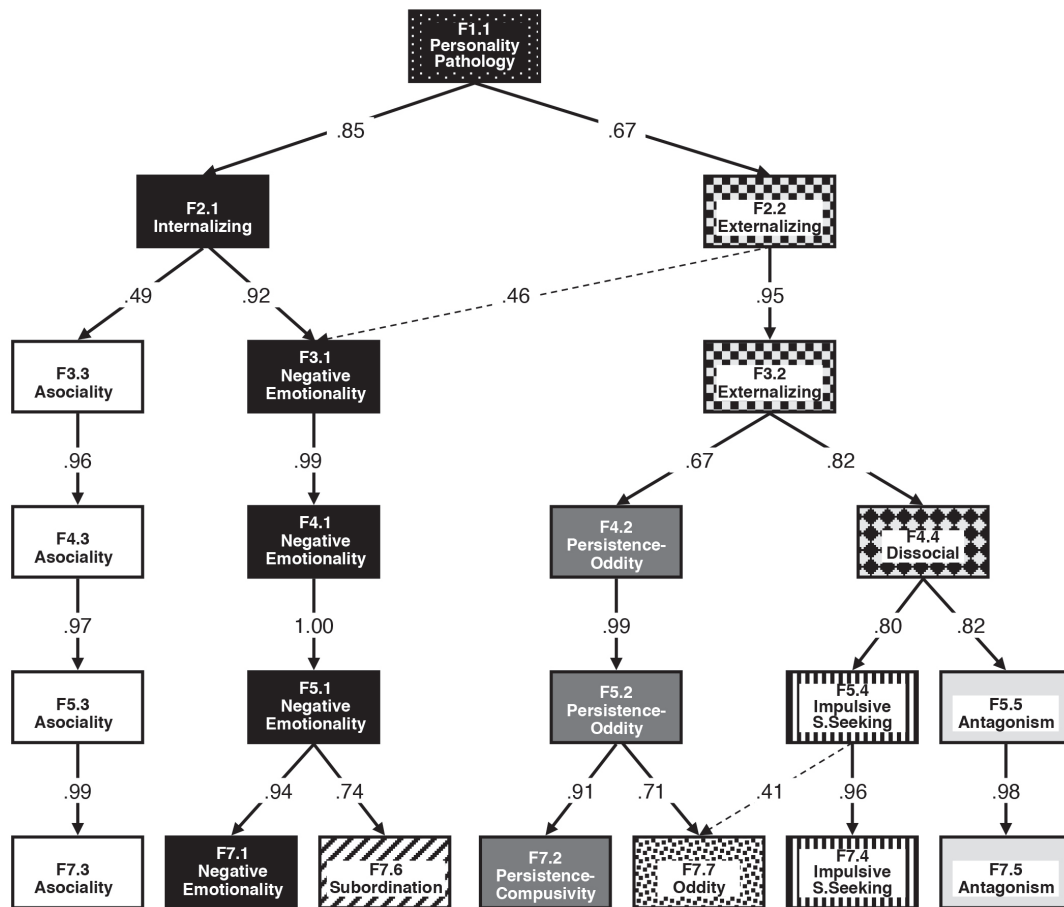
En la última década se ha ido haciendo evidente que la multiplicidad de modelos dimensionales existentes converge en una estructura común. Se han publicado diversas revisiones sobre la extensa literatura que atañe a los modelos propuestos. En su revisión de 18 modelos dimensionales, Widiger y Simonsen (2005) concluyen que cuatro dimensiones cubren el rango de la patología de la personalidad: desregulación emocional *vs.* estabilidad, extraversión *vs.* introversión, antagonismo *vs.* conformidad y control *vs.* impulsividad. En un metaanálisis de 33 estudios, O'Connor (2005) compara los modelos patológicos con el FFM y sugiere también un modelo de cuatro dimensiones: neuroticismo, amabilidad, extraversión y responsabilidad. En la revisión de Mulder, Newton-Howes, Crawford y Tyrer (2011) vuelven a aparecer cuatro dimensiones: externalizante, internalizante, esquizoide-asocial y obsesivo-anancástico, que se desprende del factor internalizante.

Watson, Clark y Chmielewski (2008), integrando los modelos de personalidad normal de Costa y McCrae (1992) y Eysenck y Eysenck (1985), y el modelo de personalidad patológica de Clark (1993), concluyen que los cuatro factores sobre los que existe consenso (Big Four) dejan sin cobertura características del cluster A. Proponen una estructura de seis factores (Big Six), siendo los cuatro primeros neuroticismo, extraversión, antagonismo y control, y los dos adicionales apertura y rareza. Widiger, Livesley y Clark (2009) ofrecen un modelo integrado partiendo del análisis conjunto del DAPP-BQ, la SNAP y el NEO-PI-R. Los dos primeros convergen sustancialmente al haber sido desarrollados mediante procedimientos similares. Proponen cuatro dominios: neuroticismo *vs.* estabilidad emocional, introversión *vs.* extraversión, antagonismo *vs.* amabilidad, y responsabilidad *vs.* baja confiabilidad, que corresponden a neuroticismo, extraversión, amabilidad y responsabilidad en el FFM. El factor apertura está ausente, ya que la evidencia no aclara cuál es el papel que juega en la patología de la personalidad. Una posible explicación sería que la variante maladaptativa de ese factor (aberraciones perceptivas y cognitivas) no aparece en los análisis factoriales porque sus síntomas no son lo suficientemente prevalentes como para formar un factor independiente de los otros cuatro.

Otros autores han tratado de integrar los diferentes modelos recurriendo a estructuras jerárquicas. En efecto, la evidencia disponible sugiere que los rasgos de personalidad están jerárquicamente organizados, encontrándose en los niveles inferiores un gran número

de rasgos específicos (esenciales para la planificación de los tratamientos) y en los niveles superiores un número reducido de dimensiones que resultarían más útiles en la comunicación entre clínicos y en investigaciones epidemiológicas. Por esta razón, autores como Livesley y Jang (2000) sugieren que toda taxonomía de las diferencias individuales debería incorporar esa jerarquía. Markon, Krueger y Watson (2005) obtienen una jerarquía de cuatro niveles no balanceada, es decir, con dimensiones que emergen en un mismo nivel jerárquico pero difieren en sus niveles de abstracción. Coronando la estructura se sitúan las dimensiones α (estabilidad) y β (plasticidad) ya identificadas por Digman (1997). De este segundo superfactor surgirán en el cuarto nivel las dimensiones Extraversión y Apertura, siendo el elemento común la emocionalidad positiva. Del superfactor α partirán dos grandes ramas, la emocionalidad negativa que será el Neuroticismo en el cuarto nivel, y la desinhibición, que se convertirá en amabilidad y responsabilidad en el cuarto nivel. Por tanto, el nivel inferior compuesto de cinco factores sustenta el FFM como modelo de referencia tanto para la personalidad normal como para la patológica. A diferencia de otros estudios, el factor apertura no está enteramente definido por medidas de personalidad normal. Gutiérrez, Vall, Peri, Gárriz y Garrido (2014) elaboran un modelo unificado que integra los 10 TP del DSM y los modelos de Livesley y Jackson (2009) y de Cloninger y cols. (1994). Su jerarquía de seis niveles de abstracción no sólo demuestra que es posible integrar los modelos de personalidad normal y patológica, sino que además identifica el nivel de abstracción de los rasgos más comunes en la literatura científica. Por ejemplo, en el cuarto nivel aparecen las dimensiones emocionalidad negativa, asocialidad y disocialidad, correspondientes al Big Four. En el nivel más bajo de la jerarquía se encuentran las dimensiones de búsqueda impulsiva de sensaciones y antagonismo, que vienen de la disocialidad, además de la persistencia-compulsividad y la rareza (o psicoticismo) (Figura 1).

Figura 1. Modelo unificado de los TP (Gutiérrez y cols., 2014)



En definitiva, la estructura de la patología de la personalidad ha recibido una atención preferente en las últimas dos décadas, de manera que podemos hablar actualmente de una sólida base de evidencia y de un amplio consenso. Sin embargo, esto se refiere sólo a los modelos dimensionales, mientras que la verdadera organización de los criterios del DSM sigue siendo una incógnita. Clarificar este punto es esencial por varios motivos. Primero, ignoramos si en la transición desde modelos categoriales a dimensionales hay aspectos clínicos que se pierden al no estar bien recogidos en los modelos dimensionales. Conocer la estructura empírica de la clasificación DSM permitiría la comparación entre rasgos. Segundo, pese a sus notorias deficiencias, las clasificaciones categoriales han sido preceptivas tanto en la clínica como en la investigación durante las últimas cuatro décadas, por lo que una parte muy importante de lo que sabemos sobre los TP utiliza las categorías como referencia. Conocer la verdadera estructura del DSM permitiría el trasvase de conocimiento de un sistema al otro sin perder el conocimiento que se ha ido acumulando a lo largo de décadas.

Evaluación de la personalidad: cuestionarios y entrevistas 4.

Un aspecto importante a tener en cuenta cuando hablamos de la evaluación y diagnóstico de los TP es que la personalidad no es un fenómeno directamente observable, sino que se trata de un constructo abstracto e inferencial. Esto no impide su medición —sólo hay que pensar en la aceleración gravitatoria (g), la carga eléctrica, o la temperatura— pero desde luego no la facilita. La personalidad es un constructo que trata de reflejar las regularidades en la conducta, la motivación, el afecto y la cognición de los sujetos evaluados. En el pasado, estas regularidades se han intentado inferir a partir de la forma del cráneo (frenología de Gall), los rasgos faciales (fisiognomía de Lavater o Szondi, morfopsicología de Corman) o el estilo de escritura (grafología). La futilidad de estos intentos sólo subraya la dificultad del estudio para acceder completamente a los fenómenos englobados por la personalidad. En efecto, muchos de estos fenómenos son internos, es decir, perceptibles únicamente por el sujeto que los experimenta e inobservables para los demás, mientras que otros fenómenos pueden ser fácilmente advertidos por cualquiera. Algunos requieren una capacidad de introspección notable, mientras que otros son totalmente inaccesibles tanto para el sujeto como para los demás independientemente de su perspicacia. Todos ellos exigen percibir y recordar con cierta precisión hábitos, ideas, reacciones, intereses, o interacciones de la persona, estimando su intensidad y su frecuencia a lo largo de extensos periodos de tiempo y en condiciones ambientales diferentes. En efecto, no es fácil establecer la existencia de un rasgo de personalidad mediante una evaluación transversal u observando al sujeto sólo en ciertas situaciones particulares. Se ha señalado también que los mismos rasgos de personalidad pueden expresarse de forma diferente en diferentes sujetos, en hombres y mujeres, o en diferentes etapas de la vida (Van den

Broeck, Rossi, Dierckx y De Clercq, 2012). En el caso de los TP encontramos dificultades añadidas. Una de ellas es la presencia de comorbilidad con diagnósticos del eje I que ocultan, acentúan o modifican de cualquier otra manera los rasgos subyacentes (Tyrer y cols., 2015). Otra es la reticencia del propio paciente a informar de rasgos de los que no es totalmente consciente, o que llevan implícita una etiqueta de “trastorno mental”. No es de extrañar, por tanto, que para valorar la personalidad y sus trastornos se haya considerado necesario recabar datos en diferentes ámbitos de funcionamiento, a través de procedimientos diversos y basados en diferentes fuentes de información. Tampoco ha de sorprender el hecho de que incluso la mejor de las soluciones al problema de la medición esté repleta de objeciones.

4.1. Métodos de evaluación

Los procedimientos habituales en la evaluación de la patología de la personalidad son los métodos de autoinforme, entrevista y observacionales. Los métodos de autoinforme se refieren principalmente a los cuestionarios, que dependen por completo del paciente, quien transmite sus actitudes, experiencias, pensamientos, conductas, sentimientos y autoevaluaciones. Las entrevistas se basan en la información verbal proporcionada por el mismo sujeto a un experto. Los métodos observacionales incluyen las calificaciones y observaciones hechas por clínicos o por iguales (*clinician ratings/peer report ratings*). En este caso se trata de informaciones relativas a la impresión que causa el paciente en los demás, registradas por el propio clínico o el entorno del paciente. Los dos últimos no resultan útiles para recabar información relativa a experiencias privadas si no se obtiene la colaboración del paciente. Además, existen otros métodos menos utilizados como

los de actuación, que incluyen tests comportamentales y proyectivos, los psicofisiológicos, basados en reacciones somáticas de los pacientes frente a estímulos externos, y los métodos de archivo, que suponen la revisión de documentación relacionada con el paciente en varios contextos: laboral, salud, judicial, etc.

El método preferido para evaluar los TP en la práctica clínica es la entrevista no estructurada, en la que el profesional inquiere sobre los aspectos que le parecen relevantes según su experiencia y conocimientos. Este método no es adecuado para la investigación (ni probablemente para la práctica clínica) debido a la enorme variabilidad entre profesionales. Ello ha obligado al desarrollo de entrevistas semiestructuradas que incrementasen la fiabilidad y reproducibilidad del diagnóstico en la investigación. Sin embargo, los cuestionarios, que han sido durante décadas considerados un método de inferior calidad, están desplazando rápidamente a las entrevistas en la clínica y la investigación (Widiger y Samuel, 2005b). Podemos clasificar los instrumentos diagnósticos más habituales según el modelo en el que se basan y el método de evaluación (Tabla 9).

Tabla 9. Procedimientos habituales en evaluación de la personalidad

	Modelo	
	Categorial	Dimensional
Entrevista	<p><u>Basadas en DSM-IV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de la Personalidad de DSM-IV, DIPD-IV (Zanarini, Frankenburg, Sickel y Yong, 1996). Entrevista Clínica Estructurada para el eje II, SCID-II (First y cols., 1995). Entrevista Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV, SIDP (Pfohl, Black y Zimmerman, 1997). Entrevista de Trastorno de la Personalidad-IV, PDI-IV (Widiger, Mangine, Corbitt, Ellis y Thomas, 1995). <p><u>Basadas en CIE-10</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad; IPDE (Loranger, 1999). 	<p>No existe un uso generalizado. Existe una versión DAPP-BQ no publicada.</p>
Autoinforme	<p><u>Basados en DSM-IV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Inventario de Eje II Coolidge; CATI (Coolidge y Merwin, 1992). Cuestionario de Diagnóstico de la Personalidad-IV; PDQ-IV (Hyer, 1994). Inventario de Trastorno de Personalidad Wisconsin para DSM-IV; WISPI-IV (Klein y cols., 1993). <p><u>No existen autoinformes basados en CIE-10.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire; DAPP-BQ (Livesley y Jackson, 2009). Personality Psychopathology-Five; PSY-5 (Harkness y McNulty 1994). Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality; SNAP (Clark, 1993). The Personality Inventory for DSM-5 PID-5 (Krueger y cols., 2012). The Personality Inventory for ICD-11; PiCD (Oltmanns y Widiger, 2017)

4.2. Ventajas y desventajas de los autoinformes

Tradicionalmente se ha considerado que los autoinformes arrojaban un exceso de falsos positivos (Davison, Leese y Taylor, 2001; de Reus, van den Berg y Emmelkamp, 2013; Duijsens, Bruinsma, Jansen, Eurelings-Bontekoe y Diekstra, 1996; Hyler, 1994) y que eran demasiado vulnerables a la manipulación por parte del sujeto. Por ejemplo, los intentos por dar una imagen positiva, la llamada *deseabilidad social*, típicamente producen la disminución de puntuaciones en escalas que miden psicopatología o rasgos de personalidad indeseables, mientras que los intentos por aparentar psicopatología habitualmente elevan las puntuaciones globales del test (Dhillon y cols., 2017).

Ciertamente, los autoinformes presentan una serie de desventajas. La posibilidad de una interpretación errónea o idiosincrásica de los ítems y el formato de respuesta dicotómico, que no puede distinguir entre patrones generalizados y ocurrencia esporádica, han sido señalados como debilidades de algunas medidas de autoinforme (Kelley y cols., 2016). La defensividad y la falta de *insight* inherente a muchos TPs puede dificultar la obtención de información veraz (De Ruiter y Greeven, 2000), y las motivaciones para ofrecer una buena (o mala)

auto-presentación por parte del sujeto pueden también distorsionar el resultado final (Miller, Bagby y Pilkonis, 2005).

Sin embargo, los autoinformes también poseen una serie de ventajas indiscutibles como son el bajo coste económico y la facilidad de administración. Lejos de ser más vulnerables a la manipulación, parecen incrementar la probabilidad de respuestas sinceras, ya que los sujetos tienden a dar menos respuestas socialmente deseables ante preguntas autoadministradas que si estas son planteadas por un investigador (Kelley y cols., 2016). Estudios recientes sugieren que las puntuaciones en narcisismo y psicopatía, dos de los TP tradicionalmente afectos de falta de *insight* y manipulación de la respuesta, no se ven afectadas negativamente por el formato de autoinforme (Samuel, 2015; Watts y cols., 2016). Los autoinformes también son considerados superiores a la entrevista en la evaluación de síntomas experienciales y subjetivos (Hopwood y cols., 2008; Samuel y cols., 2011) y en la evaluación de rasgos que reflejan creencias sobre uno mismo o los demás, así como la frecuencia de reacciones sociales y emocionales (Blackburn, Donnelly, Logan y Renwick, 2004). Por ejemplo, la alteración de la identidad es mejor captada mediante autoinforme (Samuel, 2011).

4.3. Ventajas y desventajas de las entrevistas

Tradicionalmente se ha considerado que las entrevistas contrarrestan algunas limitaciones de los autoinformes: permiten mayor flexibilidad, toman en consideración la comunicación no verbal y, al menos teóricamente, posibilitan la detección del engaño y el bajo *insight* de los pacientes. Los entrevistadores con frecuencia tienen acceso a la historia clínica, pudiendo así completar y corroborar las informaciones que ofrecen los pacientes con hechos contrastados (Kelley y cols., 2016). En general, se considera que la entrevista es un método superior al autoinforme para evaluar síntomas conductuales como la impulsividad (Hopwood y cols., 2008; Huddy y cols., 2017), rasgos estilísticos que implican efectos indeseables en los demás (Blackburn y cols., 2004), y características observables de naturaleza egosintónica (Samuel y cols., 2011).

Pero a pesar de su aparente rigor, la entrevista también presenta debilidades. Se ha señalado que los entrevistadores poseen sus propios sesgos (Samuel y Bucher, 2017). Por ejemplo, cometen errores al recoger y organizar la información obtenida durante la entrevista (Samuel, 2015), no aplican sistemáticamente los criterios diagnósticos, sino que se apoyan en *gestalts* globales y otros heurísticos, y dan un peso excesivo a características

salientes, como por ejemplo las conductas autolesivas en el trastorno límite de la personalidad (Samuel, Suzuki y Griffin, 2016).

Así pues, tal vez no se trate de elegir un método u otro, sino de seleccionar para qué rasgos y circunstancias cada método presenta mejores niveles de validez. Por ejemplo, en el caso de los trastornos de conducta, el mismo sujeto proporciona información útil mediante autoinforme si el nivel de gravedad es bajo, pero si este aumenta, la entrevista va ganando en utilidad (Kelley y cols., 2016). Los autoinformes parecen estar más sesgados para rasgos patológicos (evaluativos) que para los no patológicos (no evaluativos). En general, los sujetos proporcionan evaluaciones adecuadas para los rasgos de extraversión y neuroticismo, pero no sucede lo mismo con la apertura, la agradabilidad o la responsabilidad (Carlson, Vazire y Oltmanns, 2013; Meagher, Leman, Bias, Latendresse y Rowatt, 2015).

4.4. Concordancia entre autoinformes y entrevistas clínicas

Los autoinformes arrojan prevalencias más elevadas de trastorno que las entrevistas, tanto para el DSM como para la CIE (Duijsens y cols., 1996; Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi y Lorea, 2006; Hopwood y cols., 2008; Ottoson y cols., 1998; Schotte y cols., 2004; Whyte, Fox y Coxell, 2006). En un estudio que utilizaba el PDQ-4+ se halló un mayor número de diagnósticos únicamente en el caso de los trastornos paranoide, esquizotípico y autodestructivo (De Ruiter y Greeven, 2000). Para otros autores el trastorno antisocial parece ser más prevalente mediante entrevista (Blackburn y cols., 2004; Guy, Poythress, Douglas, Skeem y Edens, 2008). Sin embargo, la creencia tradicional de que los autoinformes sobrediagnostican carece de base desde el momento en que no disponemos de un patrón-oro contra el cual comparar esas prevalencias. Así, podríamos igualmente afirmar que las entrevistas infradiagnostican. De hecho, las evaluaciones autoinformadas han demostrado no ser menos válidas que las basadas en entrevista (Hopwood y cols., 2008).

Respecto a la validez concurrente, ambos métodos muestran una concordancia limitada (Fernández-Montalvo y cols., 2006; Duijsens y cols., 1996; Bradley, Hilsenroth, Guarnaccia y Westen, 2007; Hopwood y cols., 2008; Magallón-Neri y cols., 2014; Samuel, 2015; Whyte y cols., 2006), especialmente si se mide la patología de la personalidad desde el modelo categorial. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad parece generar las tasas más bajas de concordancia y el evitador las más altas

(Blackburn y cols., 2004; Ottoson y cols., 1998; Schotte y cols., 2004). En el caso de los sistemas dimensionales, los niveles de concordancia aumentan (De Ruyter y Greeven, 2000; Guy y cols., 2008; pero ver Schroeder, Andresen, Naber y Huber, 2010). Así, se ha planteado que autoinformes y entrevistas aportan información relevante sobre la personalidad, y que la combinación de ambos métodos podría ofrecer resultados óptimos (Hopwood y cols., 2008).

Con el fin de aunar las ventajas de cuestionarios y entrevistas, se ha propuesto una estrategia de evaluación en dos pasos (Duijsens y cols., 1996; Widiger y Samuel, 2005b). El primer paso consistiría en la administración de un autoinforme que alerte de la presencia potencial de rasgos desadaptativos (cribaje). Dado que los autoinformes son menos costosos pero tienden a producir más diagnósticos, el primer paso minimizaría el riesgo de falsos negativos (diagnósticos no detectados) y descartaría al mismo tiempo a los sujetos con baja probabilidad de ser casos. El segundo paso consistiría en una entrevista semiestructurada que verificaría la presencia de los rasgos autoinformados como positivos en el primer paso, y valoraría su relevancia clínica. La entrevista establecería así el diagnóstico definitivo. Pese a sus aparentes ventajas en términos de coste y fiabilidad diagnóstica, este método no ha sido apenas investigado (Bouvard, Vuachet y Marchand, 2011).

El concepto de trastorno

5.

Los distintos sistemas diagnósticos revisados hasta el momento no sólo difieren en cuáles y cuántos rasgos evalúan, en si los conceptualizan como continuos o categoriales, en cómo los organizan estructuralmente, y en qué instrumentos utilizan para medirlos. Aplican también criterios diferentes para juzgar si los rasgos de personalidad constituyen un TP. Al margen del estilo comportamental del individuo representado por los rasgos, es necesario en la clínica establecer cuándo estos rasgos suponen un problema. Decidir si existe o no un trastorno diagnosticable es probablemente más importante para muchas decisiones clínicas y administrativas que definir los rasgos de personalidad específicos (Crawford, Koldobsky, Mulder y Tyrer, 2011). Sin embargo, el concepto de TP está muy ligado a la cultura, es decir, cada contexto determina cuál es la normalidad en cuanto a la manera de ser e interactuar. Al contrario de lo que ocurre con muchas enfermedades físicas, los diagnósticos de trastorno mental en general y de TP en particular están inevitablemente entreverados de juicios de valor (Wakefield, 1992).

Los sistemas DSM-IV y CIE-10 han utilizado los denominados “criterios generales” de TP. El primero de estos criterios requiere que los rasgos constituyan un “patrón permanente” (criterio A, DSM) o “modo de ser” (criterio G1, CIE) que se aparte significativamente de las normas establecidas por la cultura en la que vive en sujeto. Además, ambos sistemas coinciden en señalar que ese patrón debe manifestarse en más de una de las siguientes áreas: cognición, afectividad, actividad interpersonal o control de los impulsos. Este criterio no es suficiente para establecer un diagnóstico, pues dicho patrón deber ser además generalizado e inflexible (criterio B/G2), ha de provocar malestar o deterioro funcional (C/G3), ha de ser estable y de inicio temprano (D/G4) y no debe ser

atribuible a otro trastorno mental (E/G5) o a la presencia de una enfermedad médica o al uso de sustancias (F/G6).

En la última década, estos criterios han sido criticados por no poseer suficiente especificidad para resultar útiles como medida de mal funcionamiento en los TPs (Bender, Morey y Skodol, 2011). Por una parte, el que un rasgo sea de inicio temprano, estable en el tiempo, inflexible, o afecte a varios ámbitos de funcionamiento (cognición, afecto, relaciones interpersonales) no puede considerarse definitorio de trastorno, sino de la personalidad misma, sea ésta normal o desadaptada. Por otra, el que los rasgos produzcan malestar o deterioro del funcionamiento es propio de cualquier trastorno mental, y no sólo de los TPs. Estos cuestionamientos pueden resultar o no válidos y son actualmente objeto de debate. Algunos de ellos requieren una argumentación adicional de por qué los rasgos patológicos han de ser esencialmente diferentes de los rasgos normales, o por qué los criterios que califican un rasgo como patológico han de diferir de los que utilizamos para diagnosticar otros trastornos mentales. En cualquier caso, han alimentado un necesario debate en torno a la definición de trastorno, y han estimulado la búsqueda de otros criterios que permitiesen establecer el diagnóstico. Esta búsqueda ha tomado principalmente dos direcciones.

5.1. Diagnóstico basado en el funcionamiento de la personalidad

La primera aproximación se centra en la búsqueda de disposiciones o rasgos que pudiesen ser comunes a cualquier tipo de TP, en contraposición a otros rasgos que reflejarían estilos o diferencias individuales entre unos y otros TPs. Así, los aspectos nucleares o esenciales que

definen la patología de la personalidad serían la base para diagnosticarla. El modelo alternativo DSM-5 para los TP incluido en la sección III es el ejemplo más reciente de este enfoque. El DSM sigue requiriendo que los rasgos tengan un efecto generalizado en la conducta del sujeto y sean inflexibles, estables, de inicio temprano, e independientes de cualquier otro trastorno mental, enfermedad médica, o uso de sustancias. Sin embargo, el criterio definitorio de TP lo constituyen en realidad las dificultades nucleares en el funcionamiento, que son conceptualizadas como una dimensión que refleja la gravedad global de la disfunción de la personalidad. Cada paciente debe ser evaluado en cuatro aspectos: integridad de la identidad y autodirección en el área personal, y empatía e intimidad en el área interpersonal. La integridad de la identidad consiste en experimentarse a uno mismo como único, con continuidad temporal, y separado de otros. La autodirección se refiere a la capacidad de perseguir objetivos significativos y guiarse por los propios valores. La empatía es la habilidad de comprender el mundo interno de los demás, tolerar diferentes puntos de vista y entender el impacto sobre otros de la propia conducta. Por último, la intimidad se refiere a la habilidad para establecer relaciones significativas y duraderas con otras personas y para experimentar cercanía. Estos cuatro componentes integran la Escala del Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (Level of Personality Functioning Scale, LPFS; Bender y cols., 2011). La escala de valoración del DSM-5 establece 5 niveles desde “poco o ningún deterioro” (nivel 0) a “deterioro grave” (nivel 4). Para poder realizar el diagnóstico de TP, es necesario que las dificultades sean moderadas o graves. Pese a tratarse de una propuesta reciente, ya se han desarrollado instrumentos basados en el criterio de nivel de gravedad de funcionamiento del modelo alternativo DSM-5, tanto en formato de autoinforme (Berghuis, Kamphuis, Verheul, Larstone y Livesley, 2013; Hentschel y Livesley, 2013; Hutsebaut, Feenstra y Kamphuis, 2016; Morey, 2017; Verheul y cols., 2008) como de entrevista (Hutsebaut, Kamphuis, Feenstra, Weekers y De Saeger, 2017; Thylstrup y cols., 2016).

El modelo del DSM se sustenta en propuestas anteriores que, aunque dispares entre sí, tienen en común el concepto de “funcionamiento” de la personalidad. El modelo de Cloninger (Cloninger y cols., 1994) propone la existencia de dimensiones temperamentales, que reflejarían el estilo de personalidad, y dimensiones de carácter, que reflejarían la funcionalidad o disfuncionalidad, ésta última representada por el polo inferior de la autodirección y la cooperatividad (Gutiérrez y cols., 2008). Livesley (1998; 2000; Livesley y Jang, 2000) propone que el TP puede conceptualizarse como un fracaso en alcanzar soluciones adaptativas para una o más de las tres tareas vitales

universales (sistema del yo, funcionamiento interpersonal, y relaciones prosociales cooperativas). En una línea similar, Cantor y Harlow (1994) definen el TP como el uso de estrategias contraproducentes para afrontar tareas vitales que asigna la cultura en la que cada individuo está inmerso. Para Kernberg (2016), que hizo uno de los primeros intentos de diagnosticar la patología de la personalidad de acuerdo con su gravedad, una organización de la personalidad con un sentido del yo pobremente definido y una utilización de mecanismos de defensa primitivos indicaría un trastorno de personalidad más grave que aquella que tiene una organización más neurótica. Parker y cols. (2002; 2004) revisan y factorizan los dominios de funcionamiento alterado existentes en la literatura y hallan dos constructos de orden superior, cooperatividad y afrontamiento, que servirían para diferenciar el funcionamiento normal y anormal. Otros autores señalan que es la cantidad global de síntomas de TP, y no el tipo de trastorno específico, el mejor predictor de la calidad de vida de los sujetos (Soeteman, Verheul y Bussbach, 2008). De forma similar, Hopwood y cols. (2011) intentan separar el estilo de la gravedad, y representan esta última como una dimensión única resultante de la suma de todos los criterios de TP. Finalmente, otros autores concluyen, a partir de una amplia revisión de la literatura, que el diagnóstico de TP debe basarse en el grado de alteración de la personalidad más que en el trastorno específico, y que esta alteración se relaciona con el nivel de disfunción social y con el impacto del trastorno para el individuo y la sociedad (Crawford y cols., 2011).

Esta perspectiva no está exenta de críticas. La más importante de ellas es que estos estudios no aclaran suficientemente por qué son esas dimensiones y no otras las que señalan la presencia de trastorno. Por ejemplo, según el modelo de Cloninger, las dimensiones de carácter debieran predecir los problemas vitales mejor que las dimensiones de temperamento, dado que las primeras miden la funcionalidad mientras que las segundas sólo reflejan el estilo de personalidad. Sin embargo, la evidencia sugiere más bien lo contrario: las dimensiones temperamentales predicen los problemas de la vida mejor que las de carácter, y lo hacen independientemente de ellas (Gutiérrez, Gárriz, Peri, Vall y Torrubia, 2016). En el mismo estudio, la dimensión caracterial de cooperatividad, que es central en las definiciones de TP tanto del DSM-5 como de la CIE-11, tiene un impacto mínimo sobre la vida de los sujetos, por lo que difícilmente puede ser considerada como un indicador de deterioro funcional. En esa misma línea, otros estudios han sugerido que, a la hora de predecir diagnósticos categoriales de TP, las puntuaciones del nivel de funcionamiento de la personalidad del DSM-5 no añaden varianza a los rasgos

de personalidad, mientras lo contrario sí es cierto (Few y cols., 2013); que los niveles de funcionamiento del DSM-5 se relacionan con el TP límite, pero no con todos los demás trastornos de la clasificación (Hutsebaut y cols., 2017); que el estilo y el funcionamiento se solapan considerablemente (Fossati, Borroni, Somma, Markon y Krueger, 2017); y que cuando la gravedad del TP se aísla factorialmente del estilo, es la gravedad y no el estilo la que correlaciona con los rasgos de personalidad (Hopwood y cols., 2011). Ni siquiera los instrumentos específicamente diseñados para evaluar el funcionamiento de la personalidad, como son el Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118; Verheul y cols., 2008) o el Global Assessment of Personality Disorder (GAPD; Berghuis y cols., 2013) obtienen mejor resultado al predecir problemas relacionados con la personalidad que el DAPP-BQ o el PID-5, que miden rasgos (Bastiaansen y cols., 2016; Berghuis, Kamphuis y Verheul, 2014; Busch, Morey y Hopwood, 2016; Hentschel y Pukrop, 2014). En definitiva, la idea de que algunas dimensiones miden funcionamiento y otras estilo cuenta por ahora con escaso apoyo empírico.

5.2. Diagnóstico basado en las consecuencias de la personalidad

Una segunda aproximación se fundamenta en la idea de que un rasgo patológico ha de producir necesariamente consecuencias negativas en la vida real, que es lo que realmente los diferenciaría de los rasgos normales. La reciente propuesta de la CIE-11 se encuentra en esta línea al evaluar en el segundo paso de su sistema diagnóstico la gravedad de la alteración de la personalidad (Tyrer y cols., 2015). La gradación consta de varios niveles —“sin TP”, “TP leve”, “TP moderado” y “TP grave”— según el número de ámbitos afectados y la intensidad de los problemas. Se proponen además dos niveles adicionales: “dificultades de personalidad”, que se utiliza cuando los problemas se circunscriben a un área concreta de la vida del sujeto sin generalizarse a otras (no se clasificaría como trastorno mental) y “TP no especificado”, cuyo uso se reserva para situaciones en las que no se pueda establecer el nivel de gravedad. Se ha desarrollado recientemente un instrumento breve, el SASPD (Standardized Assessment of the Severity of Personality Disorder; Olajide y cols., 2018) que evalúa el continuo de gravedad de la CIE-11 mediante la cuantificación de las dificultades en el control emocional, el desempeño del rol social, y las relaciones interpersonales.

Esta perspectiva no es novedosa. Ya Schneider (1997) definía las personalidades trastornadas como aquellas que sufren por su anormalidad o hacen sufrir a la sociedad,

y el sistema de clasificación predominante, el DSM, ha utilizado el concepto de deterioro funcional (*functional impairment*) como criterio para establecer el diagnóstico de TP. Sin embargo estas definiciones han sido criticadas por excesivamente abstractas, lo que deja completamente la valoración del grado de deterioro funcional al criterio de cada evaluador. Ha sido en las últimas dos décadas que esta perspectiva ha despertado el interés de los investigadores, dando lugar a propuestas más elaboradas aunque heterogéneas entre sí. Algunos autores han relacionado el TP con áreas problemáticas concretas (Olsson y Dahl, 2012), como los patrones de apego disfuncional (Perris, 1999), la resolución de problemas sociales (McMurrin, Duggan, Christopher y Huband, 2007) o las enfermedades físicas (Dixon-Gordon, Conkey y Whalen, 2017), mientras que otros han tratado de adoptar perspectivas más amplias. En 2002, Widiger, Costa y McCrae proponen que los extremos superior e inferior de los rasgos de personalidad normal del FFM producirán cierto tipo de problemas vitales característicos cuando alcancen una cierta intensidad. Por ejemplo, los sujetos muy neuróticos sufrirán estados emocionales negativos persistentes, mientras que los muy estables no serán capaces de identificar problemas reales; los sujetos con muy elevada agradabilidad serán engañados con facilidad y no sabrán defenderse en un entorno social hostil, mientras que los sujetos situados en el polo opuesto serán hoscos y desconfiados incluso con su entorno íntimo, etc. McCrae, Löckenhoff y Costa (2005) analizan y sistematizan el listado de problemas e introducen el concepto de “problemas vitales asociados a la personalidad” (*personality-related problems in living*). Basándose en este concepto, Boudreaux (Boudreaux, 2016; Boudreaux, Piedmont, Sherman y Ozer, 2013) desarrolla el *Multi-Context Problems Checklist*, que evalúa seis ámbitos de funcionamiento: desempeño social, relaciones de pareja, pensamientos y sentimientos, actitudes hacia uno mismo, adaptación al trabajo y rendimiento laboral. En la misma línea, Mullins-Sweatt (2008; Mullins-Sweatt y Widiger, 2010) evalúa como parte de este constructo: malestar emocional y síntomas clínicos, problemas de pareja, mal funcionamiento en las relaciones sociales, dificultades en el rol vocacional u ocupacional, dificultades financieras, problemas legales y malos hábitos de salud. Leising y Zimmermann (2011) proponen un modelo que incide más claramente que los anteriores en la separación entre los aspectos descriptivos y evaluativos de la personalidad. El primer aspecto incluiría un listado de disposiciones potencialmente problemáticas (rasgos de personalidad), derivadas racionalmente de los modelos ya existentes. El segundo haría referencia al conjunto de posibles consecuencias negativas (problemas vitales) que pueden derivar de esos rasgos (Tabla 10).

Tabla 10. Posibles consecuencias negativas de los patrones de personalidad (Leising y Zimmermann, 2011)

1. La persona sufre
2. La persona está crónicamente estresada
3. La persona desarrolla una enfermedad física
4. La persona desarrolla un trastorno del Eje I
5. La persona abusa de sustancias
6. La persona es hospitalizada
7. La persona pierde su empleo
8. La biografía profesional de la persona es inestable
9. La situación habitacional de la persona es problemática
10. La persona pierde su patrimonio o se encuentra en dificultades financieras
11. La persona comete un crimen
12. La persona está en peligro de muerte
13. La persona no agota su potencial profesional
14. La persona no alcanza sus objetivos académicos
15. La persona se convierte en víctima de un crimen
16. La persona es amenazada o dañada físicamente por otros
17. La persona es acosada por otros
18. La persona queda socialmente aislada
19. La persona rompe sus relaciones íntimas
20. La vida sexual de la persona es insatisfactoria
21. La persona desarrolla una mala reputación frente a otros
22. Otras personas sufren
23. La salud de otras personas está en riesgo

En suma, desde esta perspectiva no son los mismos rasgos de personalidad los que determinan la presencia de trastorno, sino el número, la extensión y la gravedad de los problemas que resultan de ellos. El trastorno no es por tanto intrínseco al sujeto sino que surge de la interacción entre los rasgos y el entorno. Estudios recientes utilizando este enfoque han permitido establecer que los rasgos relacionados con la emocionalidad negativa o neuroticismo son los predictores más potentes del deterioro funcional, siendo esta dimensión de 6 a 14 veces más dañina en términos funcionales que cualquier otra dimensión patológica (Gutiérrez y cols., 2016; Vall y cols., 2015). Sin embargo, este modo de entender y definir el trastorno no ha escapado tampoco a las críticas. Se ha señalado que el deterioro funcional o los problemas vitales no deberían formar parte de los criterios diagnósticos (Clark y Ro, 2014; Üstün y Kennedy, 2009). En efecto, para la mayor parte de las enfermedades somos capaces de diferenciar la intensidad o gravedad clínica del proceso patológico (p.e. de una infección, una neoplasia, un accidente vascular, una

fractura) de las consecuencias que esta enfermedad tiene para la vida diaria. Más aún, sería chocante en cualquiera de estos ejemplos que las dificultades laborales o económicas resultantes formasen parte del diagnóstico. En tanto que la gravedad de una enfermedad depende de su desarrollo o diseminación, o bien de la profundidad de la disfunción que causa en los sistemas corporales, el deterioro funcional se refiere a lo que la persona puede o no hacer en términos de actividades, siendo el resultado de la interacción entre un trastorno y un entorno determinado (Üstün y Kennedy, 2009). Así, podríamos pensar en enfermedades graves que producen escaso deterioro funcional (cáncer de colon), y en enfermedades de escasa entidad que se acompañan de una importante afectación de la capacidad para desempeñar roles sociales (lumbago). Sin embargo, esta separación es más clara en el caso de las enfermedades físicas que en el de los trastornos mentales, en los que la gravedad y el deterioro funcional se confunden a menudo porque suele haber una correlación positiva entre ellos. En el caso de la personalidad, ni siquiera está claro que un rasgo pueda ser calificado como patológico por sí mismo, en ausencia de toda consecuencia negativa para el sujeto o su entorno. Sea cual sea el resultado de este debate, ha puesto de manifiesto la existencia de una considerable confusión conceptual en torno a términos como “funcionamiento”, “disfunción”, “desadaptación”, “deterioro”, “deterioro funcional”, “gravedad”, o “discapacidad”, que no sólo se utilizan de manera intercambiable sino que también traducen de forma intercambiable a partir de sus respectivos términos originales: *functioning*, *dysfunction*, *maladaptation*, *impairment*, *functional impairment*, *severity* e *inability*.

