

Universitat de Lleida

## **Predicción de los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV-TR a partir de diferentes modelos dimensionales: Costa y McCrae, Zuckerman y Cloninger**

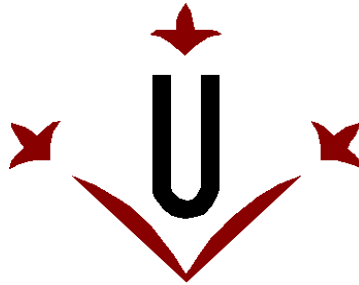
Salvador Gallart Masià

Dipòsit Legal: L.876-2015  
<http://hdl.handle.net/10803/306603>



*Predicción de los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV-TR a partir de diferentes modelos dimensionales: Costa y McCrae, Zuckerman y Cloninger* està subjecte a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/)

(c) 2015, Salvador Gallart Masià



***PREDICCIÓN DE LOS TRASTORNOS  
DE LA PERSONALIDAD  
DEL EJE II DEL DSM-IV-TR A PARTIR DE  
DIFERENTES MODELOS DIMENSIONALES:  
COSTA Y McCRAE, ZUCKERMAN Y CLONINGER.***

**Salvador Gallart Masià**

Tesis doctoral dirigida por: Dr. Anton Aluja Fabregat  
Programa Universitario de Doctorado: "Educació, Societat i  
Qualitat de vida".

Universitat de Lleida.  
Departament de Pedagogia i Psicologia.  
Àrea de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic.  
Marzo, 2015.

---

 ÍNDICE

I.	Prólogo.....	21
II.	Agradecimientos.....	23
1.	PARTE TEÓRICA.....	25
1.1.	LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	27
1.1.1.	Desarrollo histórico de los trastornos de la personalidad.....	28
1.1.2.	Clasificaciones en el DSM y la CIE.....	31
1.1.3.	Los trastornos de la personalidad en los DSM.....	32
1.1.4.	Epidemiología de los trastornos de la personalidad.....	39
1.1.5.	Críticas a los trastornos de la personalidad según el DSM....	41
1.1.5.1.	El modelo categorial y el modelo dimensional.....	41
1.1.5.2.	Modelo prototípico de categorización.....	43
1.1.5.3.	Criterios diagnósticos politéticos.....	43
1.1.5.4.	Posibilidad de diagnósticos múltiples.....	44
1.1.5.5.	Valor de criterios en función de la importancia diagnóstica.	44
1.1.5.6.	Medidas de prototipalidad.....	45
1.1.5.7.	Fiabilidad en la clasificación.....	45
1.1.5.8.	Indicadores conductuales.....	46
1.1.5.9.	Actos prototípicos.....	47
1.1.5.10.	Limitaciones del modelo categorial.....	47
1.2.	MODELOS DE PERSONALIDAD DIMENSIONALES O DE RASGO.....	48
1.2.1.	El Modelo de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad (MCGF).....	53
1.2.1.1.	Desarrollo histórico del MCGF.....	53
1.2.1.2.	Instrumentos para medir los cinco grandes.....	57
1.2.1.3.	NEO-PI-R.....	59
1.2.1.3.1.	Validez y Fiabilidad del NEO-PI-R.....	60
1.2.1.3.1.