Uno de los intentos mejor fundamentados de asentar el diagnóstico psicopatológico sobre principios metodológicos y epistemológicos más sólidos es el constructo de “disfunción dañina” (*harmful dysfunction*). Wakefield (1992; 2009; 2010; 2013) plantea que el diagnóstico de trastorno mental tiene dos componentes necesarios. Primero, la afección debe causar algún daño o privar de algún beneficio a la persona, según se juzga por los estándares de la cultura en la que vive (criterio de valor). Segundo, la afección debe resultar de la incapacidad de algún mecanismo mental para llevar a cabo su función natural (criterio explicativo). Estos criterios dejarían fuera de la definición a rasgos que carecen de consecuencias para el individuo, pero también a aquellos rasgos que siendo molestos, indeseables, o inmorales no se derivan del mal funcionamiento de un mecanismo. Se trataría entonces de diferencias individuales divergentes de la cultura imperante pero sin cualidad patológica. Desde esta óptica, las más típicas consecuencias que solemos asociar a la presencia de un TP (como las enumeradas por Leising y

Zimmermann, Tabla 10) definen en realidad el fracaso en alcanzar objetivos propios de nuestra sociedad, lo que no es directamente equiparable a tener una enfermedad mental. Así, el disponer de un elevado nivel académico, estabilidad profesional, un adecuado círculo relacional, una buena reputación, relaciones sentimentales duraderas, relaciones sexuales satisfactorias, una vida libre de drogas, y una posición económica desahogada puede reflejar el sueño americano, pero difícilmente la separación entre salud mental y enfermedad. Incluso si los rasgos de personalidad ponen en riesgo la vida de la persona estaríamos hablando de juicios de valor, ya que no clasificaremos de la misma manera a la persona que se estrella conduciendo su moto drogada y en contradierección a 200 km/h que a la que muere tratando de rescatar a unos niños de una vivienda en llamas. Sin embargo, ambas personas murieron a causa de sus rasgos de personalidad. En cuanto a la disfunción, nuestro conocimiento actual no es suficiente para distinguir cuándo un mecanismo cerebral es está fallando, es decir, no está llevando a cabo la función natural para la que fue diseñado. Para ello, deberíamos conocer primero para qué función fue diseñado cada uno de los mecanismos cerebrales implicados en la personalidad, lo que es todavía una posibilidad lejana. Así, pese a su minucioso análisis de nuestros criterios diagnósticos —o precisamente a causa de ello— Wakefield no ofrece soluciones directamente utilizables para mejorar nuestros diagnósticos clínicos.

Justificación del presente trabajo

6.

Señalaba Robert Krueger (2013), uno de los proponentes de la nueva clasificación del DSM-5, que el ámbito de los TPs no sólo es uno de los más confusos y resbaladizos en la actualidad, sino que está tan fragmentado y tan plagado de refriegas que no es posible llegar a un enfoque consensuado en un futuro próximo. Al mismo tiempo, esto ha convertido el estudio de los TPs en el área más innovadora de la psicopatología contemporánea: la primera en liberarse de la aproximación politética-categorial al diagnóstico, la que más fuertemente se está cuestionando la entrevista semiestructurada como única fuente de información válida, y la única que está reconsiderando sus criterios diagnósticos desde la raíz. Para Krueger, los TPs están a la vanguardia de la era post-DSM-5.

Tal como se ha señalado en los capítulos anteriores, la evidencia actual apoya de manera inequívoca la utilización de sistemas dimensionales en vez de categoriales para la medida y clasificación de los TP, y ha establecido una estructura universal, común a todos los modelos dimensionales de personalidad, tanto normal como patológica. Paradójicamente, los rasgos patológicos del DSM que han dominado el campo durante cuarenta años son los únicos que no tienen cabida en este consenso: Ni su estructura concuerda con los diez trastornos y tres clusters propuestos, ni parece encajar con la estructura común que va emergiendo de todos los demás modelos. Esto es inesperado porque los rasgos del DSM abarcan el mismo ámbito de comportamiento que los modelos de patología dimensional, y deberían por tanto adoptar una estructura similar una vez superadas las carencias metodológicas ya señaladas. El hallazgo de esa estructura en el DSM no sólo supondría el más fuerte apoyo a la universalidad de la misma, sino que establecería también un nexo de unión

entre modelos categoriales y dimensionales que ahora es inexistente. Consecuentemente, facilitaría el trasvase a los nuevos modelos de la información sobre patología de personalidad acumulada durante cuatro décadas de investigación.

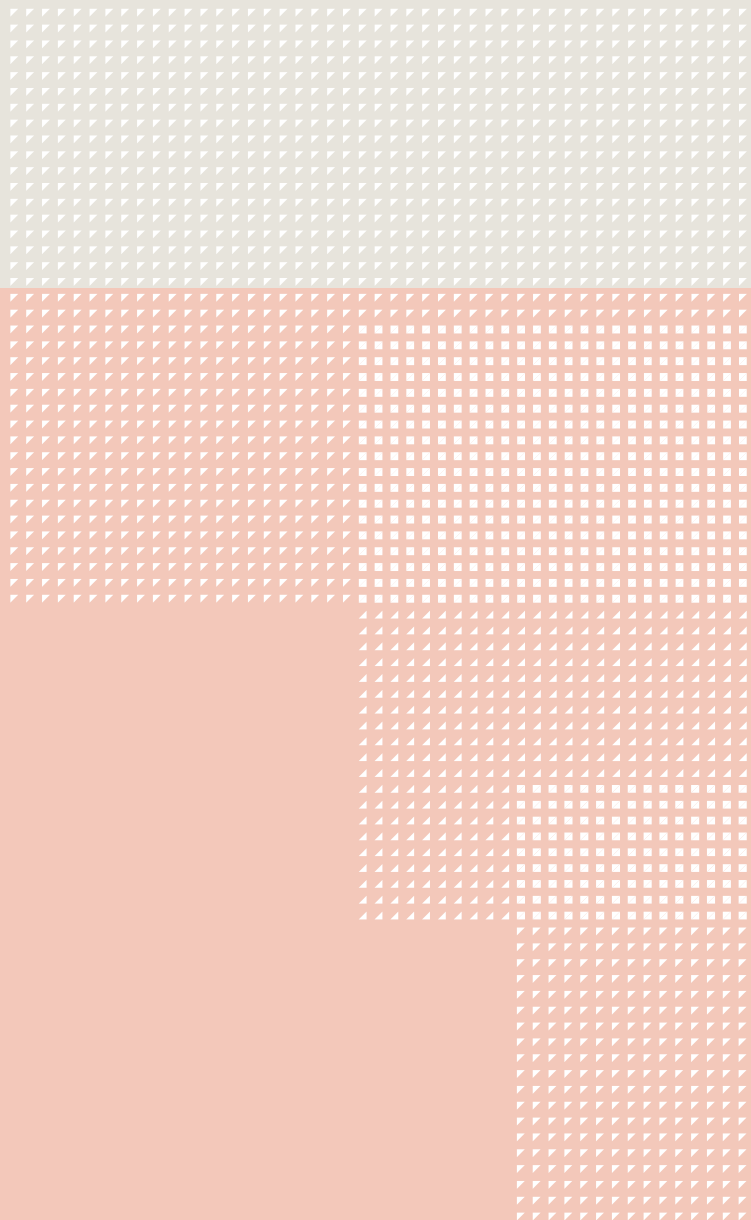
Por otra parte, el cambio de paradigma de categorial a dimensional ha traído consigo cambios en la manera de recoger la información, ya que los modelos dimensionales se han sustentado habitualmente en instrumentos de autoinforme, con escasa presencia de la entrevista. Esclarecer si el formato de autoinforme tiene validez por sí mismo o requiere del concurso de la entrevista para llegar a diagnósticos fiables es todavía una cuestión pendiente. La utilización conjunta de ambos formatos, con un diseño de embudo (un cuestionario autoinformado seguido de entrevista clínica) parece prometedor si se trata de aprovechar las ventajas de cada formato, pero ha sido raramente investigado.

Finalmente, y asociado a lo anterior, el debate sobre la definición de TP y la mejor manera de diferenciar rasgos normales de patológicos se está retomando en la última década con gran intensidad. En última instancia, el establecimiento de criterios que permitan diferenciar un TP tanto de rasgos de personalidad normal como de otros trastornos mentales, la búsqueda de rasgos comunes a todos los TPs, y el estudio de las consecuencias de los rasgos de personalidad en la vida real no pueden considerarse enfoques incompatibles. Muy al contrario, son enfoques complementarios que pueden contribuir a nuestra comprensión global de qué es un TP. No es esperable que la simple distancia de un rasgo a la media poblacional, el método más habitualmente utilizado en el formato de autoinforme, sea un buen criterio de si

el sujeto presenta o no patología. La aplicación de los criterios generales de TP a los autoinformes supondría valorar si cada rasgo de una determinada intensidad es de inicio temprano, estable en el tiempo, e independiente de otros trastornos mentales, y si ese rasgo produce malestar continuado o deterioro funcional. Sería la aplicación de estos criterios debería suponer un incremento de la validez con respecto al simple uso del cuestionario.

2.

Objetivos e hipótesis



Este trabajo pretende obtener, en una muestra amplia de sujetos, un modelo de personalidad patológica basado en la evidencia mediante la reorganización factorial del Eje II del DSM-IV al nivel de los criterios diagnósticos. Adicionalmente queremos analizar la utilidad de administrar una entrevista clínica que complementa el autoinforme y que valora la estabilidad, independencia e impacto clínico de cada rasgo.

Nuestro primer estudio pretende revelar la estructura real de los TP basados en el sistema DSM, esclareciendo por tanto qué trastornos es lícito preservar en la migración hacia los modelos dimensionales, de manera que no se pierda el conocimiento acumulado. Con esta finalidad, se factorizaron el conjunto de criterios de los TP del DSM en una muestra amplia combinada clínica y no clínica. Adicionalmente estudiaremos cómo se alinean nuestros factores con los modelos dimensionales ya establecidos, tanto de personalidad normal como patológica.

En este estudio hipotetizamos que:

- El Análisis Factorial Exploratorio (EFA) resultará en una estructura jerárquica de 10 - 12 niveles.
- Los factores resultantes del EFA presentarán propiedades psicométricas superiores a las de los diagnósticos oficiales del DSM:
 - homogeneidad (consistencia interna, correlaciones entre ítems, correlaciones ítem-escala).
 - unidimensionalidad (constructos no reductibles mediante análisis factorial a componentes de orden inferior).
 - estructura simple (cargas factoriales $>.40$ en un solo factor).

- coherencia teórica (interpretabilidad psicológica de los constructos resultantes).

- En los diferentes niveles de la jerarquía, los factores resultantes del EFA mostrarán equivalencias con las dimensiones básicas de 3 a 7 factores encontradas en la literatura pero no con los constructos propuestos en la taxonomía DSM.

Nuestro segundo estudio pretende determinar si una breve entrevista que evalúe los criterios generales de TP, supone una adición valiosa al cuestionario. Específicamente queremos cuantificar hasta qué punto y para qué rasgos la medida de autoinforme está afectada por sesgos y requiere corrección por la entrevista. Adicionalmente queremos examinar si descartar falsos positivos mediante este enfoque multimétodo mejora la validez del diagnóstico, como puede indicar una mejor predicción de variables clínicas.

En este estudio hipotetizamos que:

- En un porcentaje clínicamente relevante de los casos ($>10\%$) los criterios autoinformados como positivos no cumplirán los requisitos generales de duración, independencia e impacto clínico necesarios para el diagnóstico de TP. Este porcentaje variará significativamente entre los diferentes criterios y rasgos.
- En consecuencia, la administración de una entrevista de significación clínica suplementaria al autoinforme será relevante para algunos rasgos pero no para otros.
- Además, la administración de la entrevista mejorará la predicción de las variables clínicas (validez de criterio).

3.

Resumen del método

3.1. Participantes

Estudio 1

Examinamos una muestra combinada clínica (72.9%) y no clínica (27.1%) de 2519 sujetos.

La muestra clínica estaba compuesta por pacientes ambulatorios derivados al Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic de Barcelona para evaluación de la personalidad. Un 54% eran mujeres y las edades estaban comprendidas entre los 15 y los 82 años (media 34.7, desviación típica 11.5). Los pacientes con trastorno afectivo grave, psicosis o demencia, fueron excluidos.

La muestra no clínica estaba compuesta por estudiantes de medicina, 77.6% de los cuales eran mujeres con edades comprendidas entre los 17 y los 51 años (media 19.4, desviación típica 2.7).

La totalidad de la muestra tenía una distribución normal en la puntuación total del PDQ-4+ y cubría completamente el rango desde personalidad normal hasta TP grave. La prevalencia de TP fue de 61.2% a partir de estimación en una submuestra.

El tamaño muestral permitió una ratio de sujetos por ítem de 27.4.

Estudio 2

Examinamos una submuestra clínica de 362 pacientes del estudio 1. Un 56.2% fueron mujeres y la media de edad estaba situada en 36.3 años (desviación típica 11.2; rango 18–66 años).

El 62% de los pacientes fue diagnosticado de TP, con una media de 1.7 trastornos siguiendo la Escala de Significación Clínica del PDQ-4+ (Hyler, 1994). El TP más prevalente fue el Depresivo (37.7%) y los menos diagnosticados fueron el Esquizoide y el Narcisista (2.2%).

Un 64.4% de los pacientes presentaron trastornos del eje I. El diagnóstico se llevó a cabo mediante entrevista clínica no estructurada, y el trastorno más prevalente fue la sintomatología mixta ansioso-depresiva (18.8%).

Los pacientes con trastorno afectivo grave, psicosis o demencia, fueron excluidos.

3.2. Instrumentos

Estudio 1

La evaluación constó de tres instrumentos de personalidad, todos ellos autoadministrados:

Cuestionario Diagnóstico de la Personalidad-4+ (PDQ-4+; Hyler, 1994). Evalúa los 10 Trastornos de la Personalidad oficiales del DSM-IV y DSM-5 (American Psychiatric Association, 2000; 2013), además del Negativista y el Depresivo.

Cuestionario Básico de Evaluación Dimensional de la Patología de la Personalidad (DAPP-BQ; Livesley y Jackson, 2009). Evalúa 18 rasgos de personalidad patológica agrupados en cuatro dimensiones de segundo orden.

Inventario Revisado del Temperamento y del Carácter (TCI-R; Cloninger, Przybeck, Svrakic y Wetzel,

1994). Evalúa cuatro dimensiones temperamentales y tres dimensiones de carácter.

Estudio 2

La evaluación consistió en el cuestionario de personalidad PDQ-4+, mencionado en el estudio 1, además de una entrevista asociada y la medición de otras variables clínicas:

Escala de Significación Clínica. Se trata de una entrevista que acompaña al PDQ-4+ y valora si la respuesta que el sujeto ha dado en el autoinforme ha sido correctamente interpretada y cumple con los criterios generales para el diagnóstico de los TP.

Las variables clínicas se midieron mediante el **Cuestionario Biográfico** (CB; Gutiérrez y cols., 2013), que recoge datos sobre diferentes áreas vitales como los estudios, trabajo, parejas, relaciones sociales, finanzas y salud.

3.3. Análisis de datos

Estudio 1

Dado que la estructura jerárquica de los TP del DSM es todavía desconocida, utilizamos una estrategia de análisis factorial exploratorio.

Partimos de la matriz de correlaciones tetracóricas de los 92 ítems del PDQ-4+ y utilizamos una estrategia *backwards*. Se realizaron dos modificaciones respecto al procedimiento inicial: la extracción de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) sustituyó a la de componentes principales, y los ejes se rotaron a *oblimin* en lugar de *varimax*.

Se retuvieron sucesivamente de uno a *k* factores. Se determinó el número apropiado de factores mediante análisis paralelo y MAP de Velicer. Las puntuaciones factoriales se correlacionaron entre cada nivel jerárquico y el inmediatamente inferior.

La consistencia interna de los factores fue examinada mediante la fórmula 20 de Kuder-Richardson (KR20) y mediante correlaciones biseriales puntuales ítem-escala (r_{i-s}).

La replicabilidad entre hombres y mujeres se examinó mediante coeficientes de congruencia de Tucker (Φ), considerando $\Phi \geq .85$ buena similitud y $\Phi \geq .95$ equivalencia.

La validez convergente se analizó correlacionando (r de Pearson) las soluciones factoriales en los diferentes niveles de la jerarquía con las puntuaciones PDQ-4+ en la muestra total y con las dimensiones DAPP-BQ y TCI-R en una submuestra clínica aleatoria.

Por último se llevó a cabo un análisis factorial conjunto de nuestros factores resultantes, DAPP-BQ y TCI-R utilizando extracción ULS y la rotación *oblimin*.

Los análisis factoriales se realizaron con SAS 9.3. La replicabilidad, consistencia interna y validez convergente, así como la construcción de la jerarquía se realizaron con SPSS 20.

Estudio 2

En primer lugar se obtuvo la frecuencia de los ítems autoinformados como positivos. Desde esta base calculamos el porcentaje de positivos que en la entrevista fueron recalificados como falsos (retractaciones), de inicio tardío, inestables o dependientes de estado (no rasgo), o irrelevantes (no estresantes, no disfuncionales, o no TP).

Para facilitar la interpretación los resultados de los ítems individuales fueron promediados en grupos que correspondían a los trastornos DSM y a las dimensiones empíricas obtenidas en el estudio 1.

La validez de criterio se analizó comparando la capacidad para la predicción de 36 variables clínicas de las puntuaciones autoinformadas y de las puntuaciones corregidas mediante entrevista.

Se realizaron análisis adicionales: análisis de la consistencia interna y de la validez convergente y discriminante y establecimiento de nuevos puntos de corte para el autoinforme.

4.

Resultados: artículos originales

Personality Disorders Are Not as We Thought: Hierarchical Factor Structure at the Criterion Level

Ana Muñoz-Champel,¹ Fernando Gutiérrez ,^{2,3} Josep M. Peri,² and Rafael Torrubia ¹

¹Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Autonomous University of Barcelona, Spain; ²Personality Disorder Unit, Institute of Neuroscience, Hospital Clinic of Barcelona, Spain; ³August Pi i Sunyer Biomedical Research Institute (IDIBAPS), Barcelona, Spain

ABSTRACT

The use of personality disorder (PD) categories persists, despite the evidence against them. An often overlooked reason for this is the fact that the true structure underlying the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* taxonomy is still unknown: We cannot be certain which disorders are valid, and which ones are arbitrary mixtures of heterogeneous traits. To address this gap, we factor analyzed the Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+; Hyler, 1994) at the criterion level in a mixed clinical and nonclinical sample of 2,519 individuals. The resulting structure was more similar to current dimensional taxonomies than to the *DSM* classification at all hierarchical levels. Whereas paranoid and antisocial PDs—and to a lesser extent avoidant, dependent, depressive, and schizoid PDs—were fairly homogeneous, all other disorders turned out to be combinations of 2 or 3 unrelated dimensions. Our results strongly support the structure of empirically based dimensional taxonomies and relocate *DSM* criteria within this emerging framework, thus contributing to preserving much of the knowledge accumulated to date.

ARTICLE HISTORY



Received 15 August 2016
Revised 25 November 2016

Many objections have been raised against the categorical classification of personality disorders (PDs) since its inception in a separate axis in 1980. Among the most important arguments against diagnostic categories are their insufficient coverage of the personality pathology landscape, their introduction of arbitrary normal–abnormal dichotomies, and their lower than expected temporal stability (Livesley, 2011; Widiger & Trull, 2007). These pitfalls have aroused growing disappointment with the current classificatory system and have led to a drift toward dimensional alternatives (Krueger & Markon, 2014; Tyrer et al., 2011).

However, if these were the only problems, the changes required would not be particularly dramatic: The current constructs could simply be dimensionalized and psychometrically refined, as has been done for borderline or schizotypal PDs (Cohen, Matthews, Najolia, & Brown, 2010; Zanarini et al., 2003). The problem that actually compromises the continuance of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* PDs is that they might not represent real entities. For example, emotional instability, impulsivity, insecure attachment, and dissociative and paranoid symptoms have long been assumed to be symptoms of borderline PD, just as a runny nose, sneezing, and cough are symptoms of a cold. Furthermore, borderline subjects are deemed distinct from those having histrionic or antisocial PDs, resulting in 10 different disorders in all. The evidence has been unable to confirm this arrangement, however: It suggests instead that *DSM* diagnoses

are arbitrary admixtures of heterogeneous traits, and that these traits all cut across several disorders. Therefore, the classification does not remotely reflect the true organization of personality pathology (Livesley, 2011; Trull, Distel, & Carpenter, 2011; Widiger & Trull, 2007).

In spite of this, *DSM* diagnoses have continued to be used as if they were real. Categories remain the starting point for understanding the etiology, correlates, prognosis, and treatment of PDs (Bateman, Gunderson, & Mulder, 2015; Tyrer, Reed, & Crawford, 2015) as well as the standard for validating new models (Anderson & Sellbom, 2015; Eaton et al., 2011; Sharp et al., 2015). The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed. [DSM-5]; American Psychiatric Association, 2013) has maintained traditional diagnoses not only in the official system, but in the alternative Section III dimensional system as well, and some or all categories are defended on different grounds (Gunderson & Zanarini, 2011; Paris, 2015; Ronningstam, 2011; Shedler et al., 2010). One reason for this might be that categories are more intuitive, manageable, and familiar to many clinicians than dimensions, especially because we still lack an undisputed dimensional system (Krueger et al., 2011; Livesley, 2011). There is also an important body of knowledge based on categories that we are reluctant to throw out (Ronningstam, 2011; Tyrer, 2009). However, an often overlooked reason for the stagnation is that the actual structure of *DSM* PDs is unknown: In the literature, most categories have been rejected as often as they have been

CONTACT Fernando Gutiérrez  fguti@clinic.ub.es  Personality Disorder Unit, Institute of Neuroscience, Hospital Clinic de Barcelona, Villarroel 170, 08036 Barcelona, Spain.

confirmed (Sheets & Craighead, 2007) and we cannot be sure which disorders merit preservation and which ones should be discarded.

This means that although we probably do not need more evidence that the *DSM* criteria are not organized into 10 categories (Sheets & Craighead, 2007), we still need to know how they *are* organized (Wright & Zimmermann, 2015). Not all designs are suited to this task, and this study attempts to address certain weak points in the previous literature. First, we use a large clinical and nonclinical sample. Sample sizes have often been insufficient, with the most sizable studies using nonclinical samples (Trull, Vergés, Wood, Jahng, & Sher, 2012). Only two studies have examined 500 or more patients (Huprich, Schmitt, Richard, Chelminski, & Zimmerman, 2010; Hyler et al., 1990), which is an indispensable minimum for generalizability in case of low communalities and many cross-loadings (Costello & Osborne, 2005; Preacher & MacCallum, 2003). Second, we parse the PD structure at the criterion level. Most studies so far have used categories as the basic unit of analysis, but this takes them as unidimensional and could produce misleading results (Wright & Zimmermann, 2015). Third, we analyze the full set of *DSM* PD criteria. Criterion-level studies have often been confined to a single category, which capitalizes on the fact that all *DSM* criteria correlate with all the others and might artifactually suggest unidimensionality (e.g., Hawkins et al., 2014; Sharp et al., 2015). Fourth, we update some widely used factorial methods now in disuse. Pearson's correlations are no longer recommended for factorizing dichotomous items, as they produce biased estimates (Flora, LaBrish, & Chalmers, 2012); neither are the extraction of principal components for unveiling latent factors, the Kaiser criterion for retaining factors, or orthogonal rotations for fitting intercorrelated constructs (Costello & Osborne, 2005; Henson & Roberts, 2006; Preacher & McCallum, 2003). Fifth, we explore the entire hierarchy of personality pathology. To date, inconsistent decisions on the number of factors have produced inconclusive results, with disparate solutions ranging from 1 to 12 factors. However, the very existence of an adequate number of factors is now questioned, given that the personality structure is ubiquitously hierarchical (Goldberg, 2006; Harkness, 1992; Kushner, Quilty, Tackett, & Bagby, 2011). As the *DSM* PD hierarchy has not been studied to date at the criterion level, apparently discordant solutions might simply be focusing on different levels of abstraction (Gutiérrez, Vall, Peri, Gárriz, & Garrido, 2014; Markon, Krueger, & Watson, 2005). Sixth, we replicate our factors in each sex; replication has only rarely been carried out in previous studies but is now considered indispensable (Osborne & Fitzpatrick, 2012). Finally, we examine for the first time the convergent validity of our factors against better grounded dimensional systems and against the *DSM* categories themselves.

In sum, the real structure of *DSM* PDs remains a riddle (Sheets & Craighead, 2007; Wright & Zimmermann, 2015). Our design might reveal how close this structure is to the *DSM* categorical classification, and therefore which disorders (if any) are worth preserving. It might also clarify whether the hierarchically organized structure of dimensions that seems to cut across the entire domain of personality pathology (Gutiérrez et al., 2014; Markon et al., 2005) can also be recovered from the

DSM itself, which would constitute strong evidence of its universality. In either case, the results could facilitate the continuity between categorical and dimensional models, so that the accumulated knowledge is not lost. To this end, we aim to factor analyze the entire set of *DSM* PD criteria in a well-powered clinical and nonclinical sample applying a hierarchical approach. We also examine how the resulting factors align with dimensional models of normal and pathological personality.

Method

Participants

We studied a combined clinical and nonclinical sample of 2,519 subjects. The clinical sample was made up of 1,837 outpatients, 54% women, aged 15 to 82 ($M = 34.7$, $SD = 11.5$), referred for personality assessment to the Psychology and Psychiatry Units of two general hospitals in the period between 2003 and 2011. The prevalence of PDs was estimated using the Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+) Clinical Significance scale (Hyler, 1994) in a random subsample of 327 subjects. This interview assesses whether or not the abnormal traits recorded on the questionnaire meet the general criteria for a PD: early onset, duration, independence of Axis I conditions, distress, and functional impairment (Calvo, Gutiérrez, & Casas, 2013). In all, 61.2% of the subsample received a categorical PD diagnosis. Concurrently, 22.8% of all patients presented a mild to moderate affective disorder, 7.5% an anxiety disorder, 9.8% mixed anxious and depressive symptoms, and 8.5% other psychopathology—substance abuse, eating disorders, somatoform disorders—each with a frequency of under 2.5%. Axis I diagnoses were made according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. [*DSM-IV*]; American Psychiatric Association, 2000) by the referring staff and again by two experienced, doctoral-level clinical psychologists (the second and third authors). Patients presenting severe affective disorder, psychosis, or dementia were excluded. A nonclinical sample was added to ensure a sufficient presence of nonpathological profiles, comprising 682 medical students, 77.6% women, aged 17 to 51 ($M = 19.4$, $SD = 2.7$), whose participation was voluntary and unpaid. The whole sample had a normally distributed PDQ-4+ total score and covered the entire range from normal personality to multiple and severe PDs. Sample size allowed a subjects-to-item ratio of 27.4. The study was approved by the ethics committees of the participating centers, and all participants gave informed consent prior to inclusion.

Instruments

The PDQ-4+ (Hyler, 1994) is a 99-item, true-false self-report that assesses the presence and intensity of *DSM-IV* PDs (American Psychiatric Association, 2000). It was selected because of its one-by-one agreement with the 92 *DSM* criteria for PDs. Except for the inclusion of the depressive and negative PDs, the PDQ-4+ also agrees with the *DSM-5* categories (American Psychiatric Association, 2013) and has shown good psychometric properties in its Spanish version (Calvo et al., 2012).

The Dimensional Assessment of Personality Pathology–Basic Questionnaire (DAPP–BQ; Livesley & Jackson, 2009) and the Temperament and Character Inventory–Revised (TCI–R; Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetzel, 1994) were used for convergent validity. The DAPP–BQ is a 290-item self-report rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 (*very unlike me*) to 5 (*very like me*). It assesses 18 traits of personality pathology grouped into four higher order dimensions: emotional dysregulation, dissocial behavior, inhibitedness, and compulsiveness. The TCI–R is a 240-item self-report rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 (*strongly disagree*) to 5 (*strongly agree*). It assesses four temperament dimensions (novelty seeking, harm avoidance, reward dependence, and persistence), and three character dimensions (self-directedness, cooperativeness, and self-transcendence) representing Cloninger’s biosocial model of personality. Both instruments have shown suitable psychometric properties in their Spanish versions (Gutiérrez-Zotes et al., 2004; Gutiérrez-Zotes et al., 2008).

Data analysis

The hierarchical structure of DSM PDs is still unknown, so we adopted an exploratory strategy (Hopwood & Donnellan, 2010). Optimal implementation of parallel analysis (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011) and minimum average partial test (MAP; Velicer, 1976) were used to estimate the most appropriate number of factors. We started from the tetrachoric correlation matrix of the 92 PDQ–4+ items, which gives the least biased estimates for dichotomous items (Flora et al., 2012). A “bass-ackwards” approach was followed (Goldberg, 2006). In this approach, one to k factors are successively retained, k being the maximum number of nontrivial factors (three or more loadings above .40); then, factor scores are correlated between each hierarchical level and the one immediately below. We obtained factor scores by summing items with loadings $\geq .40$. Two modifications of the original procedure were introduced: Unweighted least squares (ULS) extraction replaced principal components, as it is better suited for identifying latent factors and does not require normal distributions (Henson & Roberts, 2006); and axes underwent oblimin rather than varimax rotation because PD dimensions are naturally intercorrelated. Given that criteria are dichotomous, the internal consistency of factors was tested through the Kuder–Richardson formula 20 (KR20), and we also obtained corrected item-scale point biserial correlations that are unaffected by scale length. With regard to replicability, analyses were repeated separately in men ($n = 1,065$) and women ($n = 1,454$) using Procrustes rotations targeted at the main solution. Tucker’s congruence coefficients (Φ) were calculated between obtained and targeted structures, considering $\Phi \geq .85$ as fair similarity and $\Phi \geq .95$ as equivalence. Convergent validity was tested by correlating (Pearson’s r) factor solutions at the different levels of the hierarchy with PDQ–4+ scores—the sum of the endorsed criteria for each disorder—in the whole sample, and with DAPP–BQ and TCI–R dimensions in a random clinical subsample ($n = 998$). Finally, a joint factor analysis of our resulting factors, the DAPP–BQ, and the TCI–R was undertaken using ULS extraction and oblimin rotation. Factor analyses were made with SAS 9.3.

Replicability, internal consistency, and convergent validity analyses, as well as hierarchy building, were made with SPSS 20.

Results

Six factors of personality pathology

Although Velicer’s (1976) MAP and parallel analysis suggested the retention of four and eight factors respectively, the six-factor solution (Table 1) was the lowest one that fulfilled our retention criteria: All factors were interpretable, had a minimum of three items loading over .40, had acceptable internal consistency (KR20 = .85, .77, .67, .73, .63, and .76, respectively for Factors 1–6), and were fully replicable across sex (Tucker’s Φ between .95 and 1.00). They also loaded separately in a six-factor solution that included the DAPP–BQ and TCI–R dimensions (Table 2). Pearson’s correlations between the six factors and the PDQ–4+, DAPP–BQ, and TCI–R constructs are reported in Table 3.

The first factor brought together traits reflecting dependence, insecurity, inferiority, and worries about abandonment and rejection, and was labeled subordination. It included most criteria of avoidant and dependent PDs and correlated .87 and .86 with them. In the joint analysis (Table 2), this factor loaded with social avoidance, submissiveness, and narcissism on the DAPP–BQ, and with low self-directedness on the TCI–R. The second factor was characterized by unsociability, detachment, and discomfort with relationships, and incorporated much of the schizoid PD (with which it correlated .80; Table 3) and the interpersonal side of schizotypal PD. It was called asociality and was aligned with intimacy problems and restricted expression on the DAPP–BQ and low reward dependence on the TCI–R. The third factor, which referred to disruptive or illegal behavior, impulsivity, irresponsibility, and exploitativeness, included antisocial PD ($r = .89$), and was called psychopathy. Joint analysis placed it with sensation seeking and conduct problems on the DAPP–BQ, and novelty seeking on the TCI–R. The fourth factor brought together suspiciousness and unusual perceptions, and included paranoid PD and the psychotic-like side of schizotypal PD (.77 and .78, respectively). In joint analysis, it was aligned with suspiciousness on the DAPP–BQ, self-transcendence on the TCI–R, and compulsive traits, and was called mistrust-oddity. The fifth factor was composed of need for attention, seductiveness, and self-importance. It included half of narcissistic and histrionic PDs (with which it correlated .75 and .61, respectively) and was labeled attention seeking. It was located into an antagonism factor including callousness and rejection on the DAPP–BQ, and low cooperativeness on the TCI–R. Finally, the sixth factor, depressiveness, was made up of traits featuring emotional instability, identity problems, and pessimism. It mainly correlated with depressive (.89) and borderline PDs (.71), and headed a factor encompassing components of emotional dysregulation on the DAPP–BQ—anxiousness, identity problems, affective lability, self-harm—and harm avoidance on the TCI–R.

Factorial rearrangement increased average internal consistency from KR20 = .59 for DSM diagnoses (range = .39–.73) to .74 for factors (range = .63–.85). Item-scale correlations also increased from $r_{i-s} = .31$ (range = .16–.42) to .39

Table 1. Pattern matrix of the six-factor, oblimin rotated solution for the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ criteria.

No.	Criteria	Subordination	Asociality	Psychopathy	Mistrust-oddity	Attention seeking	Depressiveness
27	DEP: Afraid to disagree	.67	.10	-.10	.12	.03	.04
2	DEP: Reassurance for decisions	.66	-.01	-.04	.05	.00	.07
52	AVD: Inferiority feelings	.65	.29	-.09	.07	-.09	.16
15	DEP: Delegates responsibility	.64	.13	.16	-.14	.00	-.01
80	HIS: Easily influenced	.62	-.11	.04	-.00	.05	.10
88	DEP: Fear of abandonment	.61	-.11	.12	.13	.05	.10
39	AVD: Preoccupied about rejection	.57	.01	-.16	.16	.18	.23
87	AVD: Avoids new activities	.57	.13	-.08	.22	-.16	.06
40	DEP: No own-initiative activity	.54	-.05	.25	.01	-.14	.06
65	DEP: Helpless when alone	.52	.05	.19	.00	.07	.25
71	SZD: Indifferent to criticism	-.52	.14	.13	.20	-.16	-.05
53	DEP: Grovels to please	.50	-.03	.02	.02	.23	.15
26	AVD: Fear to ridicule	.47	.24	.03	.11	-.10	.03
63	NEG: Envious/resentful	.46	.06	.17	.15	.18	-.06
1	AVD: Avoids criticism	.41	.07	-.01	.22	.08	-.10
13	AVD: Avoids rejection	.40	.29	-.05	.16	.03	-.18
57	NAR: Expects favors	.40	.12	.30	-.01	.28	-.29
77	NEG: Complains of misfortune	.32	.03	.17	.25	-.12	.29
3	OBS: Preoccupied with details	.32	.07	.19	.04	.08	.23
9	SZD: No interest in relationships	-.00	.66	.17	-.08	.06	.09
95	SZD: Keep a distance from people	.11	.63	-.05	.13	-.05	-.04
22	SZD: Chooses solitary activities	.02	.60	-.01	.08	.10	.07
72	STP: Relationship difficulties	.43	.58	-.07	.03	-.12	-.02
60	SZD: Lacks close friends	-.07	.52	.09	.09	-.02	-.02
86	STP: Social anxiety	.27	.52	-.01	.11	-.05	.12
47	SZD: Little pleasure in activities	.27	.48	.19	-.11	-.07	.21
69	BOR: Chronic emptiness	.36	.41	.15	-.05	-.12	.36
35	NEG: Bad-tempered	.04	.41	.21	.12	.09	.21
34	SZD: No sexual interest	-.02	.40	-.03	.02	-.05	.15
30	HIS: Shows emotions easily	-.02	-.39	-.03	.10	.15	.17
6	BOR: Abandonment avoidance	.22	-.38	.02	.35	-.08	-.01
74	STP: Odd behavior/appearance	-.02	.33	.25	.23	-.06	.07
29	OBS: Workaholism	-.07	.29	-.12	.08	.13	.11
99	ANT: Conduct disorder before 15	-.13	.10	.59	.05	.03	.11
8	ANT: Illegal behavior	-.13	.06	.58	.04	.14	.02
46	ANT: Failure to plan ahead	.06	-.07	.57	.11	.04	.21
7	NEG: Passive resistance to tasks	.16	.04	.53	.10	-.10	-.09
98	BOR: Impulsivity	.03	-.05	.51	-.06	.19	.25
94	ANT: Lack of remorse	.13	.19	.46	.09	.21	-.22
33	ANT: Irresponsibility	.05	.15	.45	.02	.10	.11
20	ANT: Aggressive/quarrelsome	-.13	.09	.44	.14	.19	.13
68	NAR: Interpersonally exploitative	.11	.13	.43	.04	.34	-.12
59	ANT: Deceitfulness	.17	-.04	.42	-.01	.15	.02
73	NAR: Lacks empathy	.18	.22	.37	.13	.11	-.11
55	HIS: Impressionistic speech	.22	-.10	.35	.14	.03	.13
78	BOR: Intense anger	.01	.05	.34	.18	.02	.29
75	ANT: Recklessness	-.28	-.15	.32	.17	.23	.03
82	DEP: Needs replace relationships	.25	-.20	.31	-.07	.22	.12
16	OBS: Interfering perfectionism	.10	.16	-.31	.11	.22	.21
19	BOR: Love-hate relationships	.11	.13	.26	.18	.09	.18
41	OBS: Morally scrupulous	.01	.09	-.26	.25	.24	.01
49	NEG: Resistance to authority	-.00	.19	.25	.11	.24	-.07
61	STP: Suspiciousness	.07	.06	.03	.70	-.02	-.14
24	PAR: Doubts friends' loyalty	.12	.06	.14	.60	-.07	.03
11	PAR: Feels exploited or deceived	.06	.09	.08	.59	-.06	.05
50	PAR: Reads hidden meanings	.10	.01	.04	.54	.11	-.03
5	NAR: Feels undervalued	-.12	.00	-.03	.48	.08	.03
36	STP: Unusual perceptions	-.15	.01	-.04	.46	.25	.14
10	STP: Finds special messages	-.07	-.13	.01	.45	.12	.11
37	PAR: Reluctant to self-disclosure	.15	.25	.16	.44	.05	.09
23	STP: Has premonitions	-.22	-.01	.00	.43	.20	.11
31	NAR: Sense of uniqueness	.16	.16	.02	.43	.03	.08
48	STP: Odd thinking or speech	.07	.26	.19	.35	-.03	.11
62	PAR: Never forgives or forgets	.03	.22	.14	.34	-.02	-.06
85	PAR: Repels perceived attacks	-.06	.01	.24	.33	.10	-.08
96	PAR: Doubts partner's fidelity	.11	-.18	.27	.30	-.06	.13
54	OBS: Hoarding behavior	.13	-.20	.04	.30	.01	.13
21	NEG: Feels misunderstood	.26	.27	.13	.30	-.06	.29
90	HIS: Takes relationships seriously	.06	-.10	.02	.29	-.01	.19
81	OBS: Miserliness	.13	.18	-.14	.29	.01	-.15
93	BOR: Dissociative/paranoid	.13	.07	.20	.27	.05	.19
17	HIS: Seductive or provocative	-.03	-.01	.02	-.11	.67	-.01

(Continued on next page)

Table 1. (Continued)

No.	Criteria	Subordination	Asociality	Psychopathy	Mistrust-oddity	Attention seeking	Depressiveness
4	HIS: Attention seeking	.31	-.08	.16	-.13	.67	.02
43	HIS: Uses physical appearance	.19	-.09	.18	-.07	.61	.01
44	NAR: Needs attention/compliment	.47	-.20	.08	-.00	.53	.10
18	NAR: Grandiose self-importance	.04	-.08	.07	.20	.47	-.18
79	NAR: Feels or perceives envy	-.14	-.02	-.05	.28	.45	-.10
92	NAR: Arrogance	-.10	.37	.23	.01	.43	.03
70	DPR: Critical-judgmental	.04	.03	.03	.06	.40	.08
67	HIS: Theatrical/dramatic	.18	-.11	.12	.01	.38	.28
66	OBS: Reluctant to delegate	-.15	.07	-.16	.22	.25	.07
83	AVD: Low self-esteem	.48	.24	-.03	-.11	-.11	.55
45	BOR: Self-harm or suicide	-.01	.25	.23	-.05	.05	.48
14	DPR: Chronic dejection	.32	.44	.09	-.04	-.09	.47
97	DPR: Feels guilty or remorseful	.37	.03	.06	.13	-.02	.46
58	BOR: Affective instability	.28	.18	.29	-.04	.11	.44
56	DPR: Often troubled	.23	-.07	-.36	.35	-.02	.41
84	DPR: Pessimistic	.39	.24	.08	.05	-.12	.40
42	DPR: Self-blaming	.12	.12	-.24	.05	.10	.35
32	BOR: Identity disturbance	.22	.09	.14	.20	.07	.33
91	NEG: Hostility-contrition cycles	.00	-.22	.10	.12	.06	.24
89	OBS: Stubbornness	-.12	.12	.17	.12	.14	.23

Note. $N = 2,519$. Loadings $\geq .30$ are shown in bold. DEP = dependent; AVD = avoidant; HIS = histrionic; SZD = schizoid; NEG = negativistic; NAR = narcissistic; OBS = obsessive; STP = schizotypal; BOR = borderline; ANT = antisocial; PAR = paranoid; DPR = depressive.

(range = .33-.47), suggesting that the improvement was not only due to the factors having more items.

The hierarchy of personality pathology

In the hierarchical structure as a whole, solutions from the sixth level downward were not acceptable: Factors were not

internally consistent ($KR20 < .60$), consisted of doublets or singlets, or were not replicable across sex ($\Phi < .85$). In contrast, all solutions from the sixth level upward showed internally consistent, replicable, and interpretable factors. The hierarchical structure showed two main branches of internalizing and externalizing-mistrust pathology (Figure 1). In the internalizing branch, two moderately correlated dimensions of

Table 2. Pattern matrix of the six-factor, oblimin rotated solution for *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*-based factors, DAPP-BQ, and TCI-R.

	Depressiveness	Psychopathy	Asociality	Mistrust-oddity	Attention seeking	Subordination
<u>DSM: Depressiveness</u>	.73	-.03	-.00	-.07	.01	.16
DAPP: Identity problems	.67	-.06	.13	-.13	.12	.22
DAPP: Self-harm	.65	.16	.06	.03	-.02	-.08
DAPP: Affective lability	.64	.09	-.19	.15	.18	.14
DAPP: Anxiousness	.64	-.04	-.04	.08	-.01	.37
DAPP: Cognitive dysregulation	.62	.21	.17	.25	-.06	.15
TCI: Harm avoidance	.50	-.34	.10	-.27	-.02	.38
DAPP: Insecure attachment	.41	-.04	-.31	.17	.12	.27
TCI: Novelty seeking	-.01	.70	-.26	-.15	.07	-.00
DAPP: Sensation seeking	.08	.70	.02	.17	.09	.08
<u>DSM: Psychopathy</u>	.28	.53	.05	-.14	.27	.00
DAPP: Conduct problems	.13	.46	.11	-.05	.38	-.03
TCI: Reward dependence	.10	.02	-.84	.06	-.23	.15
DAPP: Restricted expression	-.08	.03	.80	.10	-.08	.29
DAPP: Intimacy problems	.11	-.05	.63	-.01	.04	-.08
<u>DSM: Asociality</u>	.43	-.14	.46	-.07	.18	.10
TCI: Persistence	-.18	-.02	-.10	.74	.07	-.06
DAPP: Compulsivity	.13	-.40	-.01	.67	.07	-.02
TCI: Self-transcendence	.10	.36	.05	.56	-.19	.03
<u>DSM: Mistrust-oddity</u>	.30	.06	.14	.44	.23	.05
DAPP: Suspiciousness	.35	-.02	.18	.37	.37	.07
TCI: Cooperativeness	-.10	.07	-.20	.16	-.80	.05
DAPP: Callousness	-.06	.18	.22	.03	.68	.12
DAPP: Rejection	.02	.13	-.15	.23	.63	.04
<u>DSM: Attention seeking</u>	-.12	.22	-.16	.20	.41	.30
DAPP: Narcissism	-.14	.17	-.16	.15	.33	.73
<u>DSM: Subordination</u>	.23	-.08	.05	-.12	.08	.70
DAPP: Submissiveness	.21	-.00	.05	-.00	-.17	.69
DAPP: Social avoidance	.16	-.10	.40	-.03	.04	.61
TCI: Self-directedness	-.35	-.18	-.06	.18	-.18	-.48
DAPP: Oppositionality	.33	.31	.11	-.27	-.01	.41

Note. $n = 998$. Loadings $\geq .30$ are shown in bold. *DSM*-based factors are underlined. DAPP-BQ = Diagnostic Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire; TCI-R = Temperament and Character Inventory-Revised.

Table 3. Pearson's correlations of the entire hierarchy with DSM disorders, the DAPP-BQ, and the TCI-R.

	1st level		2nd level		3rd level		4th level		5th level		6th level					
	Personality pathology	Internalizing	Externalizing-mistrust	Externalizing-mistrust	Negative emotionality	Externalizing-mistrust	Negative emotionality	Externalizing oddity	Mistrust-oddity	Asociality seeking	Attention seeking	Subordination	Asociality seeking	Psychopathy oddity	Attention seeking	Depressiveness
DSM disorders (N = 2,519)																
Paranoid	.61	.47	.56	.44	.28	.43	.43	.76	.43	.27	.27	.31	.39	.34	.38	.38
Schizoid	.42	.47	.16	.34	.79	.29	.21	.23	.78	.28	.81	.05	.22	.80	.20	.23
Schizotypal	.62	.55	.55	.50	.58	.46	.36	.75	.54	.45	.31	.26	.42	.56	.31	.78
Histrionic	.52	.41	.61	.45	.03	.47	.54	.36	.03	.47	.34	-.05	.45	.14	.40	.33
Narcissistic	.55	.39	.71	.39	.70	.38	.21	.60	.21	.38	.41	.64	.39	.26	.46	.56
Borderline	.80	.71	.60	.71	.36	.69	.63	.43	.49	.68	.77	.35	.57	.53	.56	.44
Antisocial	.45	.28	.72	.27	.13	.27	.84	.29	.17	.26	.19	.38	.22	.19	.89	.30
Avoidant	.77	.82	.26	.81	.48	.82	.29	.34	.55	.82	.33	.19	.87	.57	.23	.33
Dependent	.76	.78	.35	.82	.29	.83	.42	.39	.83	.42	.30	.33	.86	.42	.35	.28
Obsessive	.44	.40	.36	.38	.27	.38	.27	.40	.24	.38	.26	.26	.31	.29	.18	.38
Negativistic	.71	.65	.53	.64	.34	.63	.59	.43	.41	.61	.58	.33	.54	.48	.52	.44
Depressive	.72	.64	.57	.55	.68	.51	.44	.78	.52	.78	.40	.19	.63	.55	.25	.34
Cluster A	.80	.62	.86	.64	.26	.63	.86	.56	.33	.62	.81	.70	.57	.40	.75	.55
Cluster B	.86	.89	.42	.89	.45	.90	.44	.43	.53	.90	.44	.33	.92	.56	.34	.42
Cluster C	.96	.88	.73	.86	.54	.85	.70	.68	.61	.84	.70	.52	.78	.67	.59	.67
PDQ total score																
DAPP-BQ (N = 1,024)																
Submissiveness	.61	.65	.21	.68	.20	.69	.27	.26	.33	.70	.31	.27	.71	.34	.23	.24
Affective lability	.69	.63	.59	.63	.56	.63	.52	.49	.35	.62	.59	.50	.53	.43	.41	.46
Anxiousness	.75	.77	.43	.78	.42	.77	.42	.46	.47	.77	.49	.48	.67	.51	.34	.42
Insecure attachment	.50	.47	.34	.50	.34	.09	.34	.32	.37	.17	.51	.32	.37	.21	.25	.35
Cognitive distortion	.70	.64	.48	.63	.49	.61	.46	.52	.47	.60	.51	.53	.53	.52	.40	.52
Identity problems	.77	.81	.37	.80	.38	.48	.77	.42	.38	.66	.51	.41	.65	.70	.38	.38
Social avoidance	.70	.77	.26	.74	.29	.64	.72	.31	.68	.72	.34	.34	.73	.67	.25	.32
Oppositionality	.63	.62	.40	.63	.38	.32	.63	.51	.25	.43	.63	.27	.58	.45	.48	.26
Narcissism	.57	.49	.60	.54	.11	.55	.52	.38	.17	.55	.42	.38	.57	.20	.38	.37
Stimulus seeking	.37	.23	.59	.24	.56	.05	.25	.30	.05	.24	.55	.29	.20	.08	.52	.30
Callousness	.46	.35	.55	.31	.57	.32	.29	.39	.34	.28	.44	.38	.30	.35	.48	.40
Rejection	.33	.20	.58	.19	.56	.09	.19	.48	.37	.10	.18	.37	.17	.16	.37	.37
Conduct problems	.41	.29	.58	.27	.58	.19	.26	.63	.25	.22	.26	.19	.23	.23	.63	.27
Restricted expression	.39	.44	.11	.37	.17	.57	.35	.15	.22	.60	.35	.18	.34	.53	.17	.24
Intimacy problems	.27	.30	.02	.23	.08	.49	.21	.05	.15	.49	.20	.11	.18	.51	.07	.17
Compulsivity	.06	.05	.07	.03	.11	.03	-.11	.29	.05	.03	-.12	.28	.02	.08	-.16	.25
Suspiciousness	.60	.50	.53	.45	.63	.36	.43	.41	.72	.38	.42	.29	.39	.43	.37	.72
Self-harm	.54	.51	.33	.49	.34	.33	.47	.36	.31	.42	.46	.12	.39	.45	.35	.31
Emotional dysregulation	.86	.85	.53	.86	.44	.85	.53	.52	.56	.85	.58	.34	.78	.60	.45	.51
Disocial behavior	.54	.38	.76	.37	.74	.20	.36	.73	.44	.22	.35	.18	.34	.26	.63	.45
Inhibitedness	.39	.43	.08	.35	.15	.61	.33	.12	.22	.63	.32	.17	.30	.60	.14	.24
Compulsivity	-.22	-.23	-.11	-.24	-.07	-.04	-.30	-.30	.13	-.14	-.25	-.33	-.24	-.12	-.34	.10
DAPP total score	.87	.81	.63	.80	.65	.50	.79	.62	.58	.78	.65	.60	.72	.63	.53	.58
TCI-R (N = 998)																
Novelty seeking	.11	-.02	.43	.03	.35	.21	.04	.46	.04	-.21	.03	.42	.02	-.18	.44	.04
Harm avoidance	.59	.69	.07	.68	.09	.46	.67	.14	.19	.57	.67	.25	.23	.49	-.03	.13
Reward dependence	-.18	-.20	-.01	-.09	-.10	-.56	-.06	-.07	-.08	-.55	-.05	-.09	-.05	-.49	-.09	-.12
Persistence	-.14	-.21	.15	-.21	.16	-.14	-.20	-.04	.24	-.23	-.21	-.14	-.21	-.21	-.13	.20
Self-directedness	-.77	-.75	-.49	-.77	-.47	-.33	-.76	-.56	-.35	-.47	-.76	-.58	-.37	-.34	-.70	-.50
Cooperativeness	-.46	-.39	-.40	-.35	-.44	-.35	-.34	-.41	-.30	-.39	-.32	-.35	-.30	-.42	-.35	-.32
Self-transcendence	.14	.04	.37	.04	.36	.01	.03	.21	.42	-.06	.03	.18	.00	-.04	.19	.40

Note. DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DAPP-BQ = Diagnostic Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire; TCI-R = Temperament and Character Inventory-Revised. Significance: $p < .05$ since $.07$; $p < .01$ since $.09$. For the sake of clarity $r \geq .60$ are shown in bold type, and $r \geq .80$ are shown in bold and underlined.

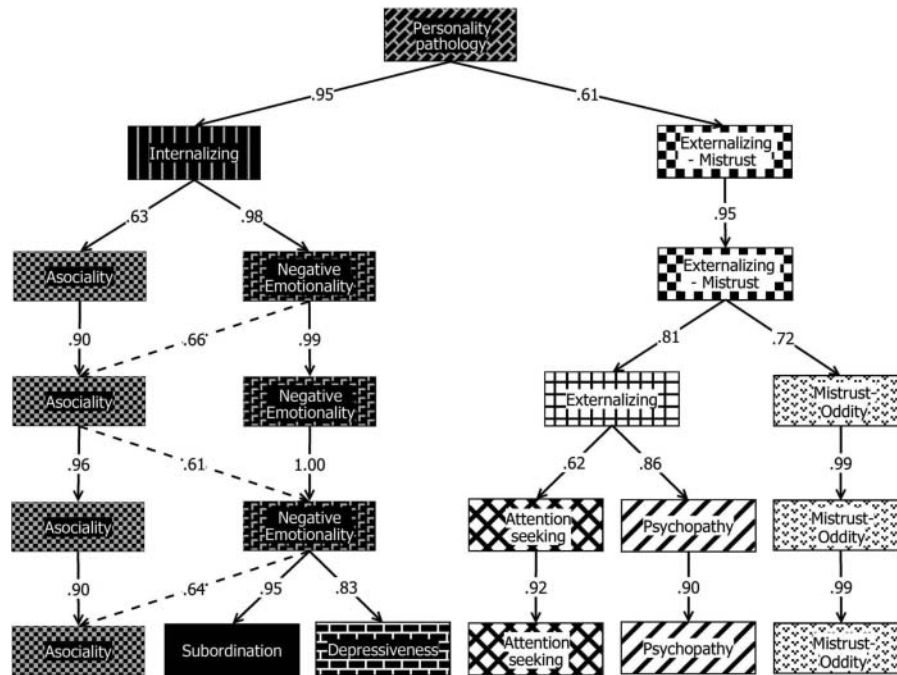


Figure 1. Hierarchical structure underlying *DSM* personality disorders.

subordination and depressiveness ($r = .67$) joined together to form negative emotionality at the fifth level. This factor, identifiable with Cluster C (.90) and emotional dysregulation on the DAPP-BQ (.85), intersected asociality at several points until clustering together at the second level. In the other branch, attention seeking and psychopathy joined together at the fourth level to form an externalizing factor that reflected Cluster B features (.86). This factor combined further up with mistrust-oddity in a mixed construct. The hierarchy was crowned by a general factor of personality pathology that matched the total scores of PDQ-4+ (.96) and DAPP-BQ (.87), as well as the inverse of TCI-R self-directedness ($-.77$; full factorial solutions are shown in Table 4).

Discussion

This is the first report of the entire factor hierarchy of *DSM* PDs obtained at the criterion level in a well-powered, mixed clinical and nonclinical sample. This structure is largely aligned with dimensional models, and less so with the *DSM* categorical classification, and it could contribute to bridging the two systems. As far as dimensional models are concerned, agreement includes the finding of a general factor of personality pathology at the first level of the hierarchy, two internalizing and externalizing factors at the second level, and a triad of negative emotionality, extraversion-sociability, and psychoticism-impulsive sensation seeking at the third level (Markon et al., 2005). From this point on, we also find four universally supported dimensions: negative emotionality, asociality, psychopathy, and oddity (Gutiérrez et al., *in press*; Gutiérrez et al., 2014; Kushner et al., 2011; Mulder, Newton-Howes, Crawford, & Tyrer, 2011; Watson, Clark, & Chmielewski, 2008). The similarity with dimensional pathology models ends here, however, due to the absence of a compulsivity dimension and the emergence of two less common dimensions of attention seeking and

subordination. Even so, the finding that the persistently elusive structure of the *DSM* categorical classification ultimately converges with the current consensus in personality pathology (Gutiérrez et al., 2014; Kushner et al., 2011; Markon et al., 2005) is a momentous one: It strongly supports emerging dimensional systems, opens up the possibility of sharing accumulated knowledge between models, and paves the way for a truly unified taxonomy of PDs.

On the other hand, the structure bears little resemblance to the *DSM* categories, and in fact we were unable to obtain more than six replicable factors. Even so, Figure 2 shows that antisocial and paranoid PDs remain intact after factorization, although subsumed under two broader constructs, and that depressive, schizoid, and the sum of avoidant and dependent PDs also reflect quite homogeneous constructs. Conversely, borderline, histrionic, narcissistic, and negativistic PDs completely fall apart. The exact nature of this rearrangement is more clearly appreciated if we recap it by clusters.

Cluster A is undergirded by two factors. One combines paranoid features with aberrant perceptions and cognitions in a single dimension of mistrust-oddity. This is theoretically congruent and has some precedent in the literature (Tackett, Silberschmidt, Krueger, & Sponheim, 2008). Nevertheless, oddity most frequently forms an independent factor characterized by magic thought, quirky behavior, and perceptive distortions, also called psychoticism or peculiarity (Gutiérrez et al., 2014; Harkness, Finn, McNulty, & Shields, 2012; Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012; Watson et al., 2008), whereas mistrust is a narrower construct that cuts across different factors in distinct taxonomies (Gutiérrez et al., *in press*; Gutiérrez-Zotes et al., 2008; Krueger et al., 2011). The other major factor, asociality, mainly reflects aloofness and withdrawal. It brings together schizoid, the interpersonal half of schizotypal, and criteria such as chronic emptiness and (low) abandonment avoidance belonging to borderline PD. This factor is virtually

74	STP: Odd behavior/ appearance	.43	.29	.24	.09	.32	.35	.04	.25	.16	.37	.00	.30	.19	.34	-.04
29	OBS: Workaholism	.18	.15	.06	.00	.13	.25	-.01	-.01	.20	.23	-.01	-.06	.17	.25	.05
99	ANT: Conduct disorder before 15	.36	.03	.47	-.01	.49	.06	-.08	.60	-.05	.14	-.13	.62	.00	.09	.07
8	ANT: Illegal behavior	.32	-.07	.54	-.07	.55	-.01	-.14	.65	-.03	.06	-.17	.57	-.02	.06	.20
46	ANT: Failure to plan ahead	.51	.15	.53	.22	.49	-.09	.16	.59	.01	-.03	.10	.63	.07	-.08	.06
7	NEG: Passive resistance to tasks	.38	.18	.31	.18	.30	.04	.12	.45	-.11	.11	.08	.46	-.07	.08	.05
98	BOR: Impulsivity	.45	.09	.52	.19	.47	-.15	.13	.61	-.07	-.08	.09	.58	-.03	-.09	.17
94	ANT: Lack of remorse	.44	.12	.46	.07	.48	.09	.00	.57	.00	.16	.01	.35	-.05	.23	.35
33	ANT: Irresponsibility	.46	.20	.40	.16	.41	.08	.10	.41	-.03	.15	.07	.47	-.01	.14	.13
20	ANT: Aggressive/ quarrelsome	.42	.01	.57	-.01	.59	.03	-.07	.56	.14	.07	-.10	.49	.15	.07	.18
68	NAR: Interpersonally exploitative	.45	.07	.55	.08	.54	-.01	.01	.61	.03	.05	.03	.36	-.02	.14	.42
59	ANT: Deceitfulness	.39	.12	.40	.21	.35	-.12	.15	.50	-.08	-.06	.15	.40	-.08	-.04	.22
73	NAR: Lacks empathy	.49	.25	.36	.18	.38	.15	.12	.44	.03	.20	.11	.31	.02	.24	.21
55	HIS: Impressionistic speech	.47	.23	.37	.33	.31	-.11	.28	.36	.04	-.08	.24	.38	.09	-.10	.07
78	BOR: Intense anger	.49	.22	.41	.21	.40	.05	.16	.37	.15	.07	.10	.45	.21	.02	-.02
75	ANT: Recklessness	.10	-.33	.56	-.25	.55	-.16	-.28	.43	.20	-.16	-.30	.34	.19	-.15	.21
82	DEP: Needs replace relationships	.37	.11	.38	.31	.28	-.30	.27	.42	-.08	-.25	.27	.31	-.07	-.22	.24
16	OBS: Interfering perfectionism	.25	.25	.04	.20	.06	.11	.20	-.14	.29	.06	.21	-.21	.26	.11	.08
19	BOR: Love-hate relationships	.54	.30	.37	.26	.38	.11	.21	.34	.17	.13	.17	.33	.19	.11	.07
41	OBS: Morally scrupulous	.16	.06	.15	.01	.17	.08	.02	-.10	.39	.02	.04	-.23	.33	.09	.17
49	NEG: Resistance to authority	.34	.06	.40	-.01	.43	.11	-.05	.40	.13	.14	-.04	.23	.09	.20	.27
61	STP: Suspiciousness	.42	.18	.36	.08	.41	.19	.05	.03	.58	.12	.02	.03	.58	.12	.04
24	PAR: Doubts friends' loyalty	.53	.29	.37	.21	.40	.17	.18	.12	.48	.12	.13	.18	.51	.09	-.04
11	PAR: Feels exploited or deceived	.48	.26	.34	.16	.38	.20	.13	.07	.50	.15	.08	.14	.53	.11	-.05
50	PAR: Reads hidden meanings	.44	.16	.41	.13	.42	.07	.10	.11	.51	.02	.08	.06	.50	.04	.12
5	NAR: Feels undervalued	.22	-.01	.33	-.07	.36	.09	-.08	.02	.50	.02	-.11	.02	.50	.02	.04
36	STP: Unusual perceptions	.32	-.02	.47	-.05	.49	.05	-.07	.11	.58	-.02	-.09	.05	.56	.00	.14
10	STP: Finds special messages	.27	-.02	.41	.01	.39	-.06	.00	.08	.48	-.12	-.03	.08	.49	-.13	.06
37	PAR: Reluctant to self- disclosure	.64	.41	.38	.27	.43	.28	.22	.22	.40	.26	.18	.21	.41	.26	.05
23	STP: Has premonitions	.23	-.11	.45	-.14	.48	.04	-.16	.13	.52	-.03	-.18	.08	.51	-.02	.11
31	NAR: Sense of uniqueness	.51	.35	.27	.25	.31	.21	.22	.07	.41	.17	.19	.07	.41	.17	.02
48	STP: Odd thinking or speech	.54	.36	.30	.20	.36	.29	.16	.21	.29	.29	.11	.25	.32	.26	-.03
62	PAR: Never forgives or forgets	.36	.21	.24	.06	.30	.27	.03	.15	.27	.25	.00	.14	.27	.25	.02
85	PAR: Repels perceived attacks	.28	-.03	.43	-.06	.45	.04	-.09	.29	.28	.03	-.11	.22	.27	.04	.15

(Continued on next page)

Table 4. (Continued)

No.	Criteria	1 factor		2 factors		3 factors			4 factors			5 factors					
		Personality pathology	Pathology	Internalizing	Externalizing -mistrust	Externalizing -mistrust	Negative emotionality	Externalizing -mistrust	Asociality	Negative emotionality	Externalizing	Mistrust-oddy	Asociality	Negative emotionality	Psychopathy	Mistrust-oddy	Asociality
96	PAR: Doubts partner's fidelity	.36		.13	.35	.21	.30	-.11	.19	.22	.19	-.11	.13	.32	.25	-.17	-.04
54	OBS: Hoarding behavior	.28		.11	.25	.21	.20	-.14	.21	.04	.27	-.17	.17	.10	.31	-.20	-.02
21	NEG: Feels misunderstood	.71		.61	.22	.49	.25	.29	.44	.15	.26	.29	.38	.25	.31	.24	-.10
90	HIS: Takes relationships seriously	.29		.14	.22	.18	.19	-.04	.17	.02	.29	-.07	.13	.10	.33	-.11	-.06
81	OBS: Miserliness	.19		.20	.02	.08	.07	.21	.08	-.12	.26	.17	.08	-.17	.23	.21	.05
93	BOR: Dissociative/paranoid	.53		.31	.36	.28	.36	.08	.24	.25	.24	.08	.20	.28	.28	.06	.03
17	HIS: Seductive or provocative	.17		-.20	.49	-.08	.45	-.21	-.11	.38	.15	-.20	-.04	.00	.03	-.04	.59
4	HIS: Attention seeking	.47		.08	.56	.29	.46	-.32	.24	.52	.06	-.28	.31	.12	-.05	-.11	.64
43	HIS: Uses physical appearance	.39		-.02	.57	.17	.49	-.29	.12	.51	.09	-.25	.18	.15	.00	-.11	.58
44	NAR: Needs attention/compliment	.55		.23	.48	.49	.35	-.38	.45	.37	.13	-.35	.50	.07	.06	-.23	.50
18	NAR: Grandiose self-importance	.24		-.16	.53	-.06	.49	-.17	-.09	.32	.30	-.18	-.04	.00	.21	-.05	.50
79	NAR: Feels or perceives envy	.14		-.23	.49	-.20	.49	-.08	-.21	.20	.44	-.13	-.18	-.08	.35	-.01	.41
92	NAR: Arrogance	.40		.08	.47	-.05	.53	.21	-.11	.49	.15	.24	-.09	.23	.07	.34	.39
70	DPR: Critical-judgmental	.30		.02	.40	.08	.37	-.08	.05	.27	.21	-.09	.07	.06	.16	.00	.33
67	HIS: Theatrical/dramatic	.46		.15	.45	.32	.37	-.23	.28	.34	.15	-.21	.28	.20	.14	-.16	.28
66	OBS: Reluctant to delegate	.11		-.07	.24	-.11	.27	.05	-.11	.00	.38	.00	-.10	-.11	.34	.05	.15
83	AVD: Low self-esteem	.65		.83	-.13	.80	-.16	.19	.76	-.02	-.07	.22	.71	.17	.00	.15	-.24
45	BOR: Self-harm or suicide	.50		.37	.22	.29	.25	.18	.24	.30	.03	.22	.18	.40	.08	.16	-.08
14	DPR: Chronic dejection	.70		.80	-.03	.63	.01	.38	.57	.12	-.02	.42	.52	.27	.04	.37	-.20
97	DPR: Feels guilty or remorseful	.66		.60	.16	.64	.11	.03	.61	.10	.14	.03	.55	.23	.22	-.02	-.13
58	BOR: Affective instability	.72		.55	.31	.56	.28	.08	.49	.40	-.01	.13	.45	.43	.04	.11	.03
56	DPR: Often troubled	.38		.41	.01	.44	-.02	.01	.47	-.33	.45	-.08	.43	-.18	.50	-.12	-.19
84	DPR: Pessimistic	.65		.73	.00	.65	.00	.23	.61	.07	.02	.25	.55	.23	.09	.19	-.19
42	DPR: Self-blaming	.29		.32	-.01	.30	-.01	.09	.30	-.13	.20	.06	.28	-.09	.21	.06	-.06
32	BOR: Identity disturbance	.62		.44	.30	.44	.29	.07	.39	.21	.22	.08	.35	.27	.26	.05	-.01
91	NEG: Hostility-contrition cycles	.18		.00	.26	.13	.20	-.20	.12	.13	.14	-.21	.09	.19	.18	-.26	-.02
89	OBS: Stubbornness	.31		.08	.34	.03	.37	.09	-.01	.27	.18	.09	-.04	.27	.20	.08	.05

Note. N = 2,519. Loadings ≥ .30 are shown in bold. The order of criteria has been taken from Table 1. DEP = dependent; AVD = avoidant; HIS = histrionic; SZD = schizoid; NEG = negativistic; NAR = narcissistic; OBS = obsessive; STP = schizotypal; BOR = borderline; ANT = antisocial; PAR = paranoid; DPR = depressive.

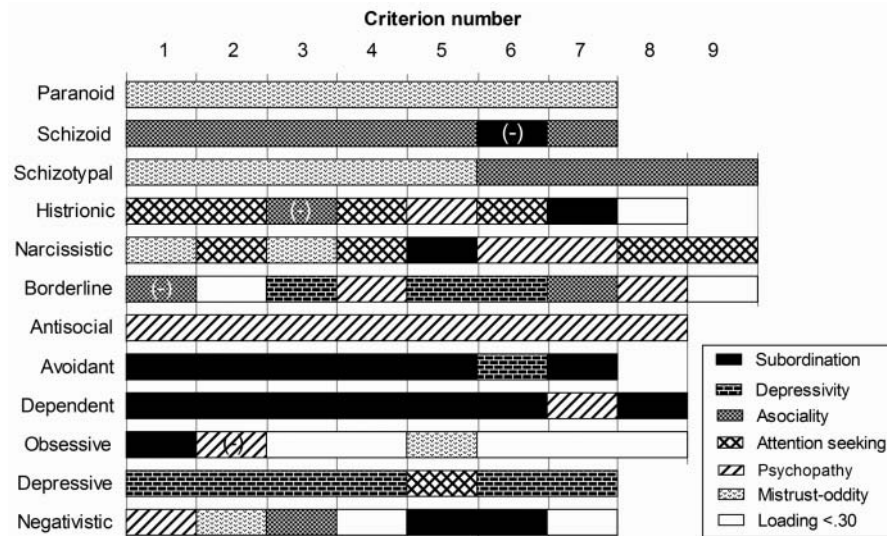


Figure 2. Rearrangement of *DSM* personality disorder criteria into six dimensions. *Note.* Loadings $> .30$ have been included for the sake of completeness.

universal in dimensional systems under labels such as detachment, introversion, or inhibitedness (Gutiérrez et al., 2014; Krueger et al., 2011; Markon et al., 2005; Mulder et al., 2011; Tyrer et al., 2011; Widiger & Simonsen, 2005), and it is largely independent from oddity ($r = .30$), confirming the bifactorial nature of schizotypal PD and Cluster A.

Cluster C disorders are reorganized into a single factor of subordination that brings avoidant and dependent PDs together. This factor has been reported before under different labels, such as anxious/dependent or need of approval (Blais & Malone, 2013; Kushner et al., 2011; Mulder et al., 2011; Tyrer et al., 2011), suggesting that inferiority and need for support and nurturance are somewhat different from the depressiveness and instability of borderline patients. A similar separation has been found in the factorization of the Shedler-Westen Assessment Procedure–II (Westen, Waller, Shedler, & Blagov, 2014). However, both factors are moderately intertwined ($r = .67$) and ultimately meet in a higher order dimension of negative emotionality that includes anxiousness, affective lability, identity problems, low self-directedness, and social insecurity. This dimension mirrors similarly labeled factors in the *DSM-5* Section III and DAPP–BQ systems, as well as Eysenck’s neuroticism. Unexpectedly, obsessive criteria do not load in any factor, although they do so reliably in many dimensional models (Krueger et al., 2011; Markon et al., 2005; Widiger & Simonsen, 2005). The most likely explanation is the poor internal consistency of the obsessive–compulsive PD in the PDQ–4+ ($KR20 = .39$), which prevented these criteria from regrouping in the factor analysis and might indicate a poor representation of compulsivity features in this questionnaire.

Cluster B is a good reflection of the externalizing dimension ($r = .86$), but its constituent disorders work far less well and show a high degree of fragmentation. A partial exception is antisocial PD, which forms the core of a psychopathy dimension ($r = .89$) that carries some aspects of borderline (impulsivity, anger) and narcissistic disorders (exploitation, lack of empathy). This factor brings together most features characterizing Hare’s psychopathy and Eysenck’s psychoticism—impulsivity, need of stimulation, lack of planning,

parasitic and delinquent lifestyle, lack of empathy and remorse, deceitfulness—and it emerges wherever the *DSM* criteria are factor analyzed (Huprich et al., 2010; Hyler et al., 1990; Sharp et al., 2015). It is also present in all dimensional models, either as a unique factor of dissociativity or psychopathy (Livesley & Jackson, 2009; Tyrer et al., 2011; Westen et al., 2014) or unfolded into disinhibition/impulsivity and low agreeableness/antagonism (Cloninger et al., 1994; Krueger et al., 2011; Kushner et al., 2011). The other major dimension is attention seeking, made up of the seductive component of histrionic PD and the arrogant and grandiose bent of narcissistic PD. This nucleus merges with hypersociality and malleability in the case of histrionic PD and with antagonism and mistrust in narcissistic PD. Attention seeking carries more weight in the *DSM* than in current dimensional models, where it is a lower order construct (Krueger et al., 2011; Livesley & Jackson, 2009) or is completely absent (Clark, 1993; Tyrer et al., 2011).

Borderline PD deserves particular comment here, even if only because it is the most widely studied PD in the literature. This disorder is often unidimensional when analyzed in isolation (Hawkins et al., 2014; Sharp et al., 2015), but the finding of three or four factors is just as common (Becker, McGlashan, & Grilo, 2006) and it rarely emerges when the entire set of PD criteria is factorized (Huprich et al., 2010; Hyler et al., 1990; Trull et al., 2012). Accordingly, our study finds two minimally correlated components, depressiveness and psychopathy ($r = .33$), with additional contributions from asociality, implying that borderline symptoms do not correlate particularly with each other and do not form a syndrome. Needless to say, the inexistence of borderline PD does not imply the inexistence of borderline patients, as people can and do show almost any combination of pathological traits. On the other hand, these results do not portray borderline as a general factor of severity irrespective of personality traits (Sharp et al., 2015), but as coming from the same “dough” as other disorders (Mulder et al., 2011). Hence, its purported severity might be attributed instead to the confluence of several independent personality dimensions (Crawford, Koldobsky, Mulder, & Tyrer, 2011; Eaton

et al., 2011; Trull et al., 2011), each of which brings its own predicaments and risks (Vall et al., 2015).

Several limitations of our study should be noted. First, although factor analysis is the most suitable approach to achieve our aims, the *DSM* criteria were not designed for this purpose. In consequence, important factors such as compulsivity, impulsivity, or antagonism lack sufficient indicators and do not give rise to independent factors. Second, the hierarchy of personality is known to continue after the sixth level, leading to progressively narrower constructs (Harkness, 1992; Huprich et al., 2010; Hyler et al., 1990). Although these constructs might have been more similar to *DSM* disorders, we prioritized replicability, and in any case similarity would have been unlikely for Cluster B disorders. Third, the use of self-reports such as the PDQ-4+ is a partial limitation. Although some of the presumed disadvantages of self-reports have proven unfounded (Hopwood et al., 2008), they appear to be vulnerable to mood states and self-presentation biases; as a result, interviews and informants could be essential for accurate diagnosis (Huprich, Bornstein, & Schmitt, 2011). Fourth, *DSM*-based instruments are known to disagree with each other to a considerable degree (Widiger, 2008), so our results might not be generalizable beyond the PDQ-4+. Finally, even if personality traits are continuous, many clinical decisions (e.g., whether to treat or not) are dichotomous, so in adopting dimensional systems we should deal with the threshold issue sooner rather than later.

Even with these caveats in mind, these findings suggest that most *DSM* PDs never existed as we knew them, and they should be abandoned. This does not entail a complete break with previous knowledge. Schizoid, antisocial, avoidant-dependent, paranoid, or depressive disorders are quite homogeneous and can be directly transferred into empirically based dimensional systems. Among those that do not enter this category, borderline PD is the most troubling. Because of all the efforts devoted to this disorder over decades there is some natural resistance to its abandonment, and it continues to be widely used (Gunderson & Zanarini, 2011; Paris, 2015). However, overhauling our taxonomies is ultimately less of an ordeal than continuing to use constructs that jumble an array of unrelated traits. Even if some traditional categories are retained as clinical outlines, the traits underlying them should be routinely assessed (Anderson & Sellbom, 2015), and research should focus on these traits. This change is not a problem for psychotherapy, which has long assumed this modularity (Livesley, Dimaggio, & Clarkin, 2015), but it should not be a problem for aetiology and prognosis either.

Funding

This work was supported by Grant PI15/00536, integrated in the Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013–2016 and cofinanced by the ISCIII-Subdirección General de Evaluación and the European Regional Development Fund (ERDF).

ORCID

Fernando Gutiérrez  <http://orcid.org/0000-0002-6662-1796>
Rafael Torrubia  <http://orcid.org/0000-0002-6826-6572>

References

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, J. L., & Sellbom, M. (2015). Construct validity of the *DSM-5* Section III personality trait profile for borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 97, 478–486. doi:10.1080/00223891.2015.1051226
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385, 735–743. doi:10.1016/S0140-6736(14)61394-5
- Becker, D. F., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 99–105. doi:10.1016/j.comppsy.2005.07.003
- Blais, M. A., & Malone, J. C. (2013). Structure of the *DSM-IV* personality disorders as revealed in clinician ratings. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 326–333. doi:10.1016/j.comppsy.2012.10.014
- Calvo, N., Gutiérrez, F., Andión, O., Caseras, X., Torrubia, R., & Casas, M. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the self-report Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in psychiatric outpatients. *Psicothema*, 24, 156–160.
- Calvo, N., Gutiérrez, F., & Casas, M. (2013). Diagnostic agreement between the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) and its Clinical Significance scale. *Psicothema*, 25, 427–432. doi:10.7334/psicothema2013.59
- Clark, L. A. (1993). *The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cohen, A. S., Matthews, R. A., Najolia, G. M., & Brown, L. A. (2010). Toward a more psychometrically sound brief measure of schizotypal traits: Introducing the SPQ–Brief Revised. *Journal of Personality Disorders*, 24, 516–537. doi:10.1521/pedi.2010.24.4.516
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10, 173–178. doi:10.1.1.110.9154
- Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R., & Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders*, 25, 321–330. doi:10.1521/pedi.2011.25.3.321
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder comorbidity: Relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine*, 41, 1041–1050. doi:10.1017/S0033291710001662
- Flora, D. B., LaBrish, C., & Chalmers, R. P. (2012). Old and new ideas for data screening and assumption testing for exploratory and confirmatory factor analysis. *Frontiers in Psychology*, 3, 1–21. doi:10.3389/fpsyg.2012.00055
- Goldberg, L. R. (2006). Doing it all bass-ackwards: The development of hierarchical factor structures from the top down. *Journal of Research in Personality*, 40, 347–358. doi:10.1016/j.jrp.2006.01.001
- Gunderson, J. G., & Zanarini, M. C. (2011). Deceptively simple—Or radical shift? *Personality and Mental Health*, 5, 260–262. doi:10.1002/pmh.181
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Bailles, E., ... Krueger, R. F. (in press). Psychometric properties of the Spanish PID-5 in a clinical and a community sample. *Assessment*. doi:10.1177/1073191115606518
- Gutiérrez, F., Vall, G., Peri, J. M., Gárriz, M., & Garrido, J. M. (2014). A hierarchical model of normal and abnormal personality up to seven factors. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 326–335. doi:10.1016/j.comppsy.2013.08.022
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. R., & Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario del

- Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R): Baremación y datos normativos en una muestra de población general [Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R): Standardization and normative data in a general population sample]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(1), 8–15.
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Gutiérrez, F., Valero, J., Gallego, E., Baillés, E., Torres, X., ... Livesley, W. 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
- Harkness, A. R. (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. R., Finn, J. A., McNulty, J. L., & Shields, S. M. (2012). The Personality Psychopathology-Five (PSY-5): Recent constructive replication and assessment literature review. *Psychological Assessment*, 24, 432–443. doi:10.1037/a0025830
- Hawkins, A. A., Furr, R. M., Arnold, E. M., Law, M. K., Mneimne, M., & Fleenor, W. (2014). The structure of borderline personality disorder symptoms: A multi-method, multi-sample examination. *Personality Disorders*, 5, 380–389. doi:10.1037/per0000086
- Henson, R. K., & Roberts, J. K. (2006). Use of exploratory factor analysis in published research: Common errors and some comment on improved practice. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 393–416. doi:10.1177/0013164405282485
- Hopwood, C. J., & Donnellan, M. B. (2010). How should the internal structure of personality inventories be evaluated? *Personality and Social Psychology Review*, 14, 332–346. doi:10.1177/1088868310361240
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Edelen, M. O., Shea, M. T., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., ... Skodol, A. E. (2008). A comparison of interview and self-report methods for the assessment of borderline personality disorder criteria. *Psychological Assessment*, 20, 81–85. doi:10.1037/1040-3590.20.1.81
- Huprich, S. K., Bornstein, R. F., & Schmitt, T. A. (2011). Self-report methodology is insufficient for improving the assessment and classification of Axis II personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 25, 557–570. doi:10.1521/pedi.2011.25.5.557
- Huprich, S. K., Schmitt, T. A., Richard, D. C. S., Chelminski, I., & Zimmerman, M. A. (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
- Hyler, S. E. (1994). *PDQ-4+ Personality Diagnostic Questionnaire-4+*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
- Hyler, S. E., Lyons, M., Rieder, R. O., Young, L., Williams, J. B. W., & Spitzer, R. L. (1990). The factor structure of self-report DSM-III Axis II symptoms and their relationship to clinicians' ratings. *American Journal of Psychiatry*, 147, 751–757. doi:10.1176/ajp.147.6.751
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879–1890. doi:10.1017/S0033291711002674
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, J., ... Livesley, W. J. (2011). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25, 170–191. doi:10.1521/pedi.2011.25.2.170
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477–501. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732
- Kushner, S. C., Quilty, L. C., Tackett, J. L., & Bagby, R. M. (2011). The hierarchical structure of the Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ). *Journal of Personality Disorders*, 25, 504–516. doi:10.1521/pedi.2011.25.4.504
- Livesley, W. J. (2011). The current state of personality disorder classification: Introduction to the special feature on the classification. *Journal of Personality Disorders*, 25, 269–278. doi:10.1521/pedi.2011.25.3.269
- Livesley, W. J., Dimaggio, G., & Clarkin, J. F. (2015). *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach*. New York, NY: Guilford.
- Livesley, W. J., & Jackson, D. N. (2009). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire*. Port Huron, MI: Sigma.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 139–157. doi:10.1037/0022-3514.88.1.139
- Mulder, R. T., Newton-Howes, G., Crawford, M. J., & Tyrer, P. J. (2011). The central domains of personality pathology in psychiatric patients. *Journal of Personality Disorders*, 25, 364–377. doi:10.1521/pedi.2011.25.3.364
- Osborne, J. W., & Fitzpatrick, D. C. (2012). Replication analysis in exploratory factor analysis: What it is and why it makes your analysis better. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 17(15), 1–8.
- Paris, J. (2015). Egosyntonic and egodystonic: Accounting for continuities and discontinuities between personality traits and personality disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 27(1), 44–48.
- Preacher, K. J., & MacCallum, R. C. (2003). Repairing Tom Swift's electric factor analysis machine. *Understanding Statistics*, 2(1), 13–43. doi:10.1207/S15328031USO201_02
- Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder in DSM-V—In support of retaining a significant diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 25, 248–259. doi:10.1521/pedi.2011.25.2.248
- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., & Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general (“g”) and specific (“s”) factors? *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 387–398. doi:10.1037/abn0000033
- Shedler, J., Beck, A., Fonagy, P., Gabbard, G. O., Gunderson, J., Kernberg, O., ... Westen, D. (2010). Personality disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1026–1028. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10050746
- Sheets, E., & Craighead, W. E. (2007). Toward an empirically based classification of personality pathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(2), 77–93. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00065.x
- Tackett, J. L., Silberschmidt, A. L., Krueger, R. F., & Sponheim, S. R. (2008). A dimensional model of personality disorder: Incorporating DSM Cluster A characteristics. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 454–459. doi:10.1037/0021-843X.117.2.454
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16, 209–220. doi:10.1037/a0023353
- Trull, T. J., Distel, M. A., & Carpenter, R. W. (2011). DSM-5 borderline personality disorder: At the border between a dimensional and a categorical view. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 43–49. doi:10.1007/s11920-010-0170-2
- Trull, T. J., Vergés, A., Wood, P. K., Jahng, S., & Sher, K. J. (2012). The structure of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition, text revision) personality disorder symptoms in a large national sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 355–369. doi:10.1037/a0027766
- Tyrer, P. (2009). Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. *Personality and Mental Health*, 95, 86–95. doi:10.1002/pmh
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., ... Reed, G. M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, 5, 246–259. doi:10.1002/pmh.190
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385, 717–726. doi:10.1016/S0140-6736(14)61995-4
- Vall, G., Gutiérrez, F., Peri, J. M., Gárriz, M., Ferraz, L., Baillés, E., & Obiols, J. E. (2015). Seven basic dimensions of personality pathology and their clinical consequences: Are all personalities equally harmful? *The British Journal of Clinical Psychology*, 54, 450–468. doi:10.1111/bjc.12091
- Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, 41, 321–327. doi:10.1007/BF02293557

- Watson, D., Clark, L. A., & Chmielewski, M. (2008). Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. *Journal of Personality, 76*, 1545–1585. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00531.x
- Westen, D., Waller, N. G., Shedler, J., & Blagov, P. S. (2014). Dimensions of personality and personality pathology: Factor structure of the Shedler–Westen Assessment Procedure–II (SWAP–II). *Journal of Personality Disorders, 28*, 281–318. doi:10.1521/pedi_2012_26_059
- Widiger, T. A. (2008). Personality disorders. In J. Hunsley & E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 413–438). New York, NY: Oxford University Press.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*, 110–130. doi:10.1521/pedi.19.2.110.62628
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *The American Psychologist, 62*, 71–83. doi:10.1037/0003-066X.62.2.71
- Wright, A. G. C., & Zimmermann, J. (2015). At the nexus of science and practice: Answering basic clinical questions in personality disorder assessment and diagnosis with quantitative modeling techniques. In S. Huprich (Ed.), *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment* (pp. 109–144). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A continuous measure of DSM–IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders, 17*, 233–242. doi:10.1521/pedi.17.3.233.22147

Running title: GENERAL CRITERIA FOR PERSONALITY DISORDERS

The General Criteria for Personality Disorders Assessed by Interview: Do They Still Have a Role to Play?

Josep M. Peri^a, Ana Muñoz-Champel^b, Rafael Torrubia^b, and Fernando Gutiérrez^{c,d}

^a Institute of Neuroscience, Hospital Clínic de Barcelona, 08036 Barcelona, Spain

^b Department of Legal Medicine, Faculty of Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Bellaterra, Barcelona, Spain

^c Personality Disorder Unit, Institute of Neuroscience, Hospital Clínic de Barcelona, 08036 Barcelona, Spain

^d IDIBAPS, 08036 Barcelona, Spain.

Author Note

This study was supported by project PI15/00536, integrated in the Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016 and cofinanced by the ISCIII-Subdirección General de Evaluación and the European Regional Development Fund (ERDF).

Correspondence should be addressed to Fernando Gutiérrez, Personality Disorder Unit, Institute of Neuroscience, Hospital Clínic de Barcelona, Villarroel 170, 08036 Barcelona, Spain. Email fguti@clinic.ub.es.

The final copy-edited version can be directly requested to the corresponding author or found at the publisher's page. This article should be cited as:

Peri JM, Muñoz-Champel A, Torrubia R, Gutiérrez F (2018) The General Criteria for Personality Disorders Assessed by Interview: Do They Still Have a Role to Play? *Journal of Personality disorders*, accepted for publication.

Abstract

On the path to developing dimensional models of personality disorder (PD), we are at risk of leaving key diagnostic aspects behind. The general criteria for PD may be an important one, because they reflect the defining aspects of personality pathology: long duration, independence from psychopathological states, and harmfulness. We assessed these criteria by interview in a sample of 362 psychiatric outpatients after administering the Personality Diagnostic Questionnaire–4+. The result was a 42.5% fall in self-reported endorsements, due to misinterpretations (11.5%), short duration of traits or contamination by state psychopathology (9.8%), and traits being non-harmful (21.2%). However, not all personality traits and disorders underwent correction to the same extent and, ultimately, the interview did not improve the prediction of clinical variables. These findings raise doubts about the practical relevance of the general criteria for PD and support the role of self-report questionnaires for diagnostic purposes.

Keywords: personality disorders; diagnostic criteria; self-report; interview; Personality Diagnostic Questionnaire–4+

The General Criteria for Personality Disorders Assessed by Interview: Do They Still Have a Role to Play?

There is now a consensus on the need to substitute categorical personality disorders (PDs) with a dimensional alternative (Krueger et al., 2011; Skodol, Morey, Bender, & Oldham, 2013; Widiger, Livesley & Clark, 2009; Zachar & First, 2015). Four or five dimensions, reflecting negative emotionality, asociality, disinhibition, antagonism, and psychoticism, have repeatedly been found to underlie most models of normal and pathological personality (Markon, Krueger & Watson, 2005; Tyrer et al., 2011). Aside from minor variations, mostly corresponding to distinct levels in the hierarchy of personality (Gutiérrez, Vall, Peri, Gárriz, & Garrido, 2014; Markon et al., 2005), this essential structure is ubiquitous, and it even emerges after refactoring the PD criteria of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (Muñoz-Champel, Gutiérrez, Peri, & Torrubia, 2017).

Moving to this new paradigm is bringing about changes in the methods of diagnosis because, for better or worse, dimensional models have so far relied heavily on self-report questionnaires. Examples include the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012), the Dimensional Assessment of Personality Pathology (Livesley & Jackson, 2009), the Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality (Clark, 1993), and the Personality Inventory for the ICD-11 (Oltmanns & Widiger, 2017). In principle, this might not be an issue, since questionnaires are known to be cost-efficient and to outperform interviews in reliability, temporal stability, convergence, and availability of normative data (Hopwood et al., 2008; Samuel et al., 2011; Samuel, Suzuki, & Griffin, 2016; Widiger & Samuel, 2005). Despite longstanding beliefs to the contrary, questionnaires could also be as valid as interviews (Blackburn, Donnelly, Logan & Renwick, 2004; Hopwood et al., 2008; Kelley et al., 2016).

However, migration to a new diagnostic system may leave key aspects of PD assessment behind. A prominent concern is that the general diagnostic criteria of PD may have no place in questionnaire-based assessments. These general criteria establish the core attributes that define personality pathology and differentiate it from other conditions and from non-harmful personality variants: long duration, independence from state psychopathology, and harmfulness (American Psychiatric Association, 2013; Parker & Barrett, 2000;

Wakefield, 2008). Whereas many traits are satisfactorily measured by questionnaires (*but see* Leising, Krause, Köhler, Hinsén, & Clifton, 2011 *for an example to the contrary*), general criteria are best assessed—and have been commonly assessed—by interview, and this is an important reason why structured interviews have been considered the gold standard for diagnosis (Widiger, 2008). Indeed, it has traditionally been assumed that interviews are better able to exclude false positives by clarifying whether traits are truly present, lifelong, independent from concurrent psychopathology, and harmful. Thus, although interviews are too costly for widespread use (Aboraya, 2009) and their status is at stake, a self-report measuring traits, followed by an interview assessing the general criteria for PD, might offer an optimal balance between diagnostic accuracy and feasibility (Ganellen, 2007; Huprich, Bornstein, & Schmitt, 2011; Widiger & Samuel, 2005). Such an approach would preserve the advantages of self-reports while providing a way to rule out misinterpretations, state psychopathology, and non-harming traits, thereby correcting eventual overdiagnoses.

The Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+; Hyler, 1994), a self-report assessing DSM PDs (American Psychiatric Association, 2000; 2013), is particularly appropriate for testing such an approach. It is not merely a screening tool, but is an independent and well-validated questionnaire that has been strongly recommended instead of brief screenings (Widiger, 2008). It is the only questionnaire that is followed by a brief structured interview, the Clinical Significance Scale, which clarifies misunderstandings and confirms that personality features meet the general criteria for PD; that is, that they are lifelong (criterion D), independent from other mental or physical conditions (criteria E and F), and a cause of distress or impairment (criterion C) across a broad range of situations (criterion B) (American Psychiatric Association, 2013). Finally, the PDQ-4+ has recently been refactored, showing a structure that approximates current dimensional models (Muñoz-Champel et al., 2017; see *Method* section). Thus, the results could be generalized to both the DSM classification and, with all due caution, to the new dimensional approaches.

Given that the PDQ-4+ is most frequently administered in isolation, examining its accompanying interview can be informative in itself. More broadly, however, we aim to ascertain whether a brief interview assessing the general criteria of PD is a valuable addition to self-reported assessments in a clinical sample. Specifically, we want to quantify to what extent, and for what traits, a self-report measure of PD is burdened by biases—misinterpretations, contamination by other psychopathology, and inconsequential personality variants—that require correction by interview. Furthermore, we seek to examine whether ruling out false positives through this multimethod approach improves the concurrent criterion validity of diagnosis, as indicated by a better prediction of clinical variables.

Method

Participants

The sample comprised 362 consecutive outpatients with suspected PD who attended the Personality Disorder Unit of a General Teaching Hospital. The mean age was 36.3 years (SD 11.2; range 18–66 years) and 56.2% were women. Following the Clinical Significance Scale of the PDQ-4+ (Hyler, 1994), PDs were identified as being present in 62.0% of the sample. The mean number of disorders per patient was 1.7, and the prevalence of individual disorders ranged from 2.2% (schizoid, narcissistic) to 37.7% (depressive). Concurrently, 64.4% of the patients presented Axis I disorders: 19.6% a mild to moderate depressive disorder, 12.4% an anxiety or phobic disorder, 18.8% mixed anxious and depressive symptoms, 3.9% other affective disorders (dysthymia, bipolar disorder), and 7.2% other disorders—eating disorders, obsessive-compulsive disorder, substance abuse—each with a frequency of under

3%. Axis I disorders were clinically diagnosed according to the DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) by the referring staff and again by two experienced, doctoral-level clinical psychologists (JMP and FG). Exclusion criteria were psychosis, cognitive disorder, and severe affective disorder. The ethics committee of our center approved the study, and all patients give informed consent before participation.

Instruments

The PDQ-4+ (Hyler, 1994) is a 99-item, true/false self-report questionnaire that assesses the ten official DSM-IV and DSM-5 PDs (American Psychiatric Association, 2000; 2013) plus the negativistic and depressive. Leaving validity items aside, ninety-two of these items correspond to the DSM criteria on a one-to-one basis. The PDQ-4+ includes a companion interview, the Clinical Significance Scale, which checks whether each self-reported disorder exceeding the threshold has been properly understood and meets the general criteria for the diagnosis of PD. More specifically, traits need to be lifelong (i.e. early onset and stable, criterion D) and independent of other conditions: depression, anxiety, drug consumption, and physical illness (criteria E and F); that is, they need to be true personality traits. Furthermore, traits are required to be pervasively harmful, producing distress or functional impairment at home, at work, or in social relations (criteria B and C). The Spanish versions of the PDQ-4+ and its interview have suitable psychometric properties (Calvo et al., 2012; Calvo, Gutiérrez, & Casas, 2013).

For this study, because of the meager foundation for DSM categories, general criteria were not applied to disorders but to individual items/criteria. The interview was conducted by an experienced, doctoral-level psychologist (JMP), who spent between one and forty-five min on it (twenty min on average), depending on the initial number of self-reported positives. Departing from the initial frequency of self-reported endorsement of each item, “true” answers were reassessed as “false” in the interview in either of the following hierarchically-arranged cases:

(1) Retraction. After the item was read aloud, and its meaning elucidated if necessary (e.g., asking for real examples), the subject rescored it as false. While not a general criterion for PD, this clarification addresses the risk that the self-reported items might be misinterpreted.

(2) Non-trait. The subject specified that the feature was not lifelong (it had been absent in early adulthood or had been not stable over time) or that it was only present during depression, anxiety, drug consumption, or physical illness.

(3) Inconsequential trait. The subject stated that the trait was not harmful: It caused neither distress nor impairment at home/family, at work/studies, in relationships, or in any other areas of functioning.

To make interpretation easier, the items were averaged in groups that reflected either the twelve DSM-based disorders or the six empirical dimensions. A detailed description of these dimensions and their relationships with both DSM disorders and dimensional models can be found elsewhere (Muñoz-Champel et al., 2017), but a brief outline follows. The subordination dimension reflects dependence, insecurity, and worries about rejection, includes most of the criteria for avoidant and dependent PDs, and is associated with the submissive and social-avoidant aspects of emotional dysregulation. Asociality is characterized by emotional coldness, detachment, and discomfort with relationships, incorporates much of the schizoid PD and the interpersonal side of schizotypal PD, and is aligned with measures of low affiliation and inhibitedness. Psychopathy reflects conduct problems, impulsivity, and exploitativeness, includes antisocial PD and some criteria from

narcissistic and borderline PDs, and correlates with sensation seeking and dissocial behavior. Mistrust-oddity reflects suspiciousness and unusual perceptions together, and includes the paranoid PD and the psychotic-like side of schizotypal PD, but its expected relationships with a psychoticism dimension are as yet untested. Attention seeking comprises need for attention, seductiveness, and self-importance, includes half of narcissistic and histrionic PDs, and reflects the antagonistic and uncooperative side of the dissociality dimension. Finally, depressiveness is composed of emotional instability, identity problems, and pessimism, includes depressive PD and some borderline features, and converges with the anxiety and self-disturbance components of emotional dysregulation (complete item assignment in Table 1).

Clinical variables were measured through the Life Outcome Questionnaire (LOQ), a self-report developed to collect lifelong data on several life areas, such as studies, jobs, mating, social relationships, finances, and health. Thirty-six out of a total of 60 variables were selected for this study because of their widely agreed undesirability, clinical relevance, and frequent association with personality pathology (Leising & Zimmermann, 2011; Vall et al., 2015). They were organized into three groups: (1) dissatisfaction with a range of life domains (oneself, occupation, health, social network); (2) difficulties performing daily activities; and (3) clinical severity, as measured by psychopathological symptoms and service utilization (see Supplemental Table S1 for a full list). All variables were measured on a lifetime basis. The LOQ has shown good psychometric properties in previous studies (Gutiérrez, Gárriz, Peri, Vall, & Torrubia, 2016; Vall et al., 2015).

Data Analysis

We first obtained the frequency of self-reported endorsements (“true” answers) in the PDQ-4+ questionnaire (Table 1, column “Self-report”). From this basis, we calculated the percentage of endorsements that, in the interview, were rescored as false (“retractions”), as late-onset, unstable, or dependent from state (“non-trait”), or as inconsequential (“non-distressing,” “non-impairing,” and “non-PD”). The successive application of these filters resulted in an accumulated “total loss” percentage and a final interview-based prevalence (“final prevalence”).

To make interpretation easier, these figures were then averaged into groups that corresponded to the DSM disorders or the empirical dimensions (Muñoz-Champel et al., 2017). Next, 36 clinical variables were predicted from either the self-reported scores or the interview-based scores, and the criterion validity of the self-report and the interview were compared. Multiple regressions were used to control for the effects of age and sex on lifelong clinical variables (e.g. the number of prescribed drugs or suicide attempts). Logistic, multinomial, and negative binomial regressions were alternatively run for dichotomous, polytomous, and count variables, respectively; however, the results were comparable and are not reported.

Finally, some supplemental analyses were performed at the dimension and the disorder level. The multi-trait multi-method matrix was obtained for the six empirical dimensions and the twelve DSM-based disorders: Internal consistency was analyzed through the Kuder-Richardson formula 20 for dichotomous variables (KR20), and convergent and discriminant validity through zero-order correlations. Furthermore, given that many clinical decisions, such as diagnosing or treating, are eventually dichotomous, the prevalences of DSM-based disorders before and after the interview were obtained, and new cut-offs for the PDQ-4+ questionnaire were identified based on these analyses.

Table 1. Initial Self-reported Prevalence for Each PDQ-4+ Item, Percentages of Losses, and Final Interview-Based Prevalence

Item #	Dimension ^a	DSM Disorder - Criterion ^b	Self-report		Interview (%)				Final prevalence	
			n (%)	Retraction	Inconsequential trait			Total loss		
					Non-trait	Non-distressing	Non-impairing			Non-PD
10	ODD	STP - Finds special messages	165 (45.6)	52.7	3.6	32.7	38.8	30.3	86.7	6.1
71	—	SZD - Indifferent to criticism	100 (27.6)	12.0	3.0	83.0	72.0	70.0	85.0	4.1
23	ODD	STP - Has premonitions	182 (50.3)	62.6	1.6	19.8	31.9	19.2	83.5	8.3
34	ASO	SZD - No sexual interest	66 (18.2)	15.2	40.9	33.3	28.8	24.2	80.3	3.6
31	ODD	NAR - Sense of uniqueness	232 (64.1)	50.4	2.6	30.2	38.8	25.9	78.9	13.5
75	PSY	ANT - Recklessness	94 (26.0)	7.4	2.1	86.2	72.3	69.1	78.7	5.5
36	ODD	STP - Unusual perceptions	147 (40.6)	56.5	0.7	23.8	36.7	21.1	78.2	8.8
43	ATT	HIS - Uses physical appearance	65 (18.0)	10.8	3.1	67.7	70.8	60.0	73.8	4.7
60	ASO	SZD/STP - Lacks close friends	49 (13.5)	18.4	20.4	42.9	44.9	34.7	73.5	3.6
47	ASO	SZD - Little pleasure in activities	161 (44.5)	10.6	42.2	18.6	39.1	16.8	69.6	13.5
13	SUB	AVD - Avoids rejection	150 (41.4)	11.3	7.3	55.3	66.0	50.7	69.3	12.7
22	ASO	SZD - Chooses solitary activities	182 (50.3)	11.5	3.8	69.2	62.6	53.3	68.7	15.7
74	ASO	STP - Odd behavior/appearance	73 (20.2)	19.2	4.1	47.9	56.2	41.1	64.4	7.2
54	ODD	OBS - Hoarding behavior	134 (37.0)	24.6	2.2	53.0	45.5	35.8	62.7	13.8
94	PSY	ANT - Lack of remorse	24 (6.6)	12.5	8.3	62.5	50.0	41.7	62.5	2.5
57	SUB	NAR - Expects favors	39 (10.8)	35.9	2.6	33.3	41.0	23.1	61.5	4.1
95	ASO	SZD - Keeps a distance from people	191 (52.8)	7.9	8.4	49.7	62.3	44.5	60.7	20.7
17	ATT	HIS - Seductive/provocative	43 (11.9)	2.3	0.0	81.4	65.1	58.1	60.5	4.7
81	—	OBS - Miserliness	62 (17.1)	12.9	6.5	51.6	58.1	40.3	59.7	6.9
18	ATT	NAR - Grandiose self-importance	78 (21.5)	10.3	0.0	48.7	80.8	46.2	56.4	9.4
9	ASO	SZD - No interest in relationships	39 (10.8)	10.3	28.2	25.6	38.5	17.9	56.4	4.7
6	—	BOR - Abandonment avoidance	206 (56.9)	35.4	4.4	15.0	39.8	14.1	53.9	26.2
91	—	NEG - Hostility-contrition cycles	266 (73.5)	5.3	3.8	48.9	63.5	43.6	52.6	34.8

45	DPS	BOR - Self-harm/suicide	128 (35.4)	8.6	35.2	11.7	30.5	8.6	52.3	16.9
69	ASO	BOR - Chronic emptiness	173 (47.8)	2.3	46.2	4.0	34.7	3.5	52.0	22.9
66	—	OBS - Reluctant to delegate	295 (81.5)	5.4	1.7	66.4	55.9	44.4	51.5	39.5
50	ODD	PAR - Reads hidden meanings	148 (40.9)	12.2	6.1	38.5	61.5	33.1	51.4	19.9
15	SUB	DEP - Delegates responsibility	125 (34.5)	9.6	14.4	31.2	53.6	27.2	51.2	16.9
41	—	OBS - Morally scrupulous	211 (58.3)	4.3	1.4	62.1	61.6	45.5	51.2	28.5
30	—	HIS - Shows emotions easily	226 (62.4)	4.4	1.8	59.7	57.1	44.7	50.9	30.7
2	SUB	DEP - Reassurance for decisions	145 (40.1)	14.5	9.7	29.7	59.3	26.2	50.3	19.9
4	ATT	HIS - Attention seeking	80 (22.1)	10.0	2.5	48.8	60.0	37.5	50.0	11.0
73	PSY	NAR - Lacks empathy	46 (12.7)	17.4	21.7	23.9	19.6	10.9	50.0	6.4
40	SUB	DEP - No own-initiative activity	163 (45.0)	10.4	19.6	23.3	47.2	17.8	47.9	23.5
8	PSY	ANT - Illegal behavior	51 (14.1)	11.8	9.8	47.1	37.3	25.5	47.1	7.5
3	SUB	OBS - Preoccupied with details	239 (66.0)	13.0	7.5	40.6	46.0	26.4	46.9	35.1
1	SUB	AVD - Avoids criticism	157 (43.4)	7.0	4.5	40.8	63.7	35.0	46.5	23.2
24	ODD	PAR - Doubts friends' loyalty	192 (53.0)	10.9	10.4	31.8	49.5	25.0	46.4	28.5
65	SUB	DEP - Helpless when alone	93 (25.7)	12.9	33.3	1.1	38.7	0.0	46.2	13.8
59	PSY	ANT - Deceitfulness	67 (18.5)	10.4	7.5	46.3	37.3	26.9	44.8	10.2
55	PSY	HIS - Impressionistic speech	90 (24.9)	1.1	16.7	38.9	44.4	26.7	44.4	13.8
61	ODD	STP - Suspiciousness	141 (39.0)	7.1	12.8	25.5	55.3	23.4	43.3	22.1
89	—	OBS - Stubbornness	184 (50.8)	2.2	0.5	72.3	47.8	40.2	42.9	29.0
29	—	OBS - Workaholism	113 (31.2)	17.7	6.2	38.9	35.4	18.6	42.5	18.0
5	ODD	NAR - Feels undervalued	92 (25.4)	7.6	4.3	34.8	62.0	30.4	42.4	14.6
32	DPS	BOR - Identity disturbance	219 (60.5)	6.8	15.5	19.6	63.0	19.2	41.6	35.4
44	ATT	NAR - Needs attention/compliment	133 (36.7)	8.3	2.3	37.6	60.2	29.3	39.8	22.1
48	ODD	STP - Odd thinking/speech	152 (42.0)	21.1	9.9	19.1	31.6	8.6	39.5	25.4
26	SUB	AVD - Fear to ridicule	128 (35.4)	21.9	11.7	9.4	28.9	5.5	39.1	21.5
16	—	OBS - Interfering perfectionism	231 (63.8)	5.6	1.7	48.9	51.1	31.2	38.5	39.2
70	ATT	DPR - Critical-judgmental	247 (68.2)	3.6	2.0	59.9	47.0	32.8	38.5	42.0
33	PSY	ANT - Irresponsibility	50 (13.8)	20.0	14.0	6.0	18.0	4.0	38.0	8.6
67	ATT	HIS - Theatrical/dramatic	108 (29.8)	7.4	2.8	41.7	50.9	27.8	38.0	18.5
85	ODD	PAR - Repels perceived attacks	116 (32.0)	7.8	3.4	47.4	42.2	26.7	37.9	19.9

96	ODD	PAR - Doubts partner's fidelity	109 (30.1)	10.1	17.4	12.8	27.5	10.1	37.6	18.8
7	PSY	NEG - Passive resistance to tasks	97 (26.8)	8.2	25.8	18.6	9.3	3.1	37.1	16.9
11	ODD	PAR - Feels exploited-deceived	192 (53.0)	13.0	8.9	22.4	40.6	15.1	37.0	33.4
99	PSY	ANT - Conduct disorder before 15	64 (17.7)	9.4	1.6	60.9	31.3	25.0	35.9	11.3
77	SUB	NEG - Complains of misfortune	160 (44.2)	7.5	13.8	16.9	62.5	14.4	35.6	28.5
84	DPS	DPR - Pessimistic	214 (59.1)	7.0	17.3	15.9	53.7	11.2	35.5	38.1
93	—	BOR - Dissociative/paranoid	85 (23.5)	14.1	20.0	4.7	32.9	1.2	35.3	15.2
68	PSY	NAR - Interpersonally exploitative	37 (10.2)	24.3	8.1	24.3	21.6	2.7	35.1	6.6
92	ATT	NAR - Arrogance	65 (18.0)	7.7	3.1	46.2	40.0	23.1	33.8	11.9
82	PSY	DEP - Needs replace relationships	90 (24.9)	7.8	4.4	26.7	58.9	21.1	33.3	16.6
37	ODD	PAR - Reluctant to self-disclosure	102 (28.2)	8.8	9.8	23.5	37.3	14.7	33.3	18.8
88	SUB	DEP - Fear of abandonment	110 (30.4)	14.5	17.3	0.9	51.8	0.9	32.7	20.4
79	ATT	NAR - Feels/perceives envy	105 (29.0)	6.7	4.8	38.1	27.6	21.0	32.4	19.6
14	DPS	DPR - Chronic dejection	164 (45.3)	3.7	26.2	3.7	36.6	2.4	32.3	30.7
80	SUB	HIS - Easily influenced	153 (42.3)	10.5	5.9	18.3	54.9	15.7	32.0	28.7
21	ODD	NEG - Feels misunderstood	185 (51.1)	5.9	18.4	10.3	40.5	7.0	31.4	35.1
49	—	NEG - Resistance to authority	105 (29.0)	10.5	4.8	35.2	29.5	15.2	30.5	20.2
98	PSY	BOR - Impulsivity	211 (58.3)	8.5	12.3	29.4	24.6	9.5	30.3	40.6
53	SUB	DEP - Grovels to please	122 (33.7)	13.9	4.9	14.8	52.5	11.5	30.3	23.5
46	PSY	ANT - Failure to plan ahead	146 (40.3)	11.0	6.8	33.6	23.3	12.3	30.1	28.2
19	—	BOR - Love-hate relationships	88 (24.3)	14.8	6.8	17.0	19.3	8.0	29.5	17.1
62	ODD	PAR - Never forgives or forgets	166 (45.9)	4.2	3.6	30.1	54.2	21.1	28.9	32.6
35	ASO	NEG - Bad-tempered	70 (19.3)	5.7	14.3	30.0	17.1	8.6	28.6	13.8
20	PSY	ANT - Aggressive/quarrelsome	28 (7.7)	17.9	7.1	28.6	7.1	3.6	28.6	5.5
86	ASO	STP - Social anxiety	163 (45.0)	3.7	20.2	4.3	51.5	3.1	27.0	32.9
90	—	HIS - Takes relationships seriously	155 (42.8)	11.0	6.5	15.5	28.4	9.0	26.5	31.5
83	DPS	AVD - Low self-esteem	274 (75.7)	3.6	20.1	2.9	42.7	1.8	25.5	56.4
63	SUB	NEG - Envious/resentful	72 (19.9)	6.9	9.7	8.3	76.4	8.3	25.0	14.9
27	SUB	DEP - Afraid to disagree	121 (33.4)	7.4	7.4	14.0	57.0	9.9	24.8	25.1
97	DPS	DPR - Feels guilty/remorseful	226 (62.4)	5.8	16.8	2.2	55.3	1.8	24.3	47.2
72	ASO	STP - Relationship difficulties	144 (39.8)	8.3	8.3	9.0	37.5	7.6	24.3	30.1

52	SUB	AVD - Inferiority feelings	114 (31.5)	7.0	11.4	4.4	49.1	3.5	21.9	24.6
42	DPS	DPR - Self-blaming	275 (76.0)	1.1	5.1	16.0	79.6	15.3	21.5	59.7
78	PSY	BOR - Intense anger	180 (49.7)	3.9	10.6	16.7	13.9	4.4	18.9	40.3
87	SUB	AVD - Avoids new activities	245 (67.7)	4.1	8.2	7.3	65.7	6.5	18.8	55.0
58	DPS	BOR - Affective instability	201 (55.5)	3.5	12.4	6.0	27.4	2.5	18.4	45.3
56	DPS	DPR - Often troubled	264 (72.9)	3.8	4.2	9.1	69.7	8.3	16.3	61.0
39	SUB	AVD - Preoccupied about rejection	259 (71.5)	1.5	2.3	6.2	52.1	3.9	7.7	66.0
		Overall	139.7 (38.6)	11.5	9.8	29.6	47.8	21.2	42.5	22.2

Note. All percentages are calculated over the initial number of self-reported endorsements. Items are sorted in descending order of “total loss”. For each column, results exceeding the 75th percentile are in bold type.

^a Empirical dimensions based on Muñoz-Champel et al. (2017): ODD = Mistrust-oddity, SUB = Subordination; ASO = Asociality, PSY = Psychoopathy, ATT = Attention seeking, DPS = Depressiveness.

^b DSM-based disorders. PAR = paranoid, SZD = schizoid, STP = schizotypal, HIS = histrionic, NAR = narcissistic, BOR = borderline, ANT = antisocial, AVD = avoidant, DEP = dependent, OBS = obsessive, NEG = negativistic, DPR = depressive.

Results

Table 1 shows the initial endorsement frequency of each item on the PDQ-4+ questionnaire (“Self-report” column), which ranged from 24 to 295 (mean 139.7). Given a total of 362 patients, this represents an average of 38.6% positive endorsements. The remaining columns in Table 1 reflect the percentages of endorsements lost during interview for different reasons: 11.5% of endorsements were retracted (not confirmed as true), 9.8% were qualified as late-onset, unstable, or dependent from state (i.e., non-traits), and a further 21.2% were not associated with distress or impairment (so they would not qualify for a PD). The final endorsement frequency was 80.3 (22.2% positive endorsements, reflecting a total loss of 42.5% from the self-report). However, there were notable differences between traits, as outlined hereafter.

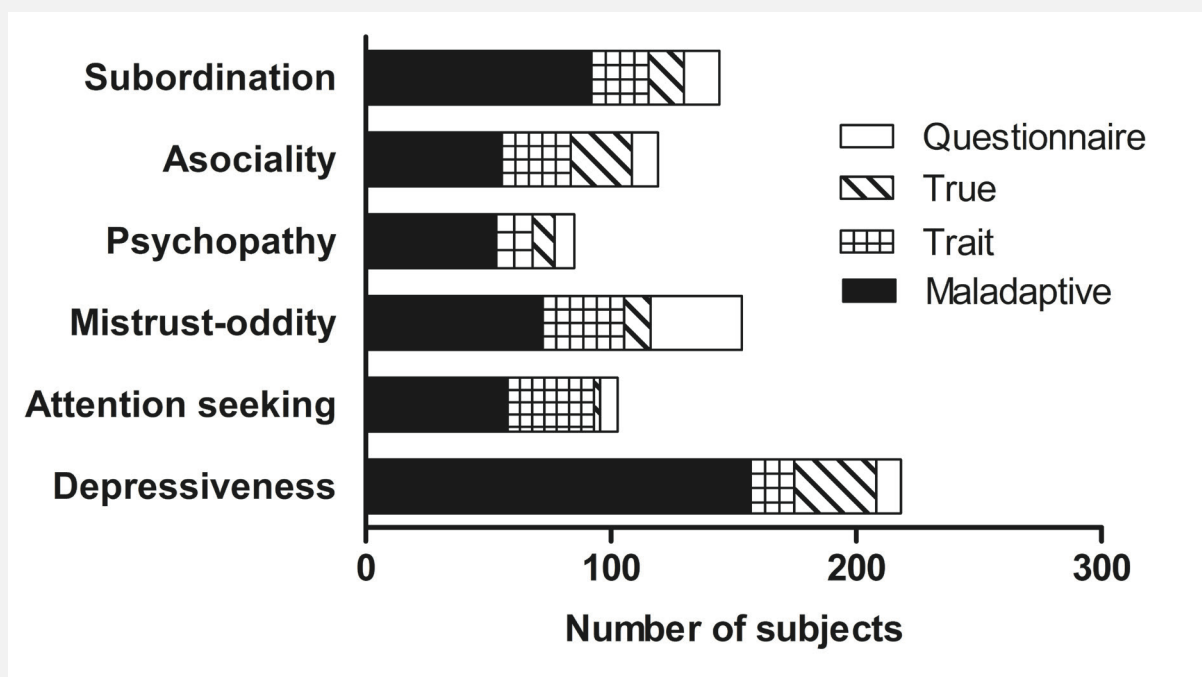
Retractions

Retractions were made in 1.1% to 62.6% of cases (mean 11.5%) (Table 1, column “Retraction”). The most frequently retracted items revolved around odd perceptions and thoughts, which were false over half of the time, whereas sense of uniqueness, avoidance of abandonment or ridicule, exploitativeness, and irresponsibility were rescored as false more than 20% of the time. Accordingly, when items were grouped into higher-order constructs, mistrust-oddity had the higher average retraction rate (21.9%) among empirical dimensions (Figure 1), whereas schizotypal (27.7%) and narcissistic (18.7%) had the higher average retraction rates among DSM PDs (Figure S1; full data in Supplemental Table S1). At the other extreme, items reflecting depressive features (self-blaming, instability, low self-esteem, dejection, emptiness, and preoccupation about rejection) were usually confirmed as true, resulting in the lowest retraction rates for the depressiveness dimension (4.6%) and the depressive PD (4.1%).

Non-Traits

Among criteria confirmed as true in the previous step, 9.8% (range 0.0% to 46.2%) were qualified by patients as late-onset, unstable, or a product of depression, anxiety, drug use, or physical illness, so were not truly lifelong personality traits. This was especially the case of asocial tendencies such as chronic emptiness, little pleasure in activities, lack of friends, and lack of interest in relationships or sex, which were not traits 20% to 40% of the time. Criteria reflecting depressiveness (self-harm/suicide, chronic dejection, low self-esteem, pessimism, guilt, identity disturbance) and dependence (helpless when alone, no initiative, fear of abandonment, delegation of responsibility) were also frequently qualified as non-traits. Accordingly, the greatest losses were seen for the depressiveness (19.9%) and asociality (18.2%) dimensions, as well as for the schizoid (21.1%) and borderline (18.2%) PDs. These features were mainly attributed to depression (53% of times), followed by anxiety (26%), drug use (12%), and physical illness (9%). By contrast, features in the attention seeking (seductive/provocative, grandiose self-importance), obsessiveness (stubbornness, moral scrupulosity, reluctance to delegate), and oddity domains (unusual perceptions, premonitions) were mostly longstanding and independent of the psychopathological state. As a result, mistrust-oddity only lost 6.9% of endorsements, whereas obsessive, histrionic, and narcissistic PDs only lost between 3.5% and 5.5%.

Figure 1. Effects of applying the general criteria for personality disorder on the six empirical dimensions of personality pathology



Inconsequential Traits

Finally, some longstanding traits were said not to have negative consequences, and so did not qualify for a PD diagnosis. According to the patients, the PDQ-4+ criteria did not produce distress 29.6% of the time (range 0.9% to 86.2%), impairment 47.8% of the time (7.1% to 80.8%), and neither distress nor impairment 21.2% of the time (0.0% to 70.0%). Concerning the former, criteria belonging to the attention seeking (49.4%) and psychopathy (35.6%) dimensions were most often qualified as non-distressing, as were obsessive (54.2%), histrionic (46.5%), antisocial (46.4%), and schizoid (46.1%) PDs. Criteria not producing impairment were heterogeneous; envy, avoidance of rejection and criticism, self-importance, use of physical appearance, and seductiveness were among the most prominent examples. In general, subordination (52.6%) and attention seeking (52.4%) dimensions were often non-impairing, as were the depressive (54.9%), histrionic (54.0%), avoidant (52.6%) and dependent (52.4%) disorders. In contrast to this, the psychopathy dimension (35.0%) and the borderline (31.8%) and antisocial (34.6%) PDs were discarded for this reason less frequently, particularly criteria such as aggressiveness, impulsivity, oppositionality, irresponsibility, low empathy, and exploitativeness. Finally, concerning the criteria not fulfilling any requirement for a disorder (neither distress nor impairment, Table 1, column “Non-PD”), criteria from the attention seeking dimension (33.8%) and from the schizoid (37.4%), obsessive (35.3%), and histrionic (34.9%) PDs were inconsequential on more than one-third of occasions. By contrast, those pertaining to the depressiveness (7.5%) and subordination (16.7%) dimensions had the fewest losses, reflecting the fact that features such as fear of abandonment or rejection, helplessness when alone, guilt, low self-esteem, dejection, and instability were almost invariably maladaptive. From a DSM perspective, borderline (7.9%), depressive

(10.5%), and to lesser extents, negativistic (14.3%), avoidant (15.3%), and dependent (14.3%) PDs were frequently problematic.

Relationship with Clinical Variables

This notable reduction in prevalence was not relevant for predicting clinical variables. Multiple regressions showed that the full set of PDQ-4+ self-reported items explained an average of 52% of the variance of 36 clinical variables, compared with 51% in the case of the interview. The six empirical dimensions showed the same overall trend when introduced together in the equation (averages of 18% vs 16%), showing mean standardized betas that changed little between the self-report and interview-based diagnoses: subordination (.03 vs .03), asociality (.12 vs .08), psychopathy (.08 vs .06), mistrust-oddity (.03 vs .08), attention seeking (.02 vs .03), and depressiveness (.21 vs .21) (Supplemental Table S2). The same applied to DSM-based disorders (20% vs. 18%; Supplemental Table S3). Furthermore, the interview did not work better at any level of severity: In the less severe half of the sample — with lower PDQ-4+ total scores — the self-report and interview explained the same variance of clinical variables (12%), while the self-report was superior (14% vs. 10%) in the more severe half. Thus, as the psychopathology became more severe, the interview was less efficient.

Scale-level analyses

Supplemental analyses were conducted at the scale-level. The multi-trait multi-method matrix for the PDQ-4+ empirical dimensions (Supplemental Table S4) showed acceptable internal consistency both in the self-report (mean KR20 = .75, range from .65 to .85) and the interview (mean .72, range from .56 to .82) except for attention seeking. Convergent validity between self-reported and interview-based scores was good (mean $r = .81$, range from .75 to .88) and doubled both the heterotrait-heteromethod (mean $r = .38$) and monomethod coefficients (.42). DSM-based disorders (Supplemental Table S5) showed lower internal consistency both in the self-report (mean KR20 = .61, range from .37 to .76) and the interview (mean .61, range .53 to .72), as well as more heterogeneous convergent validity coefficients (mean .76, range from .54 to .85). Heterotrait-heteromethod coefficients averaged .31 and heterotrait-monomethod coefficients .35.

When computed at the disorder level, the prevalence for any PD decreased from 88.7% to 62.0% after the interview (Supplemental Table S6), whereas the individual disorders had losses of between 28.6% (antisocial) and 87.3% (schizoid) of diagnoses in relative terms. This implies that, to reflect more closely the final, interview-based prevalences, the cut-offs for self-reported scores should be raised by two points on average.

Discussion

When based on self-reports, such as the PDQ-4+, the assessment of PDs may be burdened by misinterpretation, contamination with state psychopathology, and the inclusion of inconsequential traits. However, the nature and extent of mismeasurement varies from one trait to another, and ultimately has a negligible effect on the criterion validity of assessment, raising doubts as to its relevance.

Retraction was shown to affect oddity/schizotypal traits in particular. One-fifth of patients who admitted having paranormal perceptions and special powers in the self-report, clarified in the interview that they meant they were intuitive and able to perceive details that

others miss. Similarly, narcissistic entitlement was often interpreted as self-worth and abandonment avoidance as a normal concern about losing loved ones. Among the ratified criteria, one in ten was said to be unstable or to appear late in life, frequently because of depression and anxiety. This was more common with the internalizing traits — depressiveness, asociality, dependence, and borderline — and was rare for attention seeking, obsessiveness, and oddity. Finally, one in every five durable criteria was said not to cause distress or impairment. According to the patients, attention seeking and the schizoid, histrionic, and obsessive PDs were inconsequential on more than one-third of occasions. The externalizing traits, such as psychopathy and antisociality, tended to impair functioning without causing distress, while the subordination dimension and the depressive, avoidant, and dependent PDs were frequently distressing, but typically left functioning unaffected.

Unexpectedly, this reduction in false positives, by as much as 42.5%, had no effect on criterion validity. At first glance, this might seem counterintuitive because misunderstandings, state psychopathology, and innocuous traits are not supposed to contribute valid variance to the diagnosis of PD. One explanation is that, although interviews successfully reduce the rate of overdiagnosis, this is offset by factors that attenuate their association with external variables. For example, a fall in the prevalence will inevitably produce a restriction of range, and this may subdue correlation coefficients (Bobko, Roth, & Bobko, 2001). Discounting state psychopathology may also attenuate correlations, because depression has a stronger relationship with dysfunction than most pathological personality traits (Vall et al., 2015). Nevertheless, our interview might simply not be more valid than self-report, which is not without precedent (Blackburn et al., 2004; Hopwood et al., 2008; Kelley et al., 2016; Watts et al., 2016). For example, self-reports may be better able to assess sensitive topics than interviews, due to embarrassment in front of the evaluator (Tourangeau & Yan, 2007). Therefore, what we interpreted as a misunderstanding may have been a deceptive response during the interview. The requirement that traits be early onset and stable might also cause true personality traits to go undetected, as personality is not fixed from young adulthood. Quite the opposite, it is known to evolve throughout life (Gutiérrez et al., 2012; Gutiérrez, 2014; Mijolev & Sibley, 2017; Newton-Howes, Clark, & Chanen, 2015), and some PDs actually represent an admixture of enduring and acute symptoms (Gutiérrez et al., 2012; Zanarini et al., 2007). Finally, patients may fail to appreciate, or may wittingly minimize, the part played by their traits in turning their lives into an ordeal. In that case, their subjective appreciations of harm will be unrelated to clinical variables. Beyond these considerations, it is important to note that the correlations between self-reported and interview-based scores were high in our study (from .75 to .88, Supplemental Table S4). Therefore, sharp reductions in endorsement rates may not have been sufficient to alter relationships with the nomological network.

Whatever the cause, our results suggest that the benefits of assessing the general criteria for PD by interview barely outweigh the costs. The fact that 11.5% of items were misread as being healthier than intended is no doubt a concern. However, this problem is not widespread, as only mistrust-oddity was so ambiguously drafted that its validity improved after interview. In this case, verifying item understandability during instrument development would be more parsimonious than adding an interview at every assessment. Contamination by state psychopathology seems not to require special provisions either. Self-reports indeed fail to distinguish states from traits, and hence artifactual PDs may emerge during depressive episodes (Spinoven, van der Does, Ormel, Zitman, & Penninx, 2013). Nevertheless, this risk was not unacceptably high or influential in our study, nor has it been in others (Costa, Bagby, Herbst, & McCrae, 2005; Karsten et al., 2012), and self-reports can be adjusted to counteract this bias (Noordhof, Kamphuis, Sellbom, Eigenhuis, & Bagby, 2017).

But, it is likely that not all of the identified issues can be amended simply by refining questionnaires. Importantly, harmfulness — whether through distress or impairment — is a necessary requisite for PD diagnosis that was unmet in one of every five self-reported endorsements. However, we do not have a consensual definition of “harmfulness”; nor do we know whether it is intrinsic to traits or a result of them, whether its assessment should be made through questionnaire or interview, or whether it is the subject or others who should be asked about it (Crawford, Koldobsky, Mulder, & Tyrer, 2011; Leising & Zimmermann, 2011; Livesley, 2011; Parker & Barret, 2000; Wakefield, 2008). In the last decade, some authors have used the total number of disorders or criteria as an indicator of PD severity, finding it to be the most important single predictor of impairment (Soeteman, Verheul, & Brumbach, 2011). Others have considered that certain traits, such as self-directedness or cooperativeness, reflect the characteristic ‘malfunctioning’ of all PDs, with other traits representing ‘style’ (American Psychiatry Association, 2013, *section III*; Bender, Morey, & Skodol, 2011; Livesley, 2011). Still others conceive harmfulness as the impact of traits on people’s lives, in the form of distress, functional limitation, competitive disadvantage, illness, or death (Leising & Zimmermann, 2011; Wakefield, 2008). The respective strengths of these approaches and the extent to which they agree with each other remain open to question.

Certain limitations of our study should be considered. First, the PDQ-4+ was not designed to measure dimensions of personality pathology, so our empirical dimensions can only be taken as acceptable approximations at best. Furthermore, some or all of the identified mismeasurements, and their implications, may be specific to the PDQ-4+, making generalization of our findings to other self-reports unwarranted without further explicit testing. For example, response biases have not always been shown as innocuous to validity as they were in our study (Dhillon, Bagby, Kushner, & Burchett, 2017; Quilty, Cosentino, & Bagby, 2017). Second, evaluating stability or harmfulness at the criterion level seems to yield different rates of false positives than doing so at the disorder or the dimension level: Whereas our design causes a drop in PD prevalence from 88.7% to 62.0%, disorder-level interviews bring it down to 38.3% (Calvo et al., 2013). The latter approach may be standard practice for clinicians, further indicating that our results should be generalized with caution. Third, clinical variables were measured concurrently with personality and through a self-report instrument. It is not unreasonable to think that the use of either a longitudinal design or a different source of information (e.g. significant others, clinical records) could have led to different results (*see for example* Leising et al., 2011). Finally, personality traits and clinical variables conceptually overlap at some points. For example, hurting oneself is a borderline criterion and a clinical variable at one and the same time; and this is also the case with lacking friends, behaving aggressively, and feeling depressed. Even if this effect is not pervasive and it does not directly affect our comparisons between self-report and interview, many personality instruments blend traits with their consequences, and differentiating between the two is a knotty task ahead (Leising & Zimmermann, 2011; Wessels, Zimmermann, & Leising, 2016).

In summary, our study quantifies some debated limitations of self-report measures of personality. As stand-alone instruments, they do not allow the possibility of clarifying questions, verifying the longitudinal course of traits, or assessing life outcomes. This is a hindrance for clinicians, who might confuse intuition with schizotypy or depressive symptoms with enduring asocial traits, or might base PD diagnoses on features that are harmless. These flaws are not highly consequential nor justify special precaution against the use of self-reports for diagnosis, but the risk of misunderstanding and mood state contamination calls for careful attention during instrument development. On the contrary, the optimal measurement of harmfulness remains an unresolved issue with all current diagnostic

systems or methods, which warrants rethinking and further research. Once the basic dimensions of personality pathology have been agreed, addressing this thorny issue would seem to be the next move.

References

- Aboraya, A. (2009). Use of structured interviews by psychiatrists in real clinical settings: Results of an open-question survey. *Psychiatry*, *6*(6), 24–28.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5)*. Washington, DC: Author.
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, *93*(4), 332–346. <http://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Blackburn, R., Donnelly, J. P., Logan, C., & Renwick, S. J. D. (2004). Convergent and discriminative validity of interview and questionnaire measures of personality disorder in mentally disordered offenders: A multitrait-multimethod analysis using confirmatory factor analysis. *Journal of Personality Disorders*, *18*(2), 129–150. <http://doi.org/10.1521/pedi.18.2.129.32779>
- Bobko, P., Roth, P. L., & Bobko, C. (2001). Correcting the effect size of d for range restriction and unreliability. *Organizational Research Methods*, *4*(1), 46–61. <http://doi.org/10.1177/109442810141003>
- Calvo, N., Gutiérrez, F., Andi6n, O., Caseras, X., Torrubia, R., & Casas, M. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the self-report Personality Diagnostic Questionnaire -4+ (PDQ-4+) in psychiatric outpatients. *Psicothema*, *24*, 156–60. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22269379>
- Calvo, N., Gutiérrez, F., & Casas, M. (2013). Diagnostic agreement between the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) and its Clinical Significance Scale. *Psicothema*, *25*(4), 427–432. <http://doi.org/10.7334/psicothema2013.59>
- Clark, L. A. (1993). *The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Costa, P. T., Bagby, R. M., Herbst, J. H., & McCrae, R. R. (2005). Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, *89*(1–3), 45–55. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.010>
- Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R., & Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders*, *25*(3), 321–30. <http://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.321>
- Dhillon, S., Bagby, R. M., Kushner, S. C., & Burchett, D. (2017). The impact of underreporting and overreporting on the validity of the Personality Inventory for DSM–5 (PID-5): A simulation analog design investigation. *Psychological Assessment*, *29*(4), 473–478. <http://doi.org/10.1037/pas0000359>
- Ganellen, R. J. (2007). Assessing normal and abnormal personality functioning: strengths and weaknesses of self-report, observer, and performance-based methods. *Journal of Personality Assessment*, *89*(1), 30–40. <http://doi.org/10.1080/00223890701356987>
- Gutiérrez, F. (2014). The course of personality pathology. *Current Opinion in Psychiatry*, *27*(1), 78–83. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000027>
- Gutiérrez, F., Gárriz, M., Peri, J. M., Vall, G., & Torrubia, R. (2016). How temperament and character affect our career, relationships, and mental health. *Comprehensive Psychiatry*, *70*, 181–189. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.07.014>
- Gutiérrez, F., Vall, G., Peri, J. M., Gárriz, M., & Garrido, J. M. (2014). A hierarchical model of normal and abnormal personality up to seven factors. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(2), 326–335. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.022>

- Gutiérrez, F., Vall, G., Peri, J. M., Baillés, E., Ferraz, L., Gárriz, M., & Caseras, X. (2012). Personality disorder features through the life course. *Journal of Personality Disorders, 26*(5), 1–12. http://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_032
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Edelen, M. O., Shea, M. T., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., ... Skodol, A. E. (2008). A comparison of interview and self-report methods for the assessment of borderline personality disorder criteria. *Psychological Assessment, 20*(1), 81–85. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.20.1.81>
- Huprich, S. K., Bornstein, R. F., & Schmitt, T. A. (2011). Self-report methodology is insufficient for improving the assessment and classification of Axis II personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 25*(5), 557–570. <http://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.557>
- Hyler, S. E. (1994). *PDQ-4+ Personality Questionnaire*. New York, NY: Author.
- Karsten, J., Penninx, B. W. J. H., Riese, H., Ormel, J., Nolen, W. A., & Hartman, C. A. (2012). The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits. *Journal of Psychiatric Research, 46*(5), 644–650. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.024>
- Kelley, S. E., Balsis, S., Smith, S. T., Edens, J. F., Douglas, K. S., & Poythress, N. G. (2016). A dimensional comparison of a self-report and a structured interview measure of conduct disorder. *Journal of Personality Disorders, 30*(2), 232–241. http://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_191
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine, 42*(9), 1879–1890. <http://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, J., ... Livesley, W. J. (2011). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders, 25*(2), 170–191. <http://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.170>
- Leising, D., Krause, S., Köhler, D., Hinsen, K., & Clifton, A. (2011). Assessing interpersonal functioning: Views from within and without. *Journal of Research in Personality, 45*(6), 631–641. <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.08.011>
- Leising, D., & Zimmermann, J. (2011). An integrative conceptual framework for assessing personality and personality pathology. *Review of General Psychology, 15*(4), 317–330. <http://doi.org/10.1037/a0025070>
- Livesley, W. J. (2011). An empirically-based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 25*(3), 397–420. <http://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.397>
- Livesley, W., & Jackson, D. (2009). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology—Basic Questionnaire*. Port Huron, MI: Sigma Press.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(1), 139–57. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.139>
- Milojev, P., & Sibley, C. G. (2017). Normative personality trait development in adulthood: A 6-year cohort-sequential growth model. *Journal of Personality and Social Psychology, 112*(3), 510–526. <http://doi.org/10.1037/pspp0000121>
- Muñoz-Champel, A., Gutiérrez, F., Peri, J. M., & Torrubia, R. (2017) Personality disorders are not as we thought: Hierarchical factor structure at the criterion level. *Journal of Personality Assessment*. Advance online publication. <http://doi.org/10.1080/00223891.2017.1278700>
- Newton-Howes, G., Clark, L. A., & Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. *The Lancet, 385*(9969), 727–734. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61283-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61283-6)
- Noordhof, A., Kamphuis, J. H., Sellbom, M., Eigenhuis, A., & Bagby, R. M. (2017). Change in self-reported personality during major depressive disorder treatment: A reanalysis of treatment studies from a demoralization perspective. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <http://doi.org/10.1037/per0000238>
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2017). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The Personality Inventory for ICD-11. *Psychological Assessment*. Advance online publication. <http://doi.org/10.1037/pas0000459>
- Parker, G., & Barret, E. (2000). Personality and personality disorder: Current issues and directions. *Psychological Medicine, 30*, 1–9. <http://doi.org/10.1017/S0033291799001427>

- Quilty, L. C., Cosentino, N., & Bagby, R. M. (2017). Response bias and the Personality Inventory for DSM-5: Contrasting self- and informant-report. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <http://doi.org/10.1037/per0000246>
- Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Ansell, E. B., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Markowitz, J. C., ... Grilo, C. M. (2011). Comparing the temporal stability of self-report and interview assessed personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(3), 670–680. <http://doi.org/10.1037/a0022647>
- Samuel, D. B., Suzuki, T., & Griffin, S. A. (2016). Clinicians and clients disagree: Five implications for clinical science. *Journal of Abnormal Psychology, 125*(7), 1001–1010. <http://doi.org/10.1037/abn0000201>
- Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2013). The ironic fate of the personality disorders in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(4), 342–349. <http://doi.org/10.1037/per0000029>
- Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2008). The burden of disease in personality disorders: Diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders, 22*(3), 259–268. <http://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.3.259>
- Spinhoven, P., van der Does, W., Ormel, J., Zitman, F. G., & Penninx, B. W. (2013). Confounding of Big Five personality assessments in emotional disorders by comorbidity and current disorder. *European Journal of Personality, 27*(4), 389–397. <http://doi.org/10.1002/per.1885>
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin, 133*(5), 859–883. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., ... Reed, G. M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health, 5*(4), 246–259. <http://doi.org/10.1002/pmh.190>
- Vall, G., Gutiérrez, F., Peri, J. M., Gárriz, M., Ferraz, L., Baillés, E., & Obiols, J. E. (2015). Seven basic dimensions of personality pathology and their clinical consequences: Are all personalities equally harmful? *British Journal of Clinical Psychology, 54*(4), 450–468. <http://doi.org/10.1111/bjc.12091>
- Wakefield, J. C. (2008). The perils of dimensionalization: Challenges in distinguishing negative traits from personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 31*(3), 379–393. <http://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.009>
- Watts, A. L., Lilienfeld, S. O., Edens, J. F., Douglas, K. S., Skeem, J. L., Verschuere, B., & LoPilato, A. C. (2016). Does response distortion statistically affect the relations between self-report psychopathy measures and external criteria? *Psychological Assessment, 28*(3), 294–306. <http://doi.org/10.1037/pas0000168>
- Wessels, N. M., Zimmermann, J., & Leising, D. (2016). Toward a shared understanding of important consequences of personality. *Review of General Psychology, 20*(4), 426–436. <http://doi.org/10.1037/gpr0000088>
- Widiger, T. A. (2008). Personality disorders. In J. Hunsley & E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 413–435). New York, NY: Oxford University Press.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Evidence-based assessment of personality disorders. *Psychological Assessment, 17*(3), 278–287. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.17.3.278>
- Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Clark, L. A. (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment, 21*(3), 243–255. <http://doi.org/10.1037/a0016606>
- Zachar, P., & First, M. B. (2015). Transitioning to a dimensional model of personality disorder in DSM 5.1 and beyond. *Current Opinion in Psychiatry, 28*(1), 66–72. <http://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000115>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 929–935. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.929>

SUPPLEMENTAL MATERIAL: The General Criteria for Personality Disorders Assessed by Interview: Do They Still Have a Role to Play?

Table S1. Initial Self-Reported Prevalence for Each PDQ-4+ Empirical Dimension and DSM-Based Disorder, Percentages of Losses, and Final Interview-Based Prevalence.

	Self-Report		Interview (mean %)					
	Mean n (Mean %)	Retraction	Inconsequential Trait			PD		Final Prevalence
			Non-Trait	Distressing	Non-Impairing	Non-Total	Loss	
Empirical dimensions								
Subordination	144.2 (39.8)	10.1	9.9	20.2	54.3	16.2	36.2	25.4
Asociality	119.2 (32.9)	8.9	21.1	29.5	45.7	23.5	53.4	15.3
Psychopathy	85.0 (23.5)	9.3	10.6	34.5	30.2	17.5	37.4	14.7
Mistrust-oddity	153.4 (42.4)	24.2	7.1	28.0	43.0	21.6	52.9	20.0
Attention seeking	102.7 (28.4)	6.9	2.4	50.7	53.1	34.3	43.6	16.0
Depressiveness	218.3 (60.3)	4.6	15.3	9.7	53.6	8.1	28.0	43.4
DSM disorders								
Paranoid	146.4 (40.4)	9.8	8.3	29.6	46.0	21.2	39.3	24.6
Schizoid	112.6 (31.1)	11.2	18.0	49.1	53.8	40.5	69.7	9.4
Schizotypal	135.1 (37.3)	30.2	8.3	21.8	41.0	18.5	57.0	16.0
Histrionic	115.0 (31.8)	7.4	4.9	41.8	51.6	31.2	43.5	18.0
Narcissistic	91.9 (25.4)	22.5	4.1	35.4	45.7	25.9	52.6	12.0
Borderline	165.7 (45.8)	10.7	17.5	14.7	33.3	8.6	36.9	28.9
Antisocial	65.5 (18.1)	11.5	6.4	47.8	36.2	27.3	45.2	9.9
Avoidant	189.6 (52.4)	6.6	9.5	15.6	53.2	13.1	29.3	37.0
Dependent	121.1 (33.5)	11.4	13.8	18.7	52.5	15.1	40.3	20.0
Obsessive	183.6 (50.7)	9.1	3.1	55.7	47.0	36.1	48.3	26.2
Negativistic	136.4 (37.7)	6.8	11.8	27.1	47.2	19.1	37.8	23.5
Depressive	237.7 (65.7)	4.0	12.2	16.2	56.2	10.9	27.1	47.9

Note. Each dimension/disorder results from averaging their corresponding items (see Table 1).

Table S2. Standardized Regression Coefficients (betas) for the PDQ-4+ Empirical Dimensions, Both Self-Reported and Interview-Based, Predicting 36 Clinical Variables.

	Mean (SD)	Self-Report				Interview							
		Subordination	Asociality	Psychopathy	Mistrust-oddity	Attention seeking	Depressiveness	Subordination	Asociality	Psychopathy	Mistrust-oddity	Attention seeking	Depressiveness
Dissatisfaction													
Academic goals (%)	47.6 (28.4)	.05	.23	.11	.03	-.18	.06	.03	.16	.15	.03	-.15	.12
Job (%)	41.1 (25.4)	.12	.16	.22	-.15	-.10	.03	.03	.21	.14	-.15	-.04	.05
Classmates (%)	38.0 (27.6)	.00	.30	-.02	-.05	.13	.16	.05	.18	.04	.05	.11	.17
Co-workers (%)	36.3 (23.1)	.01	.31	.28	-.02	-.06	.02	-.02	.27	.21	.04	.01	.04
Family of origin (%)	37.0 (27.4)	-.07	.16	.30	.08	.01	.06	-.12	.13	.23	.11	.10	.14
Partners (%)	41.7 (26.0)	.05	.14	.16	-.09	.07	.09	-.05	.12	.12	.02	.11	.13
Friends (%)	37.3 (26.2)	.15	.44	.02	-.02	-.05	-.01	.14	.31	-.08	.09	.06	.03
Oneself (%)	52.0 (26.6)	.13	.31	.08	-.07	-.07	.43	.11	.17	.04	.11	-.05	.39
Life (%)	46.2 (26.7)	.11	.25	.19	.19	-.17	.09	.08	.11	.10	.25	-.10	.15
Physical health (%)	40.9 (27.6)	.19	.05	.04	.14	-.08	.12	.13	.06	-.02	.12	.00	.18
Leisure (%)	35.8 (24.4)	.18	.31	.16	-.02	-.13	.19	.18	.22	.14	-.02	-.08	.22
Functional difficulties													
Housework (0-2)	0.7 (0.8)	.11	.00	.04	-.04	.01	.27	.02	.04	-.01	.04	.03	.27
Errands (0-2)	0.8 (0.7)	.11	.13	.04	-.02	.01	.19	.01	.13	-.04	.09	-.01	.26
Cognitive activities (0-2)	1.1 (0.7)	.13	.05	.14	-.04	-.04	.30	.16	-.03	.11	.04	-.07	.32
Job or studies (0-2)	1.1 (0.7)	.21	.01	.13	-.07	.02	.28	.26	-.04	.13	-.04	.01	.27
Hygiene (0-2)	0.5 (0.7)	.06	.08	.03	-.11	.04	.22	.07	.00	.00	-.07	.03	.25
Sleeping (0-2)	1.2 (0.7)	.09	.06	-.02	.00	.04	.28	.07	-.02	-.02	.08	.00	.32

Eating (0-2)	0.8 (0.7)	-0.04	.04	-0.01	.16	-0.03	.23	-0.05	.09	-0.02	.22	-0.07	.16
Resting, relaxing (0-2)	1.3 (0.7)	.08	.07	.12	-0.04	.07	.31	.08	.02	.09	-0.01	.06	.30
Amusing oneself (0-2)	1.1 (0.7)	.10	.26	.00	-0.08	.00	.32	.07	.29	-0.02	-0.02	.05	.27
Being with people (0-2)	1.1 (0.7)	.11	.49	-0.10	-0.09	.06	.20	.04	.44	-0.11	.04	.08	.17
Clinical severity													
Illegal drug use (%) ^a	18.5 (13.2)	.06	.10	.12	-0.09	.17	.03	.05	-0.01	.00	-0.01	.13	.12
Depression (N/Y)	0.6 (0.5)	-0.10	.04	.02	.09	.12	.32	-0.11	.01	-0.03	.16	.10	.36
Anxiety (N/Y)	0.8 (0.4)	-0.09	.05	-0.12	.10	.15	.25	-0.02	.04	-0.10	.12	.14	.17
Hallucinations (N/Y)	0.2 (0.4)	-0.11	.06	.25	.11	-0.05	.14	-0.14	.07	.18	.08	-0.03	.18
Anger outbursts (N/Y)	0.6 (0.5)	-0.09	.04	.17	.13	.04	.21	-0.14	.04	.18	.13	.01	.23
Violence (N/Y)	0.3 (0.5)	.01	.11	.31	.20	-0.09	.04	-0.05	.21	.31	.19	-0.13	.04
Self-lesions (N/Y)	0.3 (0.5)	-0.09	.03	-0.02	.27	.04	.22	-0.10	.11	-0.01	.21	.06	.20
Suicide thoughts (N/Y)	0.5 (0.5)	-0.20	.06	.23	.00	-0.02	.50	-0.18	.09	.14	.07	-0.01	.44
Suicide attempts (N/Y)	0.3 (0.4)	-0.30	-0.03	.06	.17	.03	.44	-0.19	.00	.03	.11	.09	.31
Professionals (#)	3.8 (2.6)	.03	-0.02	.02	-0.07	.17	.20	-0.05	.06	-0.08	-0.02	.16	.21
Prescribed drugs (#)	4.4 (5.2)	.01	.03	-0.02	.11	.02	.22	.03	.02	-0.11	.13	.08	.22
Emergency adm. (#)	1.2 (2.1)	-0.06	-0.04	.06	.17	.01	.07	-0.08	-0.02	-0.05	.19	.08	.10
Psychiatric adm. (N/Y)	0.1 (0.4)	-0.08	-0.10	.14	-0.09	.03	.24	.00	-0.06	.04	-0.04	.12	.16
Sick leave (months)	7.4 (10.8)	-0.01	.03	.07	.04	-0.15	.08	.00	.01	.04	.09	-0.13	.05
Disability subsidy (N/Y)	0.1 (0.3)	.21	-0.07	-0.04	.25	-0.13	-0.12	.07	-0.01	-0.03	.18	-0.09	-0.03
<i>Mean</i>		.03	.12	.09	.03	.00	.19	.01	.10	.05	.07	.02	.19

^a 'Illegal drug use' results from summing the frequency of use of eight different substances (0 = never, 1 = occasional, 2 = habitual) and converting it into percentages.

Table S3. Standardized Regression Coefficients (betas) for the PDQ-4+ DSM-Based Disorders, Both Self-Reported and Interview-Based, Predicting 36 Clinical Variables.

	Self-Report												Interview													
	PAR	SZD	STP	HIS	NAR	BOR	ANT	AVD	DEP	OBS	NEG	DPR	PAR	SZD	STP	HIS	NAR	BOR	ANT	AVD	DEP	OBS	NEG	DPR		
Dissatisfaction																										
Academic goals (%)	.06	.12	.30	.06	-.26	-.05	-.03	-.17	.19	-.10	.07	.14	.04	.00	.14	.00	-.11	.01	.09	.04	.10	-.09	.01	.10	.04	
Job (%)	-.09	.15	-.07	-.08	-.06	.08	.06	.04	.15	-.02	.14	.01	.01	.19	-.19	-.01	-.12	.04	.08	.06	.03	-.12	.14	.10	.06	
Classmates (%)	-.09	.27	.08	.18	.02	.02	.01	.09	.00	-.04	-.08	.11	-.06	.04	.11	.10	.06	-.05	.07	.09	-.01	.09	.10	.14	.09	
Co-workers (%)	.04	.26	.03	-.04	.02	.02	.06	-.07	.10	-.08	.19	.05	.10	.21	-.06	-.03	.06	.02	.09	.01	.01	-.06	.20	.06	.02	
Family of origin (%)	.13	.23	-.11	.00	.08	-.13	.28	.00	.02	-.03	.05	.14	.07	.18	-.08	-.02	.10	.03	.19	.01	-.07	-.12	.05	.26	.03	
Partners (%)	-.06	.16	-.13	.11	-.07	.17	.06	.06	.01	.05	.11	-.01	-.04	-.02	.01	.13	-.04	.18	.05	.06	-.09	.03	.09	.04	.04	
Friends (%)	-.09	.17	.25	-.08	-.07	.02	.05	.27	.05	-.14	.14	-.03	-.02	.05	.19	-.04	.02	.01	-.04	.23	.08	-.11	.14	.02	.02	
Oneself (%)	-.05	.27	.08	.03	-.19	.23	.02	-.02	.19	-.04	.03	.33	.12	.09	.03	.01	-.17	.26	.03	.10	.10	-.05	.01	.22	.02	
Life (%)	.09	.20	.08	-.02	-.20	.14	.09	.04	.10	-.01	.25	.02	.15	-.03	.12	.03	-.14	.14	.05	.06	.03	-.13	.21	.10	.10	
Physical health (%)	-.02	.03	.12	.03	-.04	.07	-.04	.03	.17	.03	.08	.09	-.04	-.04	.16	.03	.00	.05	-.02	.01	.12	-.03	.09	.16	.16	
Leisure (%)	.01	.24	.07	.10	-.16	.05	.03	.10	.18	-.07	.11	.14	-.01	.03	.00	.11	-.16	.24	-.01	.28	.00	.00	.13	.04	.04	
Functional difficulties																										
Housework (0-2)	.10	.09	-.11	.01	.01	.03	-.03	-.09	.20	-.02	-.05	.28	.10	.05	-.05	.05	.06	.13	-.04	.02	.09	-.07	-.16	.18	.18	
Errands (0-2)	-.05	.03	.11	-.06	-.03	.13	-.05	-.01	.13	.12	.06	.09	.03	.02	.11	-.08	-.01	.24	-.06	-.02	.10	.10	-.12	.12	.12	
Cognitive activities (0-2)	.04	.12	-.15	.08	-.14	.21	.01	.07	.06	.15	.01	.17	.06	-.05	-.06	.03	-.10	.27	.01	.10	.00	.14	-.02	.18	.18	
Job or studies (0-2)	-.05	.03	-.04	.05	-.16	.18	.06	.04	.11	.10	.14	.16	-.01	-.11	-.01	.04	-.11	.22	.07	.11	.12	.06	.05	.14	.14	
Hygiene (0-2)	-.05	.16	-.11	.00	.00	.28	-.05	-.03	.07	.04	-.11	.13	-.03	.00	.06	-.04	.02	.27	-.09	-.08	.11	-.08	-.19	.21	.21	
Sleeping (0-2)	-.03	.10	.04	.04	-.06	.20	-.07	-.05	.09	-.02	.00	.23	.00	.00	.11	.04	-.06	.25	-.04	-.06	.04	-.07	.00	.20	.20	
Eating (0-2)	-.01	.06	.17	.05	-.11	.32	-.03	-.04	-.04	.00	-.09	.08	.13	.09	.12	.01	-.05	.28	-.01	-.01	-.05	.00	-.12	-.01	-.01	
Resting, relaxing (0-2)	-.12	.07	.09	.11	-.04	.28	-.01	-.13	.13	.00	-.02	.26	-.05	.01	.03	.02	.00	.24	.00	-.08	.11	.00	.03	.23	.23	
Amusing oneself (0-2)	-.08	.14	.01	-.04	-.10	.18	.04	.13	.08	.12	.04	.17	.01	.15	.01	-.01	-.09	.13	.05	.18	-.02	.04	.04	.18	.18	
Being with people (0-2)	-.13	.25	.09	-.09	-.06	.23	.00	.30	.01	.10	-.05	.05	.01	.22	.16	-.06	-.02	.07	-.01	.23	-.04	.03	-.05	.13	.13	
Clinical severity																										
Illegal drug use (%) ^a	-.04	.03	.03	.06	-.08	.20	.16	.12	.03	.00	-.08	-.09	.03	-.04	-.02	.02	.08	.22	.07	.11	.06	-.18	-.17	.02	.02	

21

Depression (N/Y)	.10	.09	-.05	.10	.07	.33	-.03	-.03	-.04	.05	-.14	.06	.11	-.01	.00	.09	.08	.25	.01	-.02	-.06	-.01	-.13	.16
Anxiety (N/Y)	.07	.02	.06	.02	.17	.01	-.12	-.04	-.05	-.07	-.02	.25	.09	.04	.08	.14	.14	-.04	-.09	.03	-.08	-.07	-.05	.17
Hallucinations (N/Y)	-.10	.06	.13	-.08	.06	.31	.09	-.13	-.04	.02	.02	.10	-.08	.00	.25	-.03	.06	.29	.01	-.27	.02	-.13	-.01	.16
Anger outbursts (N/Y)	.12	-.01	.02	-.04	-.04	.33	.03	-.08	-.12	-.06	.07	.22	.10	-.05	-.04	-.12	.05	.36	.01	.09	-.15	-.04	.08	.11
Violence (N/Y)	.17	-.01	.12	-.09	-.06	.36	.07	-.04	.01	-.05	.10	-.04	.15	.07	.05	-.12	.04	.37	.02	.04	-.04	-.11	.13	-.06
Self-lesions (N/Y)	-.01	-.12	.31	.10	-.15	.37	.00	.07	-.17	.07	.10	-.15	-.06	-.06	.29	.17	-.05	.38	-.02	.05	-.20	.09	.02	-.13
Suicide thoughts (N/Y)	-.06	.02	.05	-.05	-.07	.46	.19	-.05	-.10	.03	-.05	.17	-.02	.01	.09	-.01	-.01	.37	.11	-.05	-.08	-.05	-.03	.21
Suicide attempts (N/Y)	.11	-.09	.05	.01	-.01	.41	.16	.09	-.23	.03	-.16	-.02	.02	-.11	.10	.15	.01	.38	.07	.04	-.20	.04	-.14	-.01
Professionals (#)	-.11	.03	-.13	-.05	.27	.01	.02	.03	.02	.01	.01	.24	-.17	.01	.00	.04	.22	.14	-.12	-.05	-.04	.01	.05	.20
Prescribed drugs (#)	.01	.00	.08	.05	-.11	.25	.03	.03	-.01	.05	-.05	.06	.01	.01	.07	.03	.02	.30	-.06	-.10	.06	-.01	-.07	.11
Emergency admiss. (#)	.11	.01	.02	.05	-.10	.13	.11	.05	-.05	.03	-.02	-.09	.17	.11	-.07	.00	.03	.14	-.01	-.07	-.04	.00	-.05	.05
Psychiatric admiss. (N/Y)	-.01	-.05	-.19	.04	-.03	.12	.30	.18	-.10	.04	-.12	-.01	-.14	-.06	-.03	.23	-.08	.15	.14	.05	-.10	.17	-.02	.00
Sick leave (months)	-.08	-.03	.12	-.04	-.08	.17	-.10	-.19	.07	.06	.06	.06	-.10	.00	.15	-.03	-.07	.15	-.09	-.24	.10	.15	.08	.00
Disability subsidy (N/Y)	.08	-.05	.16	-.07	-.04	.06	-.09	-.03	.15	.12	-.01	-.12	.05	.03	.20	-.13	-.05	.11	-.03	-.21	.21	.08	-.09	-.04
Mean	.00	.08	.04	.01	-.05	.17	.04	.02	.04	.01	.02	.09	.02	.03	.06	.02	-.01	.18	.01	.02	.01	-.01	.01	.10

Note. PAR = paranoid, SZD = schizoid, STP = schizotypal, HIS = histrionic, NAR = narcissistic, BOR = borderline, ANT = antisocial, AVD = avoidant, DEP = dependent, OBS = obsessive, NEG = negativistic, DPR = depressive.

^a 'Illegal drug use' results from summing the frequency of use of eight different substances (0 = never, 1 = occasional, 2 = habitual) and converting it into percentages.

Figure S1. Effects of applying the General Criteria for Personality Disorder on the twelve DSM-based disorders.

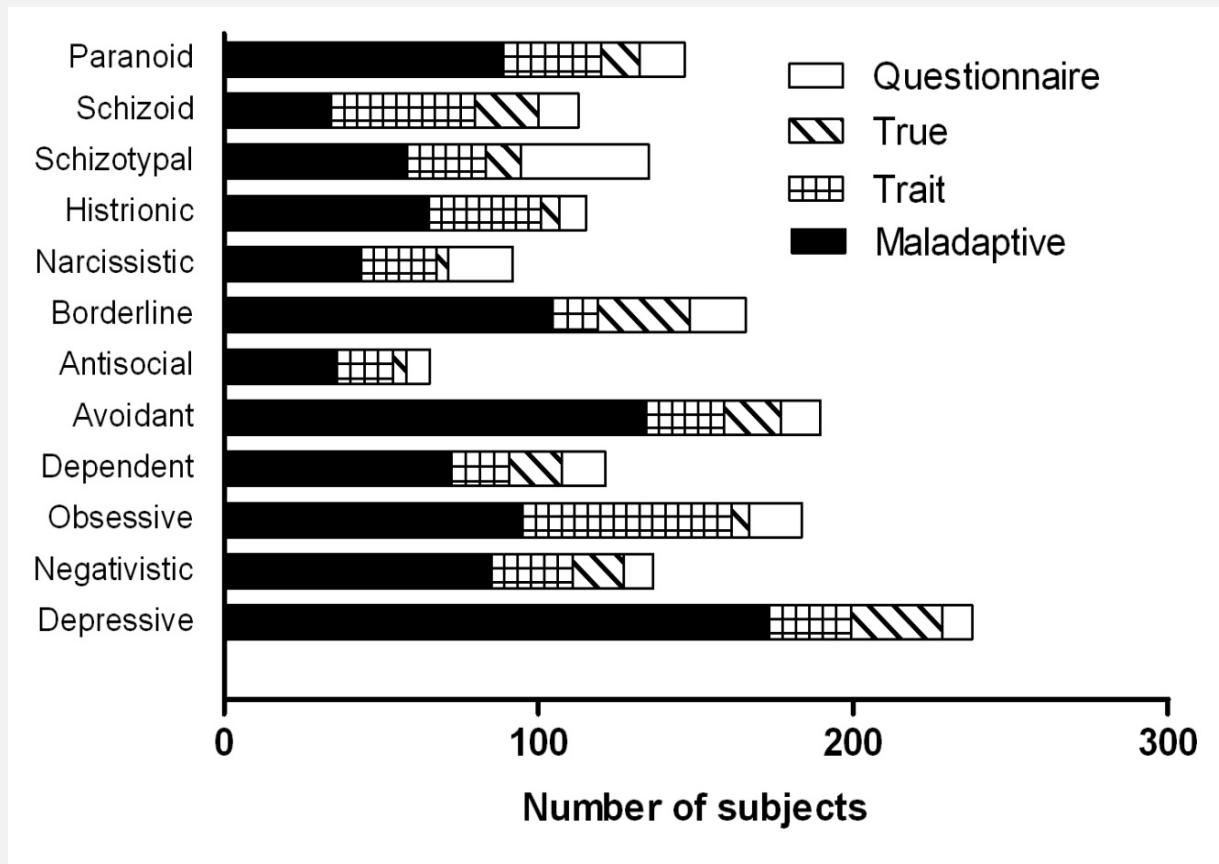


Table S4. Multi-Trait Multi-Method Matrix for the PDQ-4+ Empirical Dimensions with KR20 Coefficients in the diagonal.

	Self-Report					Interview						
	Subordination	Asociality	Psychopathy	Mistrust-oddity	Attention seeking	Depressiveness	Subordination	Asociality	Psychopathy	Mistrust-oddity	Attention seeking	Depressiveness
Self-Report												
Subordination	(.85)											
Asociality	.48	(.72)										
Psychopathy	.41	.32	(.73)									
Mistrust-oddity	.48	.51	.47	(.79)								
Attention seeking	.30	.14	.48	.36	(.65)							
Depressiveness	.66	.51	.46	.52	.26	(.76)						
Interview												
Subordination	.88	.48	.34	.43	.27	.57	(.82)					
Asociality	.49	.75	.27	.40	.19	.43	.59	(.68)				
Psychopathy	.34	.24	.84	.37	.44	.37	.35	.27	(.72)			
Mistrust-oddity	.45	.40	.43	.79	.33	.44	.47	.41	.44	(.77)		
Attention seeking	.26	.17	.44	.37	.77	.27	.30	.23	.45	.42	(.56)	
Depressiveness	.60	.43	.41	.43	.26	.81	.64	.50	.44	.45	.33	(.77)

Table S5. Multi-Trait Multi-Method Matrix for the PDQ-4+ DSM-Based Disorders with KR20 Coefficients in the Diagonal.

	Self-Report										Interview														
	PAR	SZD	STP	HIS	NAR	BOR	ANT	AVD	DEP	OBS	NEG	DPR	PAR	SZD	STP	HIS	NAR	BOR	ANT	AVD	DEP	OBS	NEG	DPR	
PAR	(.67)																								
SZD	.35	(.52)																							
STP	.56	.50	(.63)																						
HIS	.32	.03	.25	(.51)																					
NAR	.44	.20	.43	.50	(.57)																				
BOR	.54	.30	.46	.46	.41	(.70)																			
ANT	.36	.18	.28	.39	.37	.47	(.61)																		
AVD	.44	.32	.49	.25	.29	.51	.18	(.73)																	
DEP	.33	.11	.26	.43	.30	.52	.20	.58	(.76)																
OBS	.32	.19	.35	.19	.29	.27	.17	.30	.24	(.37)															
NEG	.47	.25	.43	.38	.47	.55	.40	.46	.45	.21	(.55)														
DPR	.42	.24	.40	.33	.29	.59	.26	.63	.53	.42	.50	(.69)													
PAR	.83	.27	.48	.30	.36	.46	.32	.39	.30	.27	.40	.38	(.69)												
SZD	.25	.54	.36	.08	.20	.26	.19	.37	.21	.16	.29	.24	.24	(.44)											
STP	.45	.35	.71	.18	.30	.39	.19	.50	.28	.29	.39	.36	.50	.47	(.61)										
HIS	.31	.10	.25	.75	.38	.38	.29	.27	.35	.19	.36	.30	.35	.16	.28	(.47)									
NAR	.36	.15	.31	.43	.77	.31	.39	.18	.20	.20	.37	.20	.36	.18	.31	.40	(.55)								
BOR	.46	.23	.39	.45	.39	.81	.48	.43	.46	.22	.53	.48	.44	.32	.44	.44	.38	(.72)							
ANT	.28	.15	.20	.32	.30	.38	.81	.16	.20	.12	.34	.21	.29	.19	.21	.28	.35	.47	(.61)						
AVD	.37	.26	.45	.20	.23	.44	.14	.85	.55	.25	.41	.57	.38	.42	.57	.28	.20	.46	.15	(.72)					
DEP	.31	.12	.27	.37	.26	.47	.18	.54	.84	.23	.41	.44	.30	.26	.34	.42	.24	.50	.23	.57	(.71)				
OBS	.23	.12	.27	.20	.27	.20	.11	.25	.20	.65	.18	.31	.29	.20	.33	.31	.29	.24	.15	.27	.29	(.59)			
NEG	.44	.15	.33	.36	.42	.47	.39	.39	.38	.17	.79	.40	.46	.27	.44	.41	.42	.57	.42	.40	.43	.26	(.53)		
DPR	.38	.22	.35	.27	.27	.48	.23	.57	.44	.41	.44	.80	.37	.31	.42	.36	.26	.55	.26	.64	.47	.40	.46	(.70)	

Note. PAR = paranoid, SZD = schizoid, STP = schizotypal, HIS = histrionic, NAR = narcissistic, BOR = borderline, ANT = antisocial, AVD = avoidant, DEP = dependent, OBS = obsessive, NEG = negativistic, DPR = depressive.

Table S6. Prevalence of Each PDQ-4+ Personality Disorder Before and After the Interview Following Usual Cut-Offs, and Newly Proposed Cut-Offs.

	No. of Criteria	Usual Cut-Off	Prevalence (Self-Report)		Prevalence (Interview)		Proposed Cut-Off	Resulting Prevalence
			n	(%)	n	(%)		
DSM disorders								
Paranoid	7	4	135	(37.3%)	70	(19.3%)	5	(23.5%)
Schizoid	7	4	63	(17.4%)	8	(2.2%)	6	(2.2%)
Schizotypal	9	5	113	(31.2%)	19	(5.2%)	7	(4.7%)
Histrionic	8	5	52	(14.4%)	11	(3.0%)	7	(1.1%)
Narcissistic	9	5	39	(10.8%)	8	(2.2%)	7	(2.2%)
Borderline	9	5	154	(42.5%)	74	(20.4%)	7	(19.9%)
Antisocial	8	4	28	(7.7%)	20	(5.5%)	5	(6.1%)
Avoidant	7	3	191	(52.8%)	121	(33.3%)	5	(38.2%)
Dependent	8	4	86	(23.8%)	35	(9.7%)	7	(7.5%)
Obsessive	8	3	224	(61.9%)	84	(23.2%)	6	(18.8%)
Negativistic	7	3	107	(29.6%)	46	(12.7%)	5	(14.1%)
Depressive	7	4	198	(54.7%)	115	(31.8%)	6	(39.9%)
Any PD	92		321	(88.7%)	228	(63.0%)		

Note. The proposed cut-off for each disorder gives the closest prevalence to that of the interview ('Resulting prevalence'). Note that interviews were conducted on an item basis instead of the most usual scale basis.

5.

Resumen de los resultados

5.1 Estudio 1

Los Trastornos de la Personalidad no son como pensábamos: estructura factorial jerárquica a nivel de criterio (*Journal of Personality Assessment, 2017*)

5.1.1 Seis factores de personalidad patológica

La solución de seis factores fue la más inclusiva de las que cumplieron con nuestros criterios de retención: factor interpretable, con un mínimo de tres ítems con carga factorial superior a .40, consistencia interna aceptable, y replicable entre sexos. Además, los seis factores cargaron de forma separada en la solución factorial que incluía las dimensiones del DAPP-BQ y TCI-R. El primer factor resultante reflejaba rasgos de dependencia, inseguridad, inferioridad, y preocupaciones sobre el abandono y el rechazo, y fue etiquetado como **Subordinación**. El segundo factor se caracterizaba por la retirada social, la indiferencia y el malestar en las relaciones y fue llamado **Asocialidad**. El tercer factor incluía conducta disruptiva o ilegal, impulsividad, irresponsabilidad y explotación y fue etiquetado como **Psicopatía**. El cuarto factor obtenido reflejaba percepciones inusuales y desconfianza y fue etiquetado como **Desconfianza/Rareza**. El quinto factor estaba compuesto por necesidad de atención, seducción y auto-importancia y lleva por nombre **Búsqueda de Atención**. Por último, el sexto factor, etiquetado como **Depresivo**, estaba compuesto por rasgos característicos de la inestabilidad emocional, los problemas de identidad y el pesimismo. La reorganización factorial incrementó la consistencia interna con respecto a las categorías diagnósticas, no pudiendo atribuirse esta mejora al número de ítems que componen los factores.

5.1.2 La jerarquía de la patología de la personalidad

Todos los factores de las soluciones factoriales uno a seis mostraron adecuada fiabilidad y fueron replicables e interpretables. La jerarquía resultante muestra dos ramas principales de patología, Internalización y Desconfianza-Externalización. La rama Internalizante se divide en Asocialidad –que permanece intacta hasta el sexto nivel- y Emocionalidad Negativa, que se divide en Subordinación y Depresividad en el último nivel. Por su parte, la rama Desconfianza-Externalización se divide en el cuarto nivel y da lugar a la Desconfianza-Rareza –que permanece intacta hasta el sexto nivel- y a la Externalización, que incluye las dimensiones de Búsqueda de Atención y Psicopatía. La jerarquía está coronada por un factor general de Patología de la Personalidad que es superponible a las puntuaciones totales de PDQ-4+ y DAPP-BQ y con la inversa de la Autodirección del TCI-R.

5.2 Estudio 2

Los criterios generales para la evaluación de los Trastornos de Personalidad mediante entrevista: ¿todavía juegan algún papel? (*Journal of Personality Disorders, 2018*)

La frecuencia inicial de positivos para cada ítem del PDQ-4+ se situaba entre 24 y 295 (media 139.7), lo que representa una media de 38.6% positivos teniendo en cuenta el total de pacientes. Tras la entrevista, la frecuencia final quedó en una media de 22.2%, reflejando una pérdida total del 42.5% respecto al autoinforme. Los rasgos difirieron notablemente entre sí en cuanto al porcentaje de pérdida y el motivo de la misma:

- **Retracciones.** Sucedieron en una media de 11.5%. Las medias más altas fueron para la dimensión desconfianza-rareza (21.9%) y los TP esquizotípico (27.7%) y narcisista (18.7%). Las medias más bajas fueron para la dimensión depresividad (4.6%) y el TP depresivo (4.1%).
- **No rasgos.** De entre los criterios confirmados como verdaderos en el paso previo, un 9.8% se eliminaron por este motivo. Las mayores pérdidas se observaron en las dimensiones depresividad (19.9%) y asocialidad (18.2%) así como para los TP esquizoide (21.1%) y límite (18.2%). Estas pérdidas fueron fundamentalmente atribuidas a depresión (53% de las veces), seguidas por ansiedad (26%), uso de sustancias (12%) y enfermedad física (9%). La dimensión que registró menos pérdidas fue la desconfianza-rareza (6.9%) y los TP obsesivo, histriónico y narcisista sólo perdieron entre el 3.5 y el 5.5%.
- **Rasgos irrelevantes.** Algunos rasgos de larga duración no tuvieron consecuencias negativas por lo que no pudieron ser calificados como TPs. Los criterios no produjeron malestar en un 29.6% de los casos (especialmente las dimensiones búsqueda de atención y psicopatía y los TPs obsesivo, histriónico, antisocial y esquizoide), no produjeron disfunción en un 47.8% (sobre todo las dimensiones subordinación y búsqueda de atención y los TPs depresivo, histriónico, evitador y dependiente) y no produjeron ninguno de los dos en un 21.2% (dimensión búsqueda de atención y TP esquizoide, obsesivo e histriónico). Por el contrario, las dimensiones depresividad y subordinación y los TP límite y depresivo se mostraron casi invariablemente desadaptativos.

Sin embargo esta notable reducción en la prevalencia no fue relevante para predecir variables clínicas. El set completo de criterios autoinformados del PDQ-4+ explicó una media del 52% de la varianza de las 36 variables clínicas, mientras que la predicción fue del 51% en el caso de la entrevista. Tampoco la entrevista mostró mejor rendimiento según el nivel de severidad. De hecho, a medida que la psicopatología aumentaba en intensidad, la entrevista era menos eficiente.

En los análisis adicionales, la consistencia interna de las dimensiones empíricas fue aceptable tanto para el autoinforme (media KR20=.75) como para la entrevista (media KR20=.72) y la validez convergente entre ambas puntuaciones fue buena (media $r=.81$). Basándonos en la

prevalencia de la entrevista para cada TP se establecieron nuevos puntos de corte para el autoinforme, que de media se situaron 2 criterios por encima de los recomendados en el DSM.

6.

Discusión general

Se han abordado en este trabajo aspectos que consideramos fundamentales en la transición desde los modelos categoriales hacia modelos dimensionales dentro del ámbito de la patología de la personalidad. Por una parte, desde una aproximación metodológica que subsana limitaciones de la literatura previa, hemos tratado de dilucidar cuál es la estructura empírica de la clasificación de los TP del DSM, es decir, cómo se organizan internamente los rasgos que la constituyen. Por otra parte, hemos analizado si los criterios generales para el diagnóstico de TP, evaluados mediante entrevista, incrementan la validez del diagnóstico respecto a la simple evaluación autoinformada de los rasgos. Algunas de las implicaciones de estos resultados para nuestra comprensión de los TP y para el desarrollo de nuevos modelos diagnósticos requieren mayor atención de lo que permiten las limitaciones de espacio de una revista científica. Discutiremos tres de ellos a continuación.

6.1. Los TP del DSM no existen tal como los conocemos

El primer estudio confirma de manera concluyente que los TP del DSM que hemos venido utilizando en los últimos 40 años no tienen —ni nunca han tenido— existencia real. La relevancia de nuestros resultados reside en que análisis anteriores sufrían limitaciones metodológicas relacionadas con la muestra (tamaño insuficiente, sujetos sin patología), el objeto de estudio (trastornos individuales en vez del ámbito completo de la personalidad patológica), y la técnica estadística (análisis al nivel de los trastornos, análisis no jerárquicos, técnicas de extracción y rotación hoy obsoletas). En suma, hemos llevado a cabo el primer análisis de la jerarquía completa de los TP del DSM al nivel de los criterios en una muestra

suficientemente grande de población clínica. Esto no sólo permite constatar que la estructura del DSM no se confirma, algo ya conocido, sino permite también conocer *cuál es* la estructura real.

La conclusión principal es que la mayor parte de los TP del DSM no son verdaderos síndromes, entendiendo éstos como un conjunto de síntomas que tienden a aparecer juntos. La aplicación del concepto de síndrome a la personalidad procede del modelo médico tradicional, en el que la fiebre, la irritación de garganta, el dolor muscular, la cefalea, y la mucosidad nasal forman un “síndrome gripal”. Los síntomas que componen un síndrome aparecen simultáneamente, o al menos secuencialmente en un breve lapso de tiempo. Desde un punto de vista estadístico, esos síntomas gripales presentarán por tanto elevadas correlaciones entre sí y bajas con otros síntomas que no pertenecen al síndrome —como la pérdida ponderal o la ictericia—, apareciendo por tanto agrupados cuando son sometidos a análisis factorial. Este no es el caso de los TPs tradicionales del DSM.

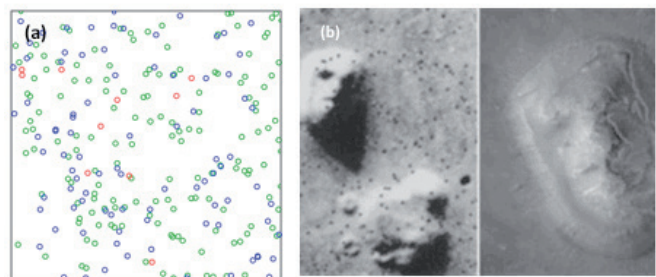
La desconfirmación del modelo teórico del DSM se hace evidente en primer lugar por la imposibilidad de obtener más de seis factores replicables, que son la mitad de las categorías propuestas en la clasificación. Más importante aún, las agrupaciones obtenidas factorialmente son estadísticamente robustas pero no coinciden con las propuestas por el modelo. Los trastornos tradicionales que salen mejor parados se componen en efecto de síntomas correlacionados, pero forman parte de constructos más amplios, de los que son inseparables. Más concretamente, seis de las doce categorías propuestas en el modelo clasificatorio DSM resultan ser constructos relativamente homogéneos —paranoide, esquizoide,

antisocial, evitador, dependiente y depresivo— pero no entidades independientes. Por ejemplo, los sentimientos de inadecuación del evitador, sus miedos sociales y su propensión a eludir el juicio ajeno no pueden disociarse estadísticamente de la sensación de desamparo y la necesidad de subordinarse emocional y funcionalmente de otros, que son síntomas del TP dependiente. Ambos forman un único constructo que hemos denominado Subordinación (ver también Blais y Malone, 2013). Tampoco este constructo es independiente de todos los demás, que mantienen entre sí relaciones estructurales que configuran la cada vez mejor conocida topografía de la personalidad patológica. Los otros seis trastornos salen peor parados, resultando ser combinaciones arbitrarias de rasgos que tienen escasa relación entre sí, pero que los clínicos han agregado a partir de la observación no sistemática. Por ejemplo, tres de los cuatro trastornos del cluster B (límite, histriónico y narcisista) están compuestos de rasgos que no tienen especial relación entre sí, y por tanto en el análisis factorial se dispersan entre diferentes factores. Este es también el caso de los TPs esquizotípico, obsesivo, y negativista. Estos TPs no son entidades reales, sino el producto de correlaciones ilusorias de síntomas. En suma, la mitad de los trastornos del DSM forman parte de rasgos más amplios que fueron separados arbitrariamente entre varias categorías, mientras que la otra mitad parecen amalgamas de rasgos sin relación entre sí.

Merece la pena detenerse un momento a considerar por qué, incluso sabiendo que el trastorno límite no existe como tal y que los rasgos que lo componen son independientes entre sí, seguimos y seguiremos “viendo” estos trastornos en nuestra actividad clínica. La explicación más extendida reside en nuestros heurísticos o sesgos cognitivos, por los que nuestro cerebro organiza información compleja en categorías simples (Livesley, 2018). Entre ellos está la *apofenia*, la tendencia a ver patrones y conexiones en sucesos aleatorios o en datos sin sentido. Este fenómeno fue descrito por primera vez por Klaus Conrad (1958) en el contexto del desarrollo de síntomas psicóticos incipientes. Se trata sin embargo de un sesgo natural en el ser humano sano, que intenta encontrar relaciones entre fenómenos incluso cuando no la tienen. La psicología social ha estudiado posteriormente este mismo mecanismo bajo epígrafes como correlación ilusoria, formación de estereotipos, psicología del prejuicio, o efecto halo (Denrell y Le Mens, 2011; Fiedler, 2000). En su forma más rudimentaria, este sesgo nos lleva a percibir puntos distribuidos azarosamente como si formasen grupos (Figura 2a). En realidad, las supuestas agrupaciones son señal de que la distribución es realmente aleatoria, mientras que la presencia de puntos equidistantes no agrupados sería precisamente indicativa de un patrón no

azaroso. De la misma manera, es la existencia de buenas y malas rachas en los futbolistas o en las terminaciones de la lotería la mejor prueba de su aleatoriedad. La “cara de Marte” (Figura 2b, izquierda), obtenida por la Misión Viking en 1976, es un caso especial de apofenia denominado pareidolia: la percepción de una forma reconocible, muy frecuentemente figuras humanas, en un estímulo aleatorio. Esta “cara” —en realidad un juego de sombras sobre un accidente del terreno— tenía un aspecto mucho menos sugerente cuando volvió a ser fotografiada por la Mars Global Surveyor en 1998 (Figura 2b, derecha). El cómo y por qué nuestro cerebro encuentra patrones donde no los hay y repite ciertos sesgos interpretativos es el ámbito de la Teoría del Manejo del Error (Johnson, Blumstein, Fowler y Haselton, 2013). Esta teoría sostiene que algunos sesgos cognitivos no son verdaderos errores, sino que tienen valor adaptativo: cuando un tipo de error es biológicamente más costoso que el contrario, nuestro sistema cognitivo está sesgado para favorecer la supervivencia o la reproducción. Es por eso que cuando paseamos por el campo tendemos a confundir ramas con serpientes pero no lo contrario, y que tendemos en general a agrupar estímulos azarosos formando patrones memorizables, comprensibles y previsibles pero no lo contrario. Este fenómeno no es únicamente humano, como demostraron las palomas supersticiosas de Skinner (1948), y su raigambre en el sistema perceptivo de los seres vivos hace poco probable su desaparición.

Figura 2. (a) Los puntos distribuidos al azar parecen distribuirse formando grupos. (b) “La cara de Marte”, a la izquierda, junto con la fotografía del mismo accidente topográfico vuelto a fotografiar veinte años más tarde.



Esta digresión trata de explicar por qué es una tendencia natural el que los clínicos, basándonos en la mera observación, detectemos síndromes que no serán luego confirmados por la evidencia, y los diagnósticos de TP del DSM son el mejor ejemplo de falsos síndromes basados en correlaciones ilusorias. La claridad con la que percibimos un trastorno límite o histriónico no es una mejor prueba de su validez que la claridad con la que percibimos figuras de animales en las nubes. De hecho, la taxonomía primigenia de Kurt Schneider (1923) organiza

el mismo ámbito de la personalidad patológica de una forma completamente diferente al DSM —hipertímicos, inseguros, fanáticos, necesitados de afecto, explosivos, desalmados, abúlicos...—, sin ser ni más ni menos válida que éste. Una vez se asume la existencia de un determinado síndrome (el TP límite) en el que las personas son al mismo tiempo impulsivas, emocionalmente inestables e interpersonalmente dependientes, toda aparición de una persona en la que coinciden esos tres síntomas confirma la impresión inicial, mientras que las personas mucho más numerosas que sólo presentan uno de los tres no dejan en nosotros ninguna huella. De la misma manera, podríamos juntar tres síntomas cualesquiera sin especial relación entre ellos —digamos necesidad de éxito, miedo a la soledad y desconfianza—, “descubrir” que un porcentaje de la población clínica los presenta simultáneamente, e inferir de aquí la existencia de un nuevo TP nunca antes descrito por nadie.

De todo esto es fácil deducir por qué la mera observación clínica pertenece al nivel más bajo del conocimiento científico, resultando útil sólo para generar hipótesis que luego deben ser puestas a prueba (Chalmers, 2000). La Asociación Psiquiátrica Americana asentó su clasificación sobre esta endeble base en todas las sucesivas ediciones del DSM. Descartó al mismo tiempo el conocimiento acumulado en el ámbito de la psicología de la personalidad —Allport, Cattell, Guilford, Eysenck, Gray— así como una serie de avances metodológicos bien asentados —Galton, Pearson, Spearman, Thurstone— en los que se basa la teoría del rasgo. Valga como justificación que en aquel momento la psicología de la personalidad era una línea de investigación muy alejada de la clínica psiquiátrica. Sin embargo, puede decirse que esta decisión ha guiado una parte de la investigación sobre personalidad por terrenos baldíos durante 40 años, hasta la confluencia de ambas corrientes. Con la evidencia actual podemos afirmar que trastornos tan familiares a nuestra actividad clínica como el esquizotípico, histriónico, obsesivo, narcisista, o límite son espurios. Estos trastornos forman parte de los grandes mitos de la psicopatología, como la relación entre el estrés y las úlceras, el efecto de una actitud positiva sobre el cáncer, y la epidemia mundial de hiperactividad (o de autismo) (Lilienfeld, Lynn, Ruscio y Beyerstein, 2010). Guiarse por el conocimiento científico significa aceptar que, contra lo que parecen indicar nuestros sentidos, ni la Tierra es plana, ni hay caras en Marte, ni el trastorno límite existió nunca.

6.2. Las dimensiones de personalidad son universales

Otro resultado relevante es que la jerarquía factorial resultante de nuestro análisis coincide ampliamente con

los modelos dimensionales que se han venido publicando en las últimas tres décadas (Mulder y cols., 2011; Tyrer y cols., 2011; Widiger y cols., 2009). Aunque podría parecer que esto es precisamente lo esperable, no lo es, ya que hemos confirmado el modelo dimensional factorizando los 92 criterios que configuran el modelo categorial del DSM. Salvando las distancias, es más bien como juntar las piezas de la maqueta la torre Eiffel y que salga el Titanic. La semejanza con el modelo dimensional que se supone subyace a la patología de la personalidad se aprecia en todos los niveles de la jerarquía. Incluye el hallazgo de un factor general de patología de la personalidad que corona la estructura (Caspi y cols., 2013; Just, 2011; Rushton, Bons y Hur, 2008), seguido de los factores internalizante y externalizante en el segundo nivel (Forbes y cols., 2017; Martel, 2013) y de la tríada emocionalidad negativa, extraversión/sociabilidad y psicoticismo/búsqueda de sensaciones en el tercer nivel (Eysenck y Eysenck, 1985; Markon y cols., 2005). A partir del cuarto y el quinto nivel emergen nítidamente las dimensiones de las que la investigación más reciente sobre personalidad patológica se ha venido haciendo eco: emocionalidad negativa, asocialidad, antagonismo, desinhibición, y rareza (Gutiérrez y cols., 2014; 2017; Kushner y cols., 2011; Mulder y cols., 2011; Watson y cols., 2008).

Por descontado, la convergencia entre los modelos dimensionales y la estructura empírica del DSM no es exacta. Por una parte, nuestra estructura no incluye la dimensión de compulsividad. Esto es debido probablemente a que el cuestionario PDQ-4+ no contiene suficientes indicadores de este constructo, o éstos no son suficientemente homogéneos, tal como sugiere la baja consistencia interna del TP obsesivo-compulsivo. Por otra parte, nuestro análisis obtiene dos dimensiones que no se cuentan entre las más replicadas en la literatura, sino que se añaden a ellas. La primera, la Subordinación, refleja una tendencia estable a experimentar sentimientos de inferioridad, incompetencia y desamparo, a comportarse de manera poco asertiva, y a necesitar la protección y la guía de personas “más fuertes” que uno mismo. Se trata de una escisión de la Emocionalidad Negativa que emerge, etiquetada como Subordinación o Necesidad de Aprobación, cuando se han extraído factores más allá del quinto nivel jerárquico (Clark y cols., 1996; Gutiérrez y cols., 2014; Kushner y cols., 2011). También se recoge, bajo la etiqueta “Ansioso/Dependiente”, en la revisión que realizaron Tyrer y colaboradores (2011) para fundamentar la futura taxonomía de la CIE-11, y Widiger y Simonsen (2005) la mencionan en su amplia revisión de los modelos dimensionales de patología de la personalidad, aunque no como dimensión independiente sino como el polo opuesto del Antagonismo, lo cual no es inverosímil. Es un hecho

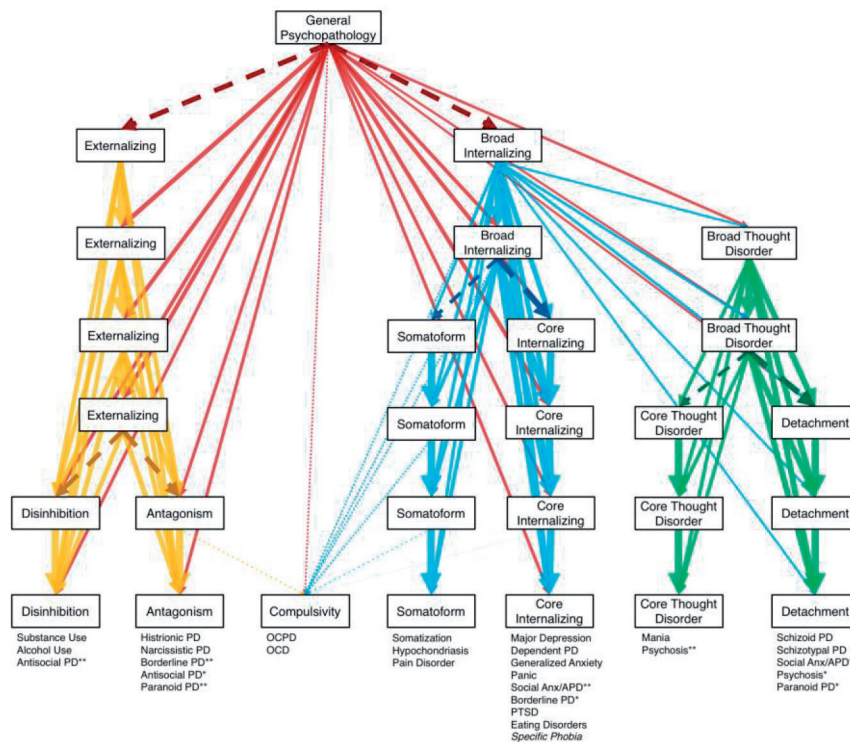
llamativo el que el eje Dominancia-Subordinación aparece más frecuentemente en la literatura sobre personalidad animal (Bouchard y Loehlin, 2001; Gosling y John, 1999) y en algunos modelos de personalidad normal (Barford, Zhao y Smillie, 2015; Wiggins y Pincus, 1989) que en las clasificaciones de la personalidad desadaptada. Sin embargo, es un eje conductual que parece fundamental para la comprensión de la conducta interpersonal en especies gregarias como la nuestra, así como para entender problemas clínicos frecuentes como la baja autoestima, la depresión, la ansiedad, la vergüenza, el narcisismo, o la psicopatía (Johnson, Leedom y Muhtadie, 2012).

El segundo factor adicional que emerge de nuestro análisis, la Necesidad de Atención, recoge aspectos de autoimportancia, seducción y arrogancia propios de los trastornos narcisista e histriónico, que junto con la psicopatía forman parte de la patología externalizante. Este componente no tiene una clara representación en algunos de los nuevos modelos dimensionales (Clark, 1993; Tyrer y cols., 2011), y ocupa en otros un lugar secundario como factor de primer orden (Krueger y cols., 2011; Livesley y Jackson, 2009). Parecería por tanto que en nuestro periplo hacia modelos dimensionales de patología hemos dejado atrás aspectos clínicamente importantes de la personalidad patológica que los modelos categoriales sí recogían. Hay que señalar, no obstante, que tanto el TP histriónico como el narcisista, que han sido un importante foco de interés dentro de la tradición

psicoanalítica (Ronningstam, 2011), se cuentan entre los menos deletéreos de la clasificación DSM (Ullrich y cols., 2007). Su equivalente más cercano en las taxonomías dimensionales, el antagonismo, ha demostrado también ser prácticamente inocuo (Vall y cols., 2015). Y el TP narcisista ni siquiera ha existido nunca en la clasificación de la CIE. En consecuencia, debemos considerar si esta dimensión debe ocupar en nuestras futuras clasificaciones un lugar tan relevante como ha tenido hasta ahora.

Lo más destacable de nuestros resultados, sin embargo, es que éstos suponen un importante apoyo a la idea de que las dimensiones de personalidad son universales y emergen independientemente del tipo de instrumento o muestra que queramos analizar. Más aún, y salvando las distancias entre los diferentes ámbitos de estudio, estas dimensiones se corresponden con la estructura de la personalidad normal reflejada en modelos como los Cinco Grandes o HEXACO (Ashton, Lee y Goldberg, 2004; Markon y cols., 2005), con la estructura del temperamento infantil (Tackett y cols., 2012), con la estructura de la psicopatología de estado (Kotov y cols., 2017), y con la organización de la personalidad en animales no humanos (Gosling y John, 1999). Estos dos últimos puntos son quizá los menos conocidos y estudiados.

Figura 3. Estructura conjunta de la patología de estado y de personalidad (Forbes y cols., 2017).



La psicopatología de estado internalizante (trastornos de ansiedad, fobias, depresión, disfunciones sexuales, trastornos somatomorfos, obsesivo-compulsivos y alimentarios) y externalizante (abuso de sustancias y otras adicciones, trastorno de conducta, hiperactividad) parecen presentar una estructura análoga y una estrecha relación con los ejes básicos de la personalidad (Figura 3) (Kendler y cols., 2011; Lahey, Krueger, Rathouz, Waldman y Zald, 2017; Uliaszek y Zinbarg, 2016). Algunos autores han comenzado a centrar sus esfuerzos en integrar los campos de la personalidad desadaptada y la patología de estado, desarrollando así un sistema clasificatorio dimensional que aspira a abarcar toda la psicopatología (Forbes y cols., 2017; Kotov y cols., 2017). Se basan para ello en la hipótesis de que todos los trastornos comparten mecanismos, vulnerabilidades genéticas y ambientales, y quizá tratamientos. Por ejemplo, el neuroticismo ha sido asociado repetidamente con la psicopatología internalizante, y hay evidencia creciente de que este rasgo supone una vulnerabilidad compartida para un abanico de trastornos mentales muy prevalentes y tiene un papel en su etiología y mantenimiento (Figura 4) (Brown y Barlow, 2009). Este enfoque no sólo reduce la heterogeneidad diagnóstica y el sustancial solapamiento entre trastornos (Clark, 2005), sino que está conduciendo al desarrollo de protocolos de tratamiento unificados que se focalizan en las vulnerabilidades subyacentes (Sauer-Zavala, Wilner y Barlow, 2017).

Por otra parte, el hallazgo de dimensiones de personalidad comparables en otros mamíferos, así como en aves, peces, e incluso —aunque de forma rudimentaria— en insectos, ha venido a iluminar nuestras anteriores perspectivas sobre la personalidad (Figura 5) (Réale y Dingemans, 2012; Stamps y Groothuis, 2010). Se ha planteado que estas dimensiones se corresponden con los más importantes mecanismos conductuales de adaptación al entorno. Aunque todos los seres vivos con sistema nervioso compartimos una serie de mecanismos motivacionales y emocionales que rigen nuestra adaptación conductual, la sensibilidad, fuerza o preponderancia de esos mecanismos varía, dando lugar a diferencias de personalidad (Buss, 2012; Harkness y cols., 2014). Los más importantes de estos mecanismos se esquematizan en la Figura 6.

Figura 4. Relaciones entre los espectros de personalidad y los síndromes psicopatológicos (Kotov y cols., 2017; material online)

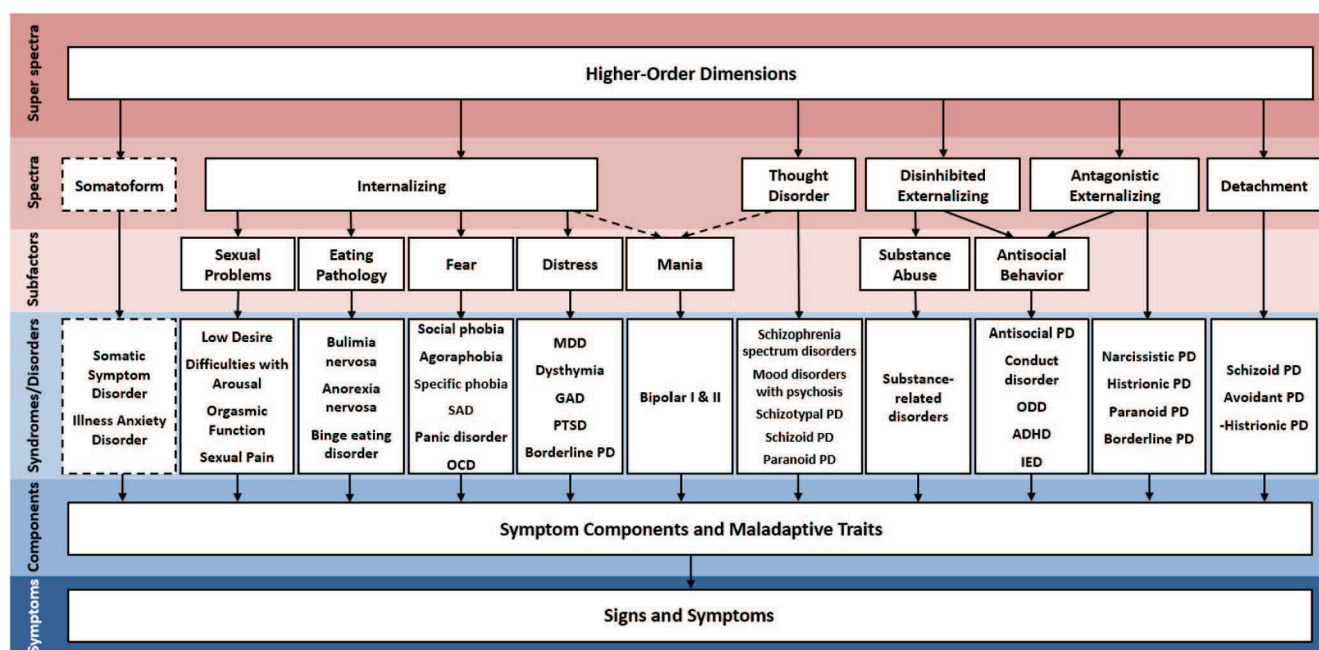


Figura 5. Las dimensiones básicas de la personalidad no sólo están presentes en la especie humana (Bouchard y Loebelin, 2001).

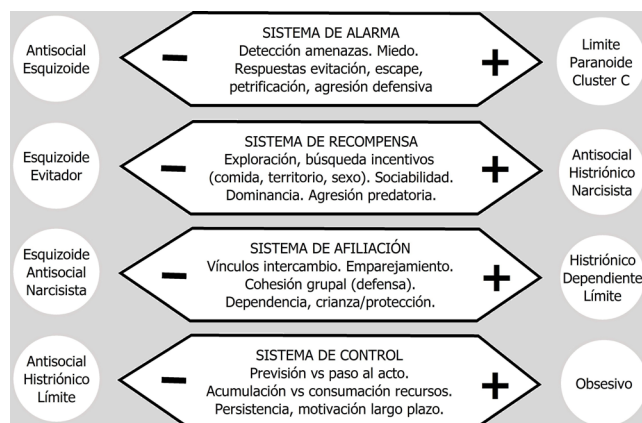
Species	Five-factor model trait names					Additional dimensions	
	Neuroticism	Agreeableness	Extraversion	Openness	Conscientiousness	Dominance	Activity
Chimpanzee	x	x	x	x	x	x	x
Gorilla	x	x	x			x	
Rhesus monkey	x	x	x		x	x	
Vervet monkey		x		x		x	
Hyena	x	x			x	x	
Dog	x	x	x		x	x	
Cat	x	x	x		x		
Donkey		x	x				
Pig		x	x		x		
Rat	x	x					
Guppy	x		x				
Octopus	x		x				x

^aAdapted from Gosling and John (1999); an x indicates that the factor or a combination of two factors was found for that species.

El sistema de alarma se supone diseñado por procesos de selección natural para reaccionar a amenazas o pérdidas con respuestas defensivas automáticas. Éstas suelen consistir en estados emocionales aversivos (miedo, ansiedad, ira, tristeza, vergüenza, nostalgia, asco, celos...) que son específicos para determinadas situaciones amenazantes (amenaza inmediata, amenaza imprecisa, desafío territorial o jerárquico, fracaso, pérdida de status...) y ponen en marcha respuestas conductuales como evitación, huida, petrificación, apaciguamiento, o agresión. Aunque todos los seres humanos disponemos de un sistema de alarma, diferimos en su sensibilidad y su potencia. El neurótico percibe amenazas en situaciones que son neutras para otros y vive atemorizado por horrores imaginados, mientras que los sujetos situados en el polo opuesto no parecen percibir el peligro y asumen riesgos irrazonables. Disponemos también de un sistema de aproximación o activación por incentivos que nos impele a buscar estímulos apetitivos: alimento, sexo, relaciones sociales, bienes materiales o estatus. El vigor de este sistema varía también, habiendo individuos apasionados que se sienten cautivados por cualquier tipo de incentivo para a continuación olvidarlo y desplazar su punto de mira sobre el siguiente, e individuos espartanos que parecen carecer de cualquier necesidad. El sistema de afiliación nos empuja a intercambiar compañía, protección y afecto con nuestros conespecíficos y a crear con ellos ataduras perdurables. Si es hipoactivo hace de nosotros sujetos insensibles al apego, y por tanto fríos, egoístas o desalmados. Finalmente, el sistema de control conductual frena o da paso a todos los anteriores impulsos en función de metas a largo plazo del organismo, o bien fracasa en este empeño si es débil, dejando al individuo a merced de los vientos que soplen en ese momento. Otras dimensiones

como dominancia-sumisión, competición-cooperación, o promiscuidad-fidelidad pertenecen a ámbitos más específicos o están subsumidos en los anteriores.

Figura 6. Los trastornos de la personalidad no son cualitativamente distintos de la personalidad normal: se sitúan al extremo de nuestros sistemas motivacionales básicos (Gutiérrez, 2016).



La convergencia entre la personalidad adulta e infantil, patológica y normal, humana y animal no tiene precedente en el ámbito de la personalidad. Más bien al contrario, nada ni remotamente parecido a las categorías diagnósticas del DSM ha sido nunca visto en la población general, en niños, ni desde luego en animales, y tampoco ha sido posible clarificar las relaciones entre los TPs y los trastornos del eje I. Esto es esperable, ya que si los sistemas categoriales no han llegado a organizar adecuadamente su propio ámbito, que son las personalidades desadaptadas, menos aún encontraremos concordancias o fertilización cruzada con otros campos de conocimiento.

6.3. La definición de TP debe ser reconsiderada

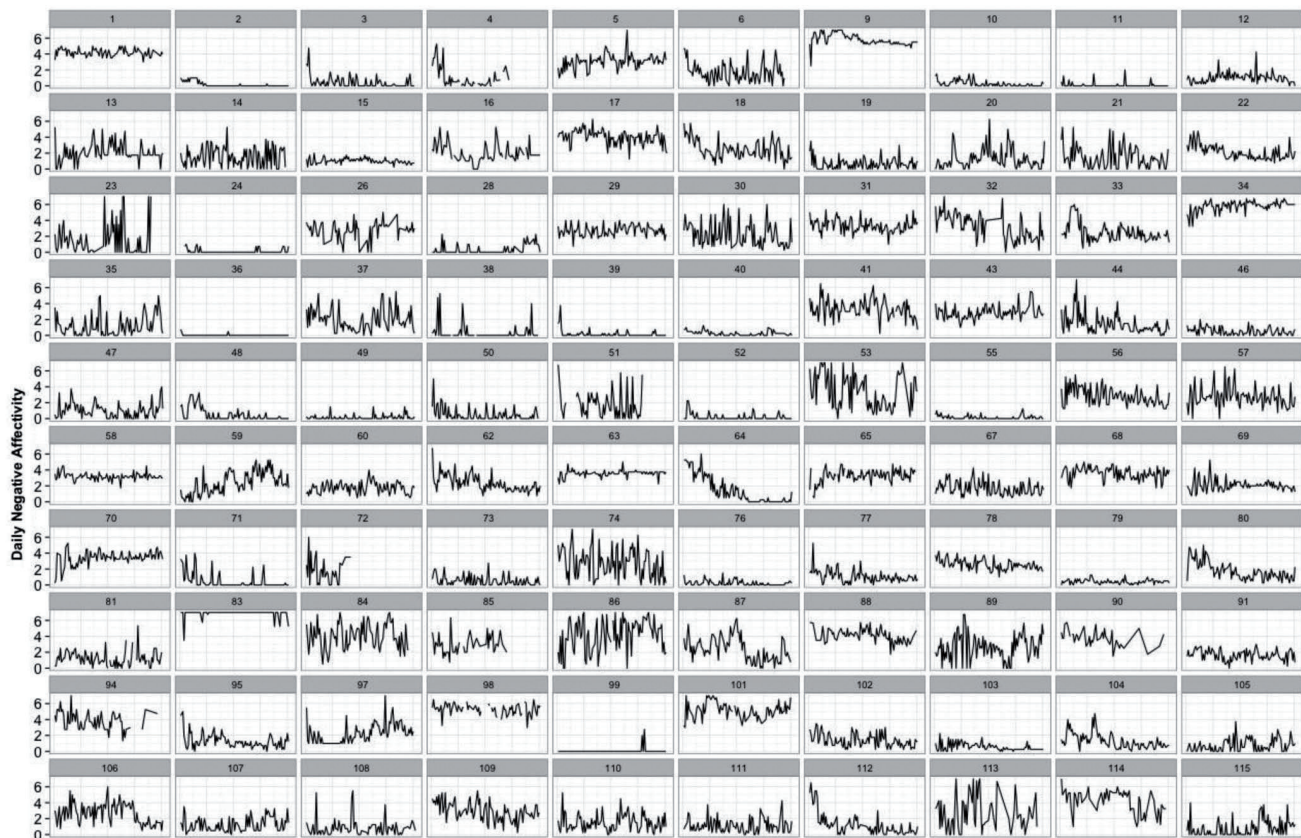
Por último, nuestros resultados en el estudio 2 ponen de manifiesto la confusión que reina en torno a la definición de TP, al encontrarse que los criterios generales de TP no añaden nada a la simple descripción de los rasgos. Como ya planteaban algunos autores (Leising y Zimmerman, 2011; Wakefield, 1992; 2006) diagnosticar trastornos de la personalidad requiere dos componentes bien diferenciados. El primero de ellos (la personalidad) es un sistema descriptivo y máximamente inclusivo de las disposiciones motivacionales, emocionales, cognitivas y conductuales que caracterizan a los sujetos permitiendo diferenciarlos de otros, y que son estables en cada sujeto permitiendo hacer predicciones sobre su conducta futura. El segundo componente (el trastorno) es evaluativo, y consiste en aquello que convierte los rasgos de personalidad en un problema para el sujeto o para otros.

Actualmente hay un acuerdo razonable sobre cómo conceptualizar y medir el componente descriptivo de la personalidad patológica. Aceptamos ampliamente la naturaleza dimensional de los rasgos de personalidad, sabemos cuáles son los principales rasgos a medir —al menos hasta el nivel de cinco factores generales— y conocemos bien cómo se organizan entre ellos. Así, el primer artículo de esta tesis contribuye a cerrar un debate que ya estaba escorado en favor de las aproximaciones dimensionales. Por el contrario, nuestro segundo artículo contribuye a abrir una cuestión que ni tan siquiera parece estar encima de la mesa: que estamos lejos de disponer de una definición aceptable de trastorno, es decir, de una definición que disponga de apoyo empírico, de un fundamento teórico razonable, o al menos de cierto grado de consenso. Nuestro hallazgo de que los criterios generales de TP no añaden nada a los rasgos con respecto a la predicción de resultados biográficos es inesperado, y testimonia nuestros actuales apuros para decidir quién tiene y quién no tiene un TP.

Un ejemplo es el criterio temporal de los TP. Nuestro segundo estudio evalúa, de acuerdo con los criterios generales de TP del DSM, si los rasgos que el sujeto había afirmado poseer constituían un patrón permanente, es decir, estaban presentes desde la adolescencia y eran estables en el tiempo. La conclusión es que algunos rasgos sí cumplen este criterio con frecuencia, por ejemplo la búsqueda de atención, la obsesividad, y los síntomas esquizotípicos: cuando están presentes, lo han estado durante largo tiempo. Otros rasgos en cambio no suelen ser estables en el tiempo, particularmente aquellos relacionados con el bajo estado de ánimo: anhedonia, vacío, retirada social, baja autoestima, pesimismo, pensamiento

suicida, tristeza, culpa... Los criterios diagnósticos al uso señalan que estos últimos no deben ser categorizados como rasgos de personalidad, sino como estados ansioso-depresivos. Sin embargo, el estudio detenido de las respuestas de los sujetos sugiere otras posibilidades. Por ejemplo, el criterio temporal puede ser diferente para cada rasgo, de manera que media docena de agresiones al año seguramente bastarían para calificar a cualquier persona como agresiva, mientras que seis días de decaimiento anímico ni mucho menos permitirían considerar que el sujeto tiende a la depresividad o la afectividad negativa. La Figura 7 revela la enorme heterogeneidad que existe detrás de un rasgo que en apariencia sabemos medir fiablemente, como es la afectividad negativa (Wright, Hopwood y Simms, 2015). A lo largo de cien días de registro diario del estado anímico, algunos sujetos exhiben niveles invariablemente bajos de sufrimiento mientras que otros experimentan malestar emocional intenso de forma casi permanente, o bien se encuentran estables en un nivel de malestar intermedio. Por otra parte, hay también sujetos que, lejos de asentarse en un determinado nivel, muestran considerable variabilidad temporal: unos oscilan dentro de un margen relativamente estrecho mientras que otros muestran violentos virajes anímicos que van desde el sosiego total hasta la más intensa angustia; unos zigzaguean súbitamente de un día para el siguiente, otros siguen ciclos que duran semanas o meses, y el resto muestran diferentes combinaciones de varios de estos patrones. En contra de lo que establecen nuestros criterios diagnósticos, el conocimiento actual no nos permite afirmar con ninguna seguridad que algunos de estos perfiles representan la personalidad del sujeto mientras que otros son estados psicopatológicos transitorios, ni dónde terminan unos y empiezan los otros.

Figura 7. Variación diaria en Afectividad Negativa para 100 sujetos con TP durante 100 días (Wright y cols., 2015).



La afectividad negativa no es, desde luego, el único rasgo en el que el criterio temporal resulta un problema. La suicidalidad o la promiscuidad se consideran “frecuentes” a frecuencias muy bajas, mientras que la retirada social ha de ser casi permanente para ser considerada un rasgo desadaptativo. Rasgos como el miedo al abandono se activan solamente cuando hay una relación interpersonal significativa que pueda romperse, pero permanecen “latentes” cuando la persona está sola (Stone, 2016). Lo mismo es posiblemente cierto de la sumisión, la dependencia, la explotación interpersonal, la agresividad, u otros rasgos que se activan sólo en determinadas situaciones, pero no por ello dejan de ser rasgos. En última instancia, los rasgos no son sino actos frecuentes que los profesionales tendemos a reificar (Buss y Craik, 1983). Por si esto no fuese bastante, nuestro estudio indica que la mayor o menor estabilidad de los rasgos es irrelevante para su nocividad. Todo ello sugiere la necesidad de una revisión conceptual del criterio de temporalidad en la patología de la personalidad.

Más relevante aún es la cuestión del carácter dañino de los rasgos patológicos. Tal como se apuntó antes, es comúnmente aceptado que para cumplir los criterios de trastorno, los rasgos de personalidad han de provocar malestar o deterioro funcional. Sin embargo, el

panorama que nuestros resultados permiten entrever es más complejo que la elemental distinción entre rasgos “adaptativos” y “desadaptativos”. En primer lugar, nuestro estudio encuentra que los rasgos del DSM exhiben una enorme heterogeneidad en cuanto a su importancia para la vida de los sujetos. Muchos de ellos, pese a haber sido incluidos porque reflejaban conductas de una intensidad patológica, son en realidad inocuos. La mitad de los “falsos positivos” del autoinforme PDQ-4+ se deben a que el sujeto afirma que el rasgo no le produce malestar ni afecta a su funcionamiento en el ámbito familiar, social, de pareja, o laboral. Sólo el ítem 65 DEP del PDQ-4+ (“Se siente indefenso cuando está solo”) resulta unánimemente molesto para toda la muestra de sujetos. En el polo opuesto, el 70% de los sujetos califican el rasgo 71 SZD (“Indiferente a la crítica”) como irrelevante. Los demás criterios se sitúan entre estos dos extremos, siendo molestos para algunos sujetos y no para otros. La escasa literatura sobre este punto ya ha sugerido con anterioridad que la capacidad de los rasgos de personalidad para producir daño es muy variable, y que algunos de ellos (como el neuroticismo) parecen tener consecuencias biográficas considerables y otros apenas producen otra desventaja que la de estar poco valorados socialmente (Cuijpers y cols., 2010; Ullrich y cols., 2007; Vall y cols., 2015). En segundo lugar, los rasgos no sólo producen dificultades en

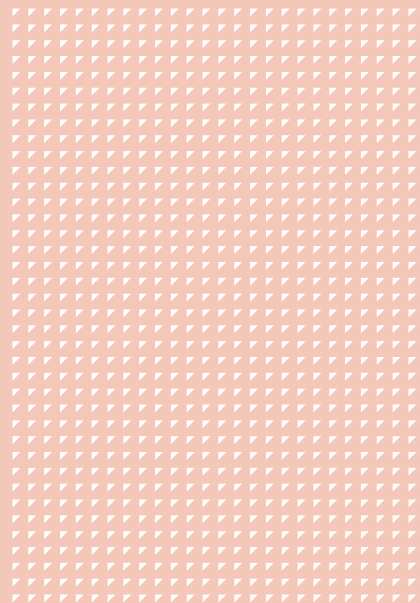
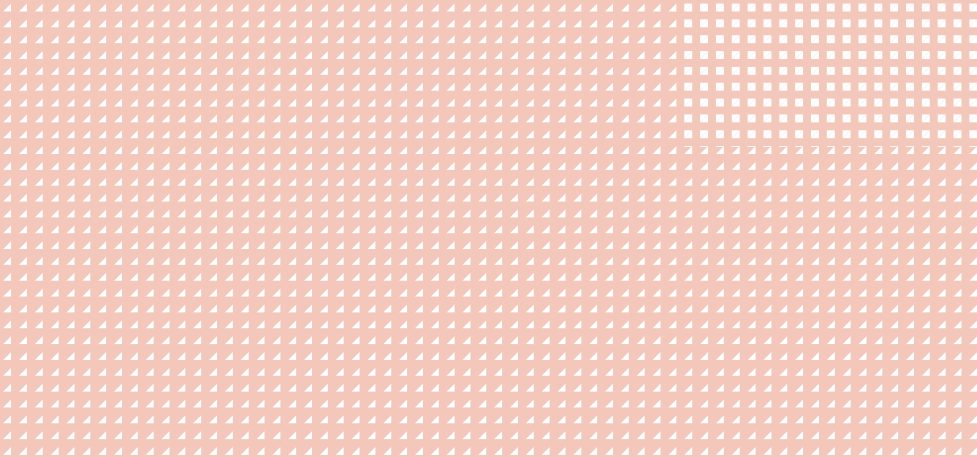
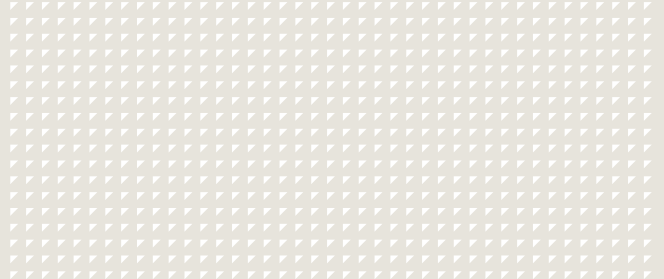
muy diferente grado, sino que éstas dificultades son de naturaleza dispar e incluso opuesta según el rasgo (Vall y cols., 2015): algunos rasgos producen sufrimiento pero no afectan al funcionamiento interpersonal o laboral; otros menoscaban la capacidad del sujeto de adaptarse a sus roles sociales pero no le producen sufrimiento; y hay rasgos que perjudican al portador y benefician al entorno, mientras que en otros ocurre exactamente lo contrario. Así, el concepto de desadaptación o trastorno parece tan multidimensional como la misma personalidad. En tercer lugar, no conocemos qué factores determinan la malignidad o la inocuidad de un rasgo para el sujeto o su entorno. Nuestros resultados sugieren que las consecuencias negativas no emanan únicamente del rasgo. Dicho de otra manera, aunque es cierto que diferentes rasgos muestran distintas probabilidades de ser perjudiciales, también lo es que sujetos con la misma intensidad de un rasgo pueden calificarlo o no como dañino. La nocividad por tanto debe depender de factores ajenos al rasgo mismo, como son otros rasgos de personalidad, el nivel intelectual o educacional, el estatus social, la situación económica, el apoyo familiar o social, el atractivo físico, la salud, y otros muchos. Por último, nuestro estudio revela que el parecer del sujeto sobre lo molestos o perjudiciales que son sus rasgos tiene poco que ver con los criterios externos que solemos asociar a desadaptación: el grado de satisfacción vital, las dificultades en la vida diaria, o diversos indicadores de gravedad clínica. Considerando todo lo anterior, no es extraño que no hayamos sido capaces hasta ahora de encontrar un criterio unitario para el diagnóstico de TP.

Por otra parte, lo anterior no tiene en cuenta que el criterio de trastorno está inevitablemente sesgado por nuestros juicios de valor y las creencias predominantes en nuestra cultura. En efecto, nuestros conceptos de salud y enfermedad son en parte normativos, es decir, están teñidos de valores respecto a lo que es o no deseable, y esto es aún más obvio cuando hablamos de conducta. No deja de llamar la atención que la mayor parte de enfermedades médicas no necesitan ningún criterio externo para ser consideradas enfermedades. Por ejemplo, una apendicitis o una fractura de húmero no son ni más ni menos graves si perjudican la actividad laboral. Y es irrelevante para el diagnóstico si un cáncer de hígado está provocando o no dificultades de pareja. En cambio, la capacidad de los rasgos de personalidad patológicos para causar daño no es autoevidente. Rasgos como ser desconfiado, inhibido, o buscador de riesgos no pueden ser considerados trastornos sin un criterio adicional (Boudreaux y cols., 2013; 2016; Leising y Zimmermann, 2011; McCrae y cols., 2005; Mullins-Sweatt, 2008; Mullins-Sweatt y Widiger, 2010). Esto lleva asociado un inconveniente, y es que el carácter desadaptativo de una conducta suele cambiar según las

épocas. Por ejemplo, la homosexualidad ha dejado de ser considerada una enfermedad, mientras que ser tímido, extravagante o disperso han pasado a serlo, sin que haya fuertes argumentos para defender una cosa o la contraria. Los esfuerzos por encontrar diferencias biológicas en estas pretendidas entidades nosológicas son vanos, pues la existencia de tales diferencias es irrelevante para decidir si se trata o no de una enfermedad. Tampoco la presencia de consecuencias negativas parece un criterio irrefutable, aunque es quizá el menos desatinado. En efecto, ser feo, o bajo, o mujer, son condiciones que se fundamentan en diferencias biológicas y producen algunas desventajas, lo cual no las convierte en trastornos. Sin embargo, los autores que critican la utilización de criterios externos a los rasgos para el diagnóstico (Clark y Ro, 2014; Üstun y Kennedy, 2009) no han llegado a proponer alternativas razonables.

7.

Limitaciones y conclusiones



- Aunque el análisis factorial representa el enfoque más adecuado para el propósito de nuestro primer estudio, los criterios DSM no fueron creados para su factorialización y representación dimensional. En consecuencia, características como la compulsividad, la impulsividad o el antagonismo no cuentan con el número suficiente de descriptores (ítems) para dar lugar a factores independientes, lo que ha podido sesgar nuestros resultados.
 - También sabemos que la jerarquía de la personalidad continúa a partir del sexto nivel, dando lugar a constructos progresivamente más estrechos y específicos. Tal vez nuestras dimensiones hubiesen mostrado mayor similitud con las categorías DSM a niveles inferiores de la jerarquía, mientras que nosotros hemos optado por dar prioridad a la replicabilidad deteniendo el análisis en el sexto nivel.
 - Nuestros resultados se basan en un cuestionario autoinformado, por tanto la generalización de los resultados debe hacerse con precaución. Aunque muchas de las desventajas de estos instrumentos han demostrado ser infundadas, los autoinformes sí parecen ser vulnerables a estados de ánimo y sesgos de autopresentación, por lo que otras fuentes de información pueden ser esenciales para maximizar la validez.
 - El hecho de adoptar un modelo dimensional supondrá tarde o temprano lidiar con el problema de los puntos de corte. Aunque los rasgos de personalidad sean continuos, muchas de las decisiones que los clínicos han de tomar no lo son. Esta es una tarea pendiente que nuestro estudio no aborda.
 - Finalmente, algunos de los parámetros clínicos que el segundo estudio toma como variables de resultado — autoagresión, ausencia de amistades, comportamiento agresivo, etc.— se solapan conceptualmente con los rasgos de personalidad que utilizamos para predecirlas. Sin embargo, este solapamiento no es generalizado y no afecta a los resultados del estudio.
- A pesar de las mencionadas limitaciones, los resultados obtenidos en ambos estudios permiten, con la debida cautela, extraer una serie de conclusiones recomendaciones:
- Las categorías diagnósticas no representan entidades reales y deben ser abandonadas definitivamente. Deben adoptarse estructuras dimensionales tal como apuntan el modelo alternativo del DSM-5 y el futuro CIE-11. Esto implica integrar los TPs esquizoide, antisocial, evitativo, dependiente, paranoide y depresivo en estructuras más amplias que forman parte de los actuales modelos dimensionales. Implica también abandonar por completo el uso de los TPs esquizotípico, narcisista, histriónico, límite, obsesivo y negativista, que carecen de validez.
 - La entrevista estructurada no muestra un mejor rendimiento que el autoinforme, y no puede considerarse el patrón oro contra el cual han de validarse los demás instrumentos. Por su elevado coste, la entrevista debe todavía demostrar que proporciona ventajas sobre el formato cuestionario y que es por tanto eficiente.
 - Durante la fase de construcción y refinamiento psicométrico, los cuestionarios de patología de

la personalidad deben calibrarse más allá de su consistencia interna, estabilidad temporal y validez. Es necesario prestar atención a si los ítems son interpretados correctamente por los sujetos. Los posibles sesgos causados por estados psicopatológicos han de tenerse en cuenta y corregirse, al igual que algunos cuestionarios detectan actitudes de respuesta defensivas o inflacionarias y permiten ponderar los resultados en consecuencia.

- Si los TPs son, en esencia, rasgos intensos que producen algún tipo de desventaja, necesitamos conocer mejor a qué tipo de desventajas conduce cada rasgo de personalidad, con qué probabilidad, y bajo qué circunstancias. Sólo disponiendo de esta información será posible valorar el potencial lesivo de los que consideramos rasgos patológicos.
- Además de lo anterior, los diferentes criterios para el diagnóstico no concuerdan entre sí, presentan inconsistencias teóricas y están fuertemente influidos por juicios de valor. Por tanto, se hace necesaria una reflexión sobre la definición de trastorno aplicada a la personalidad.

Referencias: introducción y discusión general

1. Abram, S. V. y De Young, C. G. (2017). Using Personality Neuroscience to Study Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(1), 2-13.
2. Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R. y Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 40, 6-19.
3. American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM*. Washington DC: APA.
4. American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-II*. Washington DC: APA.
5. American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III*. Washington DC: APA.
6. American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R*. Washington DC: APA.
7. American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington DC: APA.
8. American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Washington DC: APA.
9. American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. Washington DC: APA.
10. Andi6n, O., Ferrer, M., Gancedo, B., Calvo, N., Barral, C., Torrubia, R. y Casas, M. (2011). Confirmatory Factor Analysis of Borderline Personality Disorder symptoms based on two different interviews: the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorder and the Revised Diagnostic Interview for Borderlines. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 304-308.
11. Ashton, M. C. y Lee, K. (2007). Empirical, Theoretical, and Practical Advantages of the HEXACO Model of Personality Structure. *Personality and Social Psychology Review*, 11, 150-166.
12. Ashton, M. C., Lee, K. y Goldberg, L. R. (2004). A hierarchical analysis of 1,710 English personality-descriptive adjectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(5), 707-721.
13. Austin, E. J. y Deary, I. J. (2000). The 'four As': A common framework for normal and abnormal personality? *Personality and Individual Differences*, 28, 977-995.
14. Bach, B., Anderson, J. y Simonsen, E. (2017). Continuity Between Interview-Rated Personality Disorders and Self-Reported DSM-5 Traits in a Danish Psychiatric Sample. *Personality Disorders*, 8(3), 261-267.

15. Bakkevig, J. F. y Karterud, S. (2010). Is the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, histrionic personality disorder category a valid construct? *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 462–470.
16. Barford, K. A., Zhao, K. y Smillie, L. D. (2015). Mapping the interpersonal domain: Translating between the Big Five, HEXACO, and Interpersonal Circumplex. *Personality and Individual Differences*, 86, 232–237.
17. Bastiaansen, L., Hopwood, C. J., Van den Broeck, J., Rossi, G., Schotte, C. y De Fruyt, F. (2016). The twofold diagnosis of personality disorder: How do personality dysfunction and pathological traits increment each other at successive levels of the trait hierarchy? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(3), 280–292.
18. Becker, D. F., Añez, L. M., Paris, M., Bedregal, L. y Grilo, C. M. (2009). Factor structure and diagnostic efficiency of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, criteria for avoidant personality disorder in Hispanic men and women with substance use disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 50(5), 463–470.
19. Becker, D. F., Añez, L. M., Paris, M. y Grilo, C. M. (2010). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in monolingual Hispanic outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Research*, 178(2), 305–308.
20. Bell, R. C. y Jackson, H. J. (1992). The structure of personality disorders in DSM-III. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 279–287.
21. Benazzi, F. (2006). Borderline personality-bipolar spectrum relationship. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 68–74.
22. Bender, D. S., Morey, L. C. y Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5: Part I. A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93, 332–346.
23. Berghuis, H., Kamphuis, J. H. y Verheul, R. (2014). Specific personality traits and general personality dysfunction as predictors of the presence and severity of personality disorders in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 96(4), 410–416.
24. Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Verheul, R., Larstone, R. y Livesley, J. (2013). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) as an instrument for assessing the core features of personality disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(6), 544–557.
25. Berrios, G. E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
26. Blackburn, R., Donnelly, J. P., Logan, C. y Renwick, S. J. D. (2004). Convergent and Discriminative Validity of Interview and Questionnaire Measures of Personality Disorder in Mentally Disordered Offenders: a Multitrait-Multimethod Analysis Using Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 129–150.
27. Blackburn, R., Logan, C., Renwick, S. J. D. y Donnelly, J. P. (2005). Higher-Order Dimensions of Personality Disorder: Hierarchical Structure and Relationships with the Five-Factor Model, the Interpersonal Circle, and Psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 19(6), 597–623.
28. Blais, M. A., Hilsenroth, M. J. y Castlebury, F. D. (1997). Content validity of the DSM-IV borderline and narcissistic personality disorder criteria sets. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 31–47.
29. Blais, M. A. y Malone, J. C. (2013). Structure of the DSM-IV personality disorders as revealed in clinician ratings. *Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 326–333.
30. Blais, M. A., McCann, J. T., Benedict, K. B. y Norman, D. K. (1997). Toward an empirical / theoretical grouping of the DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11(2), 191–198.
31. Bleidorn, W., Kandler, C. y Caspi, A. (2014). The Behavioural Genetics of Personality Development in Adulthood—Classic, Contemporary, and Future Trends. *European Journal of Personality*, 28, 244–255.
32. Borghuis, J., Denissen J. J. A., Oberski, D., Sijtsma, K., Meeus, W. H. J., Branje, S.,... Bleidorn, W. (2017). Big Five personality stability, change, and codevelopment across adolescence and early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 113(4), 641–657.

33. Bornstein, R. F. (1998). Reconceptualizing personality disorder diagnosis in the DSM-V: The discriminant validity challenge challenge. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 333–343.
34. Bouchard, G. (2004). Genetic information and the risk of collective stigmatization. The case of the Saguenay-Lake St. John region (Quebec). *Médecine sciences*, 20(10), 933–934.
35. Bouchard, T.J. y Loehlin, J.C. (2001). Genes, Evolution, and Personality. *Behavior Genetics*, 31(3), 243–273.
36. Boudreaux, M. J. (2016). Personality-Related Problems and the Five-Factor Model of Personality. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(4), 372–383.
37. Boudreaux, M. J., Piedmont, R. L., Sherman, M. F. y Ozer, D.J. (2013). Identifying Personality-Related Problems in Living: The Multi-Context Problems Checklist. *Journal of Personality Assessment*, 95(1), 62–73.
38. Bouvard, M., Vuachet, M. y Marchand, C. (2011). Examination of the Screening Properties of the Personality Diagnostic Questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a non-clinical sample. *Clinical Neuropsychiatry*, 8, 151–158.
39. Bradley, R., Hilsenroth, M., Guarnaccia, C. y Westen, D. (2007). Relationship Between Clinician Assessment and Self-Assessment of Personality Disorders Using the SWAP-200 and PAI. *Psychological Assessment*, 19(2), 225–229.
40. Bratko, D., Butković, A. y Hlupić, T. V. (2017). Heritability of Personality. *Psychological Topics*, 26(1), 1–24.
41. Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256–271.
42. Busch, A. J., Morey, L. C. y Hopwood, C. J. (2016). Exploring the assessment of the DSM-5 alternative model for personality disorders with the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 3891(September), 1–8.
43. Buss, A.H. (2012). *Pathways to individuality. Evolution and Development of Personality Traits*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
44. Buss, D. M. (1987). Selection, evocation, and manipulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1214–1221.
45. Buss, D. M. y Craik, K. H. (1983). The act frequency approach to personality. *Psychological Review*, 90(2), 105–126.
46. Cantor, N. y Harlow, R. E. (1994). Personality, Strategic Behavior, and Daily-Life Problem Solving. *Current Directions in Psychological Science*, 3(6), 169–172.
47. Carlson, E. N., Vazire, S. y Oltmanns, T. F. (2013). Self-Other Knowledge Asymmetries in Personality Pathology. *Journal of Personality*, 82(2), 155–170.
48. Carpenter, R. W., Tomko, R. L., Trull, T. J. y Boomsma, D. I. (2013). Gene-Environment Studies and Borderline Personality Disorder: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 336.
49. Carr, C. P., Martins, C. M., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B. y Juruena, M. F. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, 201, 1007–1020.
50. Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119–137.
51. Cattell, R. (1966). *The Scientific Analysis of Personality*. Chicago: Aldine.
52. Chabris, C. F., Lee, J. J., Cesarini, D., Benjamin, D. J. y Laibson, D. I. (2015). The Fourth Law of Behavior Genetics. *Current Directions in Psychological Science*, 24(4), 304–312.
53. Chabrol, H., Rousseau, A., Callahan, S. y Hyler, S. E. (2007). Frequency and structure of DSM-IV personality disorder traits in college students. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1767–1776.
54. Chalmers, A. (2000). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Madrid: Siglo XXI de España Editores.

55. Chesney, E., Goodwin, G. M. y Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153–160.
56. Chmielewski, M., Ruggero, C. J., Kotov, R., Liu, K. y Krueger, R. F. (2017). Comparing the Dependability and Associations With Functioning of the DSM-5 Section III Trait Model of Personality Pathology and the DSM-5 Section II Personality Disorder Model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(3), 228–236.
57. Clark, L. A. (1993). *Manual for the Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
58. Clark, L. A. (2005). Temperament as a Unifying Basis for Personality and Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 505–521.
59. Clark, L. A., Livesley, W. J., Schroeder, M. e Irish, S. L. (1996). Convergence of two systems for assessing specific traits of personality disorder. *Psychological Assessment*, 8(3), 294–303.
60. Clark, L. A. y Ro, E. (2014). Three-pronged assessment and diagnosis of personality disorder and its consequences: personality functioning, pathological traits, and psychosocial disability. *Personality Disorders*, 5(1), 55–69.
61. Clark, L. A., Simms, L. J., Wu, K. D. y Casillas, A. (2009). *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality—Second edition (SNAP-2)*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
62. Clarkin, J. F., Hull, J. W. y Hurt, S. W. (1993). Factor Structure of Borderline Personality Disorder Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7(2), 137–143.
63. Clifton, A. y Pilkonis, P. A. (2007). Evidence for a single latent class of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders borderline personality pathology. *Comprehensive Psychiatry*, 48(1), 70–78.
64. Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M. y Wetzell, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, Missouri: Center for Psychobiology of Personality. Washington University.
65. Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. y Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423–431.
66. Cooke, D. J. y Hart, S. D. (2004). Personality Disorders. En Johnstone, E. C., Cunningham Owens, D. G., Lawrie, S. M., Sharpe, M. y Freeman, C. P. L. (Eds.), *Companion to psychiatric studies, 7th edition*. (pp. 502–526). Edinburgh: Churchill Livingstone.
67. Coolidge, F. L. y Merwin, M. M. (1992). Reliability and validity of the Coolidge Axis II Inventory: a new inventory for the assessment of personality disorders. *Psychological Assessment*, 59(2), 223–238.
68. Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
69. Cox, B. J., Clara, A. P., Worobec, L. M. y Grant, B. F. (2012). An empirical evaluation of the structure of DSM-IV personality disorders in a nationally representative sample: Results of confirmatory factor analysis in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Waves 1 and 2. *Journal of Personality Disorders*, 26, 890–901.
70. Cox, B. J., Sareen, J., Enns, M. W., Clara, I. y Grant, B. F. (2007). The fundamental structure of axis II personality disorders assessed in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(12), 1913–1920.
71. Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R. y Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 321–330.
72. Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. y Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319–328.
73. Crocq, M. A. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 147–153.
74. Cuijpers, P., Smit, F., Penninx, B. W. J. H., de Graaf, R., Ten Have, M. y Beekman, A. T. F. (2010). Economic costs of neuroticism. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1086–1093.

75. Davison, S., Leese, M. y Taylor, P. J. (2001). Examination of the screening properties of the personality diagnostic questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison population. *Journal of Personality Disorders*, 15(2), 180-194.
76. De Clercq, B., De Fruyt, F., De Bolle, M., Van Hiel, A., Markon, K. E. y Krueger, R. F. (2014). The hierarchical structure and construct validity of the PID-5 trait measure in adolescence. *Journal of Personality*, 82, 158-169.
77. De Clercq, B., De Fruyt, F., Van Leeuwen, K. y Mervielde, I. (2006). The structure of maladaptive personality traits in childhood: A step toward an integrative developmental perspective for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 639-657.
78. De Reus R. J., Van Den Berg, J. F. y Emmelkamp, P. M. (2013). Personality diagnostic questionnaire 4+ is not useful as a screener in clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(1), 49-54.
79. De Ruiter, C. y Greeven, P. G. J. (2000). Personality Disorders in a Dutch Forensic Psychiatric Sample: Convergence of Interview and Self-Report Measures. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 162-170.
80. Denrell, J. y Le Mens, G. (2011). Seeking positive experiences can produce illusory correlations. *Cognition*, 119(3), 313-324.
81. Dhillon, S., Bagby, R. M., Kushner, S. C. y Burchett, D. (2017). The Impact of Underreporting and Overreporting on the Validity of the Personality Inventory for DSM – 5 (PID-5): A Simulation Analog Design Investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 29(4), 473-478.
82. Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1246-1256.
83. Dixon-Gordon, K. L., Conkey, L. C. y Whalen, D. J. (2017). Recent advances in understanding physical health problems in personality disorders. *Current Opinion in Psychology*, 21, 1-5.
84. Dochtermann, N. A., Schwab, T. y Sih, A. (2015). The contribution of additive genetic variation to personality variation: heritability of personality. Proceedings. *Biological Sciences*, 282(1798), 20142201.
85. Duijsens, I. J., Bruinsma, M., Jansen, S. J. T., Eurelings-Bontekoe, E. H. M. y Diekstra, R. F. W. (1996). Agreement Between Self-Report and Semi-Structured Interviewing in the Assessment of Personality Disorders. *Personality and Individual Differences*, 21(2), 261-270.
86. Durrett, C. y 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.
87. Ekselius, L., Lindstrom, E., von Knorring, L., Bodlund, O. y Kullgren, G. (1994). A Principal Component Analysis of The DSM-III-R Axis II Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8(2), 140-148.
88. Evans, C. M. y Simms, L. J. (2017). Assessing Inter-Model Continuity Between the Section II and Section III Conceptualizations of Borderline Personality Disorder in DSM – 5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. doi: 10.1037/per0000243.
89. Eysenck, H. J. y Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences. A natural science approach*. New York: Plenum.
90. Falkum, E., Pedersen, G. y Karterud, S. (2009). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, paranoid personality disorder diagnosis: a unitary or a two-dimensional construct? *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 533-541.
91. Farmer, R. F. (2000). Issues in the assessment and conceptualization of personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 823-851.
92. Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J. J. y Lorea, I. (2006). Personality disorders in alcoholics: A comparative pilot study between the IPDE and the MCMI-II. *Addictive Behaviors*, 31, 1442-1448.
93. Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. P., ... MacKillop, J. (2013). Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1057-1069.

94. Fiedler, K. (2000). Illusory Correlations: A Simple Associative Algorithm Provides a Convergent Account of Seemingly Divergent Paradigms. *Review of General Psychology*, 4(1), 25-58.
95. First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., Davies, M., Borus, J. F.,... Rounsaville, B. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II), II: Multisite test-retest reliability study. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92-104.
96. Flynn, E. G., Laland, K. N., Kendal, R. L. y Kendal, J. R. (2013). Developmental niche construction. *Developmental science*, 16(2), 296-313.
97. Fogelson, D., Nuechterlein, K., Asarnow, R., Payne, D., Subotnik, K. y Giannini, C. (1999). The factor structure of schizophrenia spectrum personality disorders: signs and symptoms in relatives of psychotic patients from the UCLA family members study. *Psychiatry Research*, 87(2-3), 137-146.
98. Fok, M. L. Y., Hayes, R. D., Chang, C. K., Stewart, R., Callard, F. J. y Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(2), 104-107.
99. Forbes, M. K., Kotov, R., Ruggero, C. J., Watson, D., Zimmerman, M. y Krueger, R. F. (2017). Delineating the joint hierarchical structure of clinical and personality disorders in an outpatient psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 19-30.
100. Fossati, A., Beauchaine, T. P., Grazioli, F., Borroni, S., Carretta, I., De Vecchi, C.,... Maffei, C. (2006). Confirmatory factor analyses of DSM-IV Cluster C personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 20(2), 186-203.
101. Fossati, A., Beauchaine, T. P., Grazioli, F., Carretta, I., Cortinovis, F. y Maffei, C. (2005). A latent structure analysis of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Narcissistic Personality Disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 361-367.
102. Fossati, A., Borroni, S., Somma, A., Markon, K. E. y Krueger, R. F. (2017). Testing relationships between DSM - 5 Section III maladaptive traits and measures of self and interpersonal impairment in Italian community dwelling adults. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(3), 275-280.
103. Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S. y Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20, 689-708.
104. Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Battaglia, M., Donati, D., Donini, M.,... Prolo, F. (2000). Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 206-215.
105. Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C. y Novella, L. (1999). Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 40(1), 72-79.
106. Funder, D. C. (2006). Towards a resolution of the personality triad: Persons, situations, and behaviors. *Journal of Research in Personality*, 40(2006), 21-34.
107. Gawda, B. y Czubak, K. (2017). Prevalence of Personality Disorders in a General Population Among Men and Women. *Psychological Reports*, 120(3), 503-519.
108. Gosling, S. D. y John, O. P. (1999). Personality Dimensions in Nonhuman Animals. *Current Directions in Psychological Science*, 8(3), 69-75.
109. Gøtzsche-Astrup, O. y Moskowitz, A. (2016). Personality disorders and the DSM-5: Scientific and extra-scientific factors in the maintenance of the status quo. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(2), 119-127.
110. Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545.
111. Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. y Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and

- related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 948–958.
112. Gray, J. A. y McNaughton, N. (2000). *The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into the Functions of the Septo-Hippocampal System, 2nd Ed.* New York: Oxford University Press.
 113. Gude, T., Karterud, S., Pedersen, G. y Falkum, E. (2006). The quality of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition dependent personality disorder prototype. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 456–462.
 114. Gutiérrez, F. (2014). The course of personality pathology. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 78–83.
 115. Gutiérrez, F. (2016). Darwin sigue siempre aquí: Personalidad y adaptación. En J. Soler y J. C. Pascual (Coord.). *Claves y enigmas de la personalidad. ¿Por qué soy así?* Barcelona: Siglantana Editorial.
 116. Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E.,... Krueger, R. F. (2017). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment*, 24(3), 326–336.
 117. Gutiérrez, F., Gárriz, M., Peri, J. M., Vall, G. y Torrubia, R. (2016). How temperament and character affect our career, relationships, and mental health. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 181–189.
 118. Gutiérrez, F., Navinés, R., Navarro, P., García-Esteve, L., Subirá, S., Torrens, M. y Martín-Santos, R. (2008). What do all personality disorders have in common? Ineffectiveness and uncooperativeness. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 570–578.
 119. Gutiérrez, F., Vall, G., Peri, J. M., Baillés, E., Ferraz, L., Gárriz, M. y Caseras, X. (2012). Personality disorder features through the life course. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 763–774.
 120. Gutiérrez, F., Vall, G., Peri, J. M., Gárriz, M. y Garrido, J. M. (2014). A hierarchical model of normal and abnormal personality up to seven factors. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 326–335.
 121. Guy, L. S., Poythress, N. G., Douglas, K. S., Skeem, J. L. y Edens, J. F. (2008). Correspondence Between Self-Report and Interview-Based Assessments of Antisocial Personality Disorder. *Psychological Assessment*, 20(1), 47–54.
 122. Hakulinen, C., Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Kivimäki, M. y Jokela, M. (2015). Personality and Depressive Symptoms: Individual Participant Meta-Analysis of 10 Cohort Studies. *Depression and Anxiety*, 32(7), 461–470.
 123. Harford, T. C., Chen, C. M., Saha, T. D., Smith, S. M., Ruan, W. J. y Grant, B. F. (2013). DSM-IV personality disorders and associations with externalizing and internalizing disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 47(11), 1708–1716.
 124. Harkness, A. R. y McNulty, J. L. (1994). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Issue from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. En Strack, S. y Lorr, M. (Eds.). *Differentiating normal and abnormal personality*. (pp. 291–315). New York, NY: Springer.
 125. Harkness, A. R., Finn, J. A., McNulty, J. L. y Shields, S. M. (2012). The Personality Psychopathology—Five (PSY-5): Recent constructive replication and assessment literature review. *Psychological Assessment*, 24, 432–443.
 126. Harkness, A. R., Reynolds, S. M. y Lilienfeld, S. O. (2014). A review of systems for psychology and psychiatry: adaptive systems, personality psychopathology five (PSY-5), and the DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, 96(2), 121–139.
 127. Haslam, N., Holland, E. y Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, 42(5), 903–920.
 128. Hengartner, M. P., von Wyl, A., Tanis, T., Halmi, W., Galynker, I. y Cohen, L. (2015). Severity of personality disorders and domains of general personality dysfunction related to attachment. *Personality and Mental Health*, 9(3), 195–207.
 129. Hentschel, A. G. y Livesley, W. J. (2013). Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD). *Personality and Mental Health*, 7, 133–142.
 130. Hentschel, A. G. y Pukrop, R. (2014). The essential features of personality disorder in DSM-5. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 412–418.

131. Hoermann, S., Zupanick, C. E. y Dombek, M. (2013). The History of the Psychiatric Diagnostic System Continued: The Emergence of a Diagnostic Manual of Mental Disorders. Recuperado de <http://www.mentalhelp.net>.
132. Hopwood, C. J. y Bleidorn, W. (2017). Stability and change in personality and personality disorders. *Current Opinion in Psychology*, 21, 6-10.
133. Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H.,... Morey, L. C. (2011). Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 305-320.
134. Hopwood, C. J., Morey, L. C., Edelen, M. O., Shea, M. T., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., ... Skodol, A. E. (2008). A Comparison of Interview and Self-Report Methods for the Assessment of Borderline Personality Disorder Criteria. *Psychological Assessment*, 20(1), 81-85.
135. Huddy, V., Kitchenham, N., Roberts, A., Jarrett, M., Phillip, P., Forrester, A., ... Valmaggia, L. (2017). Self-report and behavioural measures of impulsivity as predictors of impulsive behaviour and psychopathology in male prisoners. *Personality and Individual Differences*, 113, 173-177.
136. Hummelen, B., Pedersen, G. y Karterud, S. (2012). Some suggestions for the DSM-5 schizotypal personality disorder construct. *Comprehensive Psychiatry*, 53(4), 341-349.
137. Huprich, S. K., Schmitt, T. A., Richard, D. C. S., Chelminski, I. y Zimmerman, M. A. (2010) Comparing Factor Analytic Models of the DSM-IV Personality Disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 22-37.
138. Hutsebaut, J., Feenstra, D. J. y Kamphuis, J. H. (2016). Development and Preliminary Psychometric Evaluation of a Brief Self-Report Questionnaire for the Assessment of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale: The LPFS Brief Form (LPFS-BF). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 192-197.
139. Hutsebaut, J., Kamphuis, J. H., Feenstra, D. J., Weekers, L. C. y De Saeger, H. (2017). Assessing DSM-5 Oriented Level of Personality Functioning: Development and Psychometric Evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(1), 94-101.
140. Hyler, S. E. (1994). *PDQ-4+ personality questionnaire*. New York, NY: Author.
141. Hyler, S. E. y Lyons, M. (1988). Factor analysis of the DSM-III personality disorder clusters: A replication. *Comprehensive Psychiatry*, 29(3), 304-308.
142. Hyler, S. E., Lyons, M., Rieder, R. O., Young, L., Williams, J. B. W. y Spitzer, R. L. (1990). The Factor Structure of Self-Report DSM-III Axis II Symptoms and Their Relationship to Clinicians' Ratings. *American Journal of Psychiatry*, 147(6), 751-757.
143. Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H. y Ormel, J. (2016). Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: a meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants. *Psychological Medicine*, 46(14), 2883-2906.
144. Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T. y Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 289-298.
145. Johnson, D. D. P., Blumstein, D. T., Fowler, J. H. y Haselton, M. G. (2013). The evolution of error: Error management, cognitive constraints, and adaptive decision-making biases. *Trends in Ecology and Evolution*, 28(8), 474-481.
146. Johnson, S. L., Leedom, L. J. y Muhtadie, L. (2012). The dominance behavioral system and psychopathology: Evidence from self-report, observational, and biological studies. *Psychological Bulletin*, 138(4), 692-743.
147. Johnson, W., Penke, L. y Spinath, F. M. (2011). Heritability in the Era of Molecular Genetics: Some Thoughts for Understanding Genetic Influences on Behavioural Traits. *European Journal of Personality*, 25(4), 254-266.
148. Just, C. (2011). A review of literature on the general factor of personality. *Personality and Individual Differences*, 50(6), 765-771.

149. Kandler, C., Bleidorn, W., Riemann, R., Angleitner, A. y Spinath, F. M. (2012). Life events as environmental States and genetic traits and the role of personality: a longitudinal twin study. *Behavior Genetics*, 42(1), 57-72.
150. Karterud, S., Øien, M. y Pedersen, G. (2010). Validity aspects of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, narcissistic personality disorder construct. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 517-26.
151. Kass, F., Skodol, A. E., Charles, E., Spitzer, R. y Williams, J. B. W. (1985). Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 627-630.
152. Kelley, S. E., Balsis S., Smith, S. T., Edens, J.F., Douglas, K. S. y Poythress, N.G. Jr. (2016). A Dimensional Comparison of a Self-Report and a Structured Interview Measure of Conduct Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 232-241.
153. Kendler, K. S., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Røysamb, E., Neale, M. C. y Reichborn-Kjennerud, T. (2011). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Syndromal and Subsyndromal Common DSM-IV Axis I and All Axis II Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 168, 29-39.
154. Kernberg, O. F. (2016). What is Personality? *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 145-156.
155. Klein, M. H., Benjamin, L. S., Rosenfeld, R., Treece, C., Husted, J. y Greist, J. H. (1993). The Wisconsin Personality Disorders Inventory: development, reliability, and validity. *Journal of Personality Disorders*, 7(4), 285-303.
156. Kotov, R., Krueger R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M.,... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477.
157. Krueger, R. F. (2010). Personality pathology is dimensional, so what shall we do with the DSM-IV personality disorder categories? The case of narcissistic personality disorder: Comment on Miller and Campbell (2010). *Personality Disorders*, 1(3), 195-196.
158. Krueger, R. F. (2013). Personality Disorders are the vanguard of the Post-DSM-5.0 era. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4, 355-362.
159. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. y Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879-1890.
160. Krueger, R. F., Eaton, N. R., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. y Skodol, A. E. (2011). Personality in DSM-5: helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 325-331.
161. Krueger R. F. y Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477-501.
162. Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P. E. y Huang, Y. (2007). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: refining the research agenda for DSM-V Axis II. *Psychiatric Research*, 16(1), 65-73.
163. Krueger, R. F., South, S., Johnson, W. y Iacono, W. (2008). The heritability of personality is not always 50%: gene-environment interactions and correlations between personality and parenting. *Journal of Personality*, 76(6), 1485-1522.
164. Kushner, S. C., Quilty, L. C., Tackett, J. L. y Bagby, R. M. (2011). The hierarchical structure of the Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ). *Journal of Personality Disorders*, 25, 504-516.
165. Lahey, B. B., Krueger, R. F., Rathouz, P. J., Waldman, I. D. y Zald, D. H. (2017). A Hierarchical Causal Taxonomy of Psychopathology Across the Life Span. *Psychological Bulletin*, 143(2), 142-186.
166. Larsen, R. J. y Buss, D. (2010). *Personality Psychology: Domains of Knowledge About Human Nature, 4th Edition*. New York: McGraw-Hill.
167. Leising, D. y Zimmermann, J. (2011). An Integrative Conceptual Framework for Assessing Personality and Personality Pathology. *Review of General Psychology*, 15(4), 317-330.

168. Lenzenweger, M. F. y Clarkin, J. F. (2005). The Personality Disorders. History, Classification, and Research Issues. En Lenzenweger, M. F. y Clarkin, J. F. (Eds), *Major Theories of Personality Disorder (2nd edition)*. New York: Guilford Press.
169. Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Ruscio, J. y Beyerstein, B. L. (2010). *50 great myths of popular psychology*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
170. Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43(2), 137-147.
171. Livesley, W. J. (2000). Introduction. *Journal of Personality Disorders*, 14, 1-2.
172. Livesley, W. J. (2007). A Framework for Integrating Dimensional and Categorical Classifications of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 199-224.
173. Livesley, W. J. (2011). The Current State of Personality Disorder Classification: Introduction to the Special Feature of the Classification. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 269-278.
174. Livesley, W. J. (2018). Conceptual issues. En W. J. Livesley y R. Larstone. *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment*. New York: The Guilford Press.
175. Livesley, W. J. y Jackson, D. N. (2009). *Dimensional Assessment of Personality Pathology—Basic Questionnaire: Technical manual*. Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems.
176. Livesley, W. J. y Jang, K. L. (2000). Toward and Empirically Based Classification of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 137-151.
177. Livesley, W. J. y Jang, K. L. (2008). The behavioral genetics of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 247-274.
178. Livesley, W. J., Jang, K. L. y Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941- 948.
179. Loranger, A. M. (1999). *International Personality Disorder Examination*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
180. Lowe, J. R. y Widiger, T. A. (2009). Clinicians' Judgments of Clinical Utility: A Comparison of the DSM-IV With Dimensional Models of General Personality. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 211-229.
181. Magallón-Neri, E., De la Fuente, J. E., Canalda, G., Forns, M., García, R., González, E.,... Castro-Fornieles, J. (2014). Neither too much, nor too little. The dilemma of identifying personality disorders in adolescents patients with self-reports. *Psychiatry Research*, 215(3), 683-686.
182. Markon, K. E. (2013). Epistemological pluralism and scientific development: an argument against authoritative nosologies. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 554-579.
183. Markon, K. E., Krueger, R. F. y Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 139-157.
184. Martel, M. M. (2013). Sexual selection and sex differences in the prevalence of childhood externalizing and adolescent internalizing disorders. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1221-1259.
185. Martin, L. R., Friedman, H. S. y Schwartz, J. E. (2007). Personality and mortality risk across the life span: The importance of conscientiousness as a biopsychosocial attribute. *Health Psychology*, 26(4), 428-436.
186. McCrae, R. R., Löckenhoff, C. E. y Costa, P. T. (2005). A Step Toward DSM-V: Cataloguing Personality-Related Problems in Living. *European Journal of Personality*, 19, 269-286.
187. McCrory, E., De Brito, S. A. y Viding, E. (2012). The link between child abuse and psychopathology: a review of neurobiological and genetic research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(4), 151-156.
188. McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C.,... Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and

- II/III diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256-264.
189. McGowan, A., King, H., Frankenburg, F. F., Fitzmaurice, G. y Zhanarini, M. C. (2012). The course of adult experiences of abuse in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 192-202.
 190. McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. y Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 169(6), 650-661.
 191. McMurran, M., Duggan, C., Christopher, G. y Huband, N. (2007). The relationships between personality disorders and social problem solving in adults. *Personality and Individual Differences*, 42, 145-155.
 192. Meagher, B. R., Leman, J. C., Bias, J. P., Latendresse, S. J. y Rowatt, W. C. (2015). Contrasting self-report and consensus ratings of intellectual humility and arrogance. *Journal of Research in Personality*, 58, 35-45.
 193. Miller, J. D., Bagby, R. M. y Pilkonis, P. A. (2005). A Comparison of the Validity of the Five-Factor Model (FFM) Personality Disorder Prototypes Using FFM Self-Report and Interview Measures. *Psychological Assessment*, 17(4), 497-500.
 194. Miller, J. D., Hoffman, B. J., Campbell, W. K. y Pilkonis, P. A. (2008). An examination of the factor structure of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, narcissistic personality disorder criteria: one or two factors? *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 141-145.
 195. Millon, T. (2004). *Personality Disorders in modern life, 2nd edition*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
 196. Moldin, S. O., Rice, J. P., Erlenmeyer-Kimling, L. y Squires-Wheeler, E. (1994). Latent structure of DSM-III-R Axis II psychopathology in a normal sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 259-266.
 197. Morey, L. C. (1988). The categorical representation of personality disorder: A cluster analysis of DSM-III-R personality features. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 314-321.
 198. Morey, L. C. (2017). Development and Initial Evaluation of a Self-Report Form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 29(10), 1302-1308.
 199. Morey, L. C., Gunderson, J. G., Quigley, B. D., Shea, M. T., Skodol, A. E., McGlashan, T. H.,... Zhanarini, M. C. (2002). The representation of borderline, avoidant, obsessive-compulsive, and schizotypal personality disorders by the five-factor model. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 215-234.
 200. Mulder, R. T. y Joyce, P. R. (1997). Temperament and the structure of personality disorder symptoms. *Psychological Medicine*, 27, 99-106.
 201. Mulder, R. T., Newton-Howes, G., Crawford, M. J. y Tyrer, P. J. (2011). The central domains of personality pathology in psychiatric patients. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 364-377.
 202. Mullins-Sweatt, S. N. (2008). Personality-related problems in living: an empirical approach. University of Kentucky Doctoral Dissertations. Paper 628. http://uknowledge.uky.edu/gradschool_diss/628.
 203. Mullins-Sweatt, S. N. y Widiger, T. A. (2010). Personality-related problems in living: an empirical approach. *Personality Disorders*, 1(4), 230-238.
 204. Munafò, M. R. y Flint, J. (2011). Dissecting the genetic architecture of human personality. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(9), 395-400.
 205. Nestadt, G., Eaton, W. W., Romanoski, A. J., Garrison, R., Folstein, M. F. y McHugh, P. R. (1994). Assessment of DSM-III personality structure in a general population survey. *Comprehensive Psychiatry*, 35(1), 54-63.
 206. Nestadt, G., Hsu, F.-C., Samuels, J., Bienvenu, O. J., Reti, I., Costa, P. T. y Eaton, W. W. (2006). Latent structure of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 47(1), 54-62.
 207. Newton-Howes, G., Clark, L. A. y Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. *The Lancet*, 385(9969), 727-734.

208. Nurnberg, H. G., Woodbury, M. A. y Bogenschutz, M. P. (1999). A Mathematical Typology Analysis of DSM-III-R Personality Disorder Classification: Grade of Membership Technique. *Comprehensive Psychiatry*, 40(1), 61-71.
209. O'Connor, B. P. (2005). A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 323-345.
210. Olajide, K., Munjiza, J., Moran, P., O'Connell, L., Newton-Howes, G., Bassett, P.,... Crawford, M.J. (2018). Development and Psychometric Properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). *Journal of Personality Disorders*, 32(1), 44-56.
211. Olsson, I. y Dahl, A. A. (2012). Avoidant personality problems--their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network. A community-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 813-821.
212. Oltmanns, J. R. y Widiger, T. A. (2017). A Self-Report Measure for the ICD-11 Dimensional Trait Model Proposal: The Personality Inventory for ICD-11. *Psychological Assessment*. Advance online publication. doi: 10.1037/pas0000459.
213. Ottoson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., Grann, M., von Knorring, L., Kullgren, G.,... Söderberg, S. (1998). DSM-IV and ICD-10 personality disorders: a comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *European Psychiatry*, 13, 246-253.
214. Parker, G., Both, L., Olley, A., Hadzi-Pavlovic, D., Irvine, P. y Jacobs, G. (2002). Defining disordered personality functioning. *Journal of Personality Disorders*, 16(6), 503-522.
215. Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Both, L., Kumar, S., Wilhelm, K. y Olley, A. (2004). Measuring disordered personality functioning: to love and to work reprised. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(3), 230-239.
216. Penke, L. y Jokela, M. (2016). The evolutionary genetics of personality revisited. *Current Opinion in Psychology*, 7, 104-109.
217. Perris, C. (1999). A Conceptualization of Personality-related Disorders of Interpersonal Behaviour with Implications for Treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 239-260.
218. Pfohl, B., Black, D. W. y Zimmerman, M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality (SIDP-IV)*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
219. Ploubidis, G. B. y Grundy, E. (2009). Personality and all cause mortality: Evidence for indirect links. *Personality and Individual Differences*, 47(3), 203-208.
220. Quilty, L. C., Cosentino, N. y Bagby, R. M. (2017). Response Bias and the Personality Inventory for DSM-5: Contrasting Self- and Informant-Report. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. doi: 10.1037/per0000246.
221. Réale, D. y Dingemans, N. J. (2012). *Animal Personality*. eLS. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester, (September), 1-8.
222. Roberts, B. W., Luo, J., Briley, D. A., Chow, P. I., Su, R. y Hill, P.L. (2017). A systematic review of personality trait change through intervention. *Psychological Bulletin*, 143(2), 117-141.
223. Roberts, B. W., Walton, K. E. y Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1-25.
224. Robins, E. y Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126(7), 983-987.
225. Rodebaugh, T. L., Chambless, D. L., Renneberg, B. y Fydrich, T. (2005). The factor structure of the DSM-III-R personality disorders: An evaluation of competing models. *International Journal of Methods of Psychiatric Research*, 14, 43-55.
226. Rojas, S. L. y Widiger, T. A. (2017). Coverage of the DSM-IV-TR/DSM-5 Section II Personality Disorders With the DSM-5 Dimensional Trait Model. *Journal of Personality Disorders*, 31(4), 462-482.
227. Ronningstam, E. (2011). Narcissistic Personality Disorder in DSM-V -in Support of Retaining

- a Significant Diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 248-259.
228. Rushton, J. P., Bons, T. A. y Hur, Y. M. (2008). The genetics and evolution of the general factor of personality. *Journal of Research in Personality*, 42(5), 1173-1185.
229. Rushton, J. P. y Irwing, P. (2011). The general factor of personality: Normal and abnormal. En Chamorro-Premuzic, T., von Stumm, S. y Furnham, A. (Eds.). *The Wiley-Blackwell Handbook of Individual Differences*. London: Blackwell.
230. Russ, E., Shedler, J., Bradley, R. y Westen, D. (2008). Refining the Construct of Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic Criteria and Subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1473-1481.
231. Samuel, D. B. (2011). Assessing personality in the DSM-5: the utility of bipolar constructs. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 390-397.
232. Samuel, D. B. (2015). A Review of the Agreement Between Clinicians' Personality Disorder Diagnoses and Those From Other Methods and Sources. *Clinical Psychology Science and Practice*, 22(1), 1-19.
233. Samuel, D. B. y Bucher, M. A. (2017). Assessing the Assessors: The Feasibility and Validity of Clinicians as a Source for Personality Disorder Research. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 8(2), 104-112.
234. Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Ansell, E. B., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Markowitz, J. C.,... Grilo, C. M. (2011). Comparing the Temporal Stability of Self-Report and Interview Assessed Personality Disorder. *Journal of Abnormal Personality*, 120(3), 670-680.
235. Samuel, D. B., Suzuki, T. y Griffin, S. A. (2016). Clinicians and Clients Disagree: Five Implications for Clinical Science. *Journal of Abnormal Personality*, 125(7), 1001-1010.
236. Sanislow, C. A., Grilo, C. M. y McGlashan, T. H. (2000). Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1629-1633.
237. Sanislow, C. A., Morey, L. C., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Skodol, A. E.,... McGlashan, T. H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 28-36.
238. Sauce, B. y Matzel, L. D. (2018). The paradox of intelligence: Heritability and malleability coexist in hidden gene-environment interplay. *Psychological Bulletin*, 144(1), 26-47.
239. Sauer-Zavala, S., Wilner, J. G. y Barlow, D. H. (2017). Addressing Neuroticism in Psychological Treatment. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(3), 191-198.
240. Schneider, K. (1997). *Psicopatología Clínica*. Editorial Triacastela.
241. Schotte, C. K., De Doncker, D. A., Dmitruk, D., Van Mulders, I., D'Haenen, H. y Cosyns, P. (2004). The ADP-IV Questionnaire: Differential Validity and Concordance with the Semi-Structured Interview. *Journal of Personality Disorders*, 18(4), 405-419.
242. Schroeder, K., Andresen, B., Naber, D. y Huber, C. G. (2010). Diagnostic Validity of ICD-10 Personality Dimensions: A Multitrait-Multimethod Analysis of Two Self-Report Questionnaires and a Structured Interview. *Psychopathology*, 43, 110-120.
243. Sheets, E. y Craighead, W. E. (2007). Toward an Empirically Based Classification of Personality Pathology. *Clinical Psychology Science and Practice*, 14(2), 77-93.
244. Shiner, R. L. y Masten, A. S. (2012). Childhood personality as a harbinger of competence and resilience in adulthood. *Development and Psychopathology*, 24(2), 507-528.
245. Siever, L. J. y Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 48, 1647-1658.
246. Skinner, B. F. (1948). "Superstition" in the pigeon. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 168-172.
247. Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C. y Verheul, R. (2011). Proposed Changes in Personality and Personality Disorder Assessment and Diagnosis for DSM-5 Part I: Description and Rationale. *Personality Disorders:*

- Theory, Research, and Treatment*, 2, 4-22.
248. Sleep, C. E., Hyatt, C. S., Lamkin, J., Maples-Keller, J. L., Miller, J. D., Lamkin, J.,... Miller, J. D. (2017). Examining the Relations Among the DSM-5 Alternative Model of Personality, the Five-Factor Model, and Externalizing and Internalizing Behavior. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. doi: 10.1037/per0000240.
 249. Soeteman, D. I., Verheul, R. y Busschbach, J. J. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 259-268.
 250. Soler, J. y Pascual, J. C. (2017). *Claves y Enigmas de la Personalidad ¿Por qué soy así?* Barcelona: Siglantana.
 251. Spitzer R.L., Endicott J. y Gibbon, M. (1979). Crossing the Border into Borderline Personality and Borderline Schizophrenia The Development of Criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36(1), 17-24.
 252. Stamps, J. y Groothuis, T. G. G. (2010). The development of animal personality: Relevance, concepts and perspectives. *Biological Reviews*, 85(2), 301-325.
 253. Stone, M. H. (2016). Long-Term Course of Borderline Personality Disorder. *Psychodynamic Psychiatry*, 44(3), 449-474.
 254. Tackett, J. L., Slobodskaya, H. R., Mar, R. A., Deal, J., Halverson, C. F., Baker, S. R., ... Besevegis, E. (2012). The Hierarchical Structure of Childhood Personality in Five Countries: Continuity From Early Childhood to Early Adolescence. *Journal of Personality*, 80(4), 847-879.
 255. Taylor, J. y Reeves, M. (2007). Structure of Borderline Personality Disorder Symptoms in a Nonclinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 805-816.
 256. Thomas, C., Turkheimer, E. y Oltmanns, T. F. (2003). Factorial structure of pathological personality as evaluated by peers. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 81-91.
 257. Thylstrup, B., Simonsen, S., Nemery, C., Simonsen, E., Noll, J. F., Myatt, M. W. y Hesse, M. (2016). Assessment of personality-related levels of functioning: a pilot study of clinical assessment of the DSM-5 level of personality functioning based on a semi-structured interview. *BMC Psychiatry*, 16, 298.
 258. Torgersen, S., Kringlen, E. y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596.
 259. Torgersen, S., Myers, J., Reichborn-Kjennerud, T., Røysamb, E., Kubarych, T.S. y Kendler, K. S. (2012). The heritability of Cluster B personality disorders assessed both by personal interview and questionnaire. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 848-866.
 260. Trull, T. J. y Durrett, C. A. (2005). Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 355-380.
 261. Trull, T. J., Vergés, A., Wood, P. K., Jahng, S. y Sher, K. J. (2012). The Structure of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition, Text Revision) Personality Disorder Symptoms in a Large National Sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(4), 355-369.
 262. Trull, T.J., Vergés, A., Wood, P.K. y Sher, K.J. (2013). The structure of DSM-IV-TR personality disorder diagnoses in NESARC: a reanalysis. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 727-734.
 263. Turiano, N. A., Chapman, B. P., Gruenewald, T. L. y Mroczek, D. K. (2015). Personality and the Leading Behavioral Contributors of Mortality. *Health Psychology*, 34(1), 51-60.
 264. Turkheimer, E. (2000). Three Laws of Behavior Genetics and What They Mean. *Current Directions in Psychological Science*, 9(5), 160-164.
 265. Tyrer, P., Redd, G. M. y Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717-726.
 266. Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A.,... Reed, G. M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, 5, 246-259.

267. Uher, R. y Zwicker, A. (2017). Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry*, 16(2), 121-129.
268. Uliaszek, A. A. y Zinbarg, R. E. (2016). An Examination of the Higher-Order Structure of Psychopathology and its Relationship to Personality. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 157-176.
269. Ullrich, S., Farrington, D. P. y Coid, J. W. (2007). Dimensions of DSM-IV personality disorders and life-success. *Journal of Personality Disorders*, 21(6), 657-663.
270. Üstün, B. y Kennedy, C. (2009). What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*, 8(2), 82-85.
271. Vall, G., Gutiérrez, F., Peri, J. M., Gárriz, M., Ferraz, L., Baillés, E. y Obiols, J. E. (2015). Seven basic dimensions of personality pathology and their clinical consequences: Are all personalities equally harmful? *British Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 450-468.
272. Van den Broeck, J., Rossi, G., Dierckx, E. y De Clercq, B. (2012). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 361-369.
273. Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C. C., Dolan, C., Busschbach, J. J., van der Kroft, P. J.,... Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20(1), 23-34.
274. Verheul, R. y Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 18(4), 309-319.
275. Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373-388.
276. Wakefield, J. C. (2006). Personality disorder as harmful dysfunction: DSM'S cultural deviance criterion reconsidered. *Journal of Personality Disorders*, 20(2), 157-169.
277. Wakefield, J. C. (2009). Disability and diagnosis: should role impairment be eliminated from DSM/ICD diagnostic criteria? *World Psychiatry*, 8(2), 87-88.
278. Wakefield, J. C. (2010). Taking Disorder Seriously. A Critique of Psychiatric Criteria for Mental Disorders from the Harmful-Dysfunction Perspective. En Millon, T., Krueger, R. F. y Simonsen, E. (Eds.). *Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11* (pp. 275-300). New York, NY: The Guilford Press.
279. Wakefield, J. C. (2013). DSM-5 and the General Definition of Personality Disorder. *Clinical Social Work Journal*, 41(2), 168-183.
280. Watson, D., Clark, L. A. y 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.
281. Watts, A. L., Lilienfeld, S. O., Edens, J. F., Douglas, K. S., Skeem, J. L., Verschuere, B. y Lopilato, A. C. (2016). Does Response Distortion Statistically Affect the Relations Between Self-Report Psychopathy Measures and External Criteria? *Psychological Assessment*, 28(3), 294-306.
282. Webber, T. A., Kiselica, A. M., Arango, A., Rojas, E., Neale, M. C. y Bornovalova, M. A. (2015). Unidirectionality Between Borderline Personality Disorder Traits and Psychopathology in a Residential Addictions Sample: A Short-Term Longitudinal Study. *Journal of Personality Disorders*, 29(6), 755-770.
283. Westen, D. y Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *The American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1767-1771.
284. Whewel, P., Ryman, A., Bonanno, D. y Heather, N. (2000). Does the ICD 10 classification accurately describe subtypes of borderline personality disorder? *British Journal of Medical Psychology*, 73(4), 483-494.
285. Whyte, S., Fox, S. y Coxell, A. (2006). Reporting of personality disorder symptoms in a forensic inpatient sample: Effects of mode of assessment and response style. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 17(3), 431-441.

286. Widiger, T. A. (2008). Personality disorders. En Hunsley, J. y Mash, E. J. (Eds.). *A guide to assessments that work*. New York, NY: Oxford University Press.
287. Widiger, T. A., Livesley, W. J. y Clark, L. A. (2009). An Integrative Dimensional Classification of Personality Disorder. *Psychological Assessment*, 21(3), 243-255.
288. Widiger, T. A., Mangine, S., Corbitt, E. M., Ellis, C. G. y Thomas, G. V. (1995). *Personality Disorder Interview-IV. A semistructured interview for the assessment of personality disorders. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
289. Widiger, T. A. y Samuel, D. B. (2005a). 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.
290. Widiger, T. A. y Samuel, D. B. (2005b). Evidence-Based Assessment of Personality Disorders. *Psychological Assessment*, 17(3), 278-287.
291. Widiger, T. A. y Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19, 110- 130.
292. Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, W. J. y Verheul, R. (2005). *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 315-338.
293. Widiger, T. A. y Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 71-83.
294. Wiggins, J. S. y Pincus, A. L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 1(4), 305-316.
295. Wilberg, T., Hummelen, B., Pedersen, G. y Karterud, S. (2008). A study of patients with personality disorder not otherwise specified. *Comprehensive Psychiatry*, 49(5), 460-468.
296. World Health Organization. (1938). *International list of causes of death 5th ed*. Ginebra: WHO.
297. World Health Organization. (1948). *Manual of the International statistical classification of disease, injuries and causes of death 6th ed*. Ginebra: WHO.
298. World Health Organization. (1955). *Manual of the International statistical classification of disease, injuries and causes of death 7th ed*. Ginebra: WHO.
299. World Health Organization. (1965). *International Classification of Diseases, injuries and causes of death 8th ed*. Ginebra: WHO.
300. World Health Organization. (1975). *International Classification of Diseases, injuries and causes of death 9th ed*. Ginebra: WHO.
301. World Health Organization. (1999). *International Classification of Diseases, injuries and causes of death 10th ed*. Ginebra: WHO.
302. Wright, A. G. C., Hopwood, C. J. y Simms, L. J. (2015). Daily Interpersonal and Affective Dynamics in Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 29(4), 503-525.
303. Wright, A. G. C., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L. y Krueger, R. F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 951-957.
304. Wright, Z. E., Pahlen, S. y Krueger, R. F. (2017). Genetic and environmental influences on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5) maladaptive personality traits and their connections with normative personality traits. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 416-428.
305. Yang, J., Bagby, M., Costa, P. T., Ryder, A. G. y Herbst, J. H. (2002). Assessing the DSM-IV structure of personality disorder with a sample of Chinese psychiatric patients. *Journal of Personality Disorders*, 16(4), 317-331.
306. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. y Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 167(6), 663-667.
307. Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B. y Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery

among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476-483.

308. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Sickel, A. E. y Yong, L. (1996). *Diagnostic interview for DSM-IV personality disorders*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
309. Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J.,... Leising, D. (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal of Personality Disorders*, 28, 518-540.
310. Zimmerman, M., Rothschild, L. y Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.
311. Zuckerman, M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factorial model. En de Raad, B. y Perugini, M. (Eds.). *Big Five Assessment*. Gottingen, Germany: Hogrefe y Huber Publishers.

Los trastornos de personalidad (TP) son patrones estables de comportamiento que por su intensidad e inflexibilidad, causan malestar subjetivo o deterioro funcional. Las clasificaciones DSM y CIE han proporcionado durante las últimas décadas los criterios y procedimientos para el diagnóstico de los TP; pero debido a que se han basado en el consenso entre expertos y en la tradición psiquiátrica, ninguna de ellas cumple los requerimientos mínimos de fiabilidad y validez esperables de un sistema diagnóstico. Por este motivo las clasificaciones basadas en categorías se están abandonando progresivamente, desplazándose el interés hacia los modelos dimensionales. Sin embargo estos últimos también han sido objeto de crítica; se ha señalado que algunos de los más importantes no abarcan todo el ámbito de la personalidad patológica, rompen con el conocimiento acumulado, prescinden de una estructura jerárquica, carecen de un criterio de trastorno y utilizan exclusivamente autoinformes como herramienta de evaluación. Desde el presente estudio se plantea que una reorganización factorial del eje II del DSM-IV a nivel de los criterios diagnósticos –mediante el cuestionario autoadministrado PDQ-4+– podría generar un modelo de personalidad patológica basado en la evidencia, salvando algunas de las críticas que han recibido los modelos dimensionales. Paralelamente, el estudio de una entrevista diagnóstica posterior a la administración del autoinforme, podría proporcionar una guía para combinar ambos métodos de forma que se mejorara la calidad de los resultados en la evaluación de la personalidad patológica.

Autora: Ana Muñoz Champel
Directores: Fernando Gutiérrez Ponce de León
Rafael Torrubia Beltri

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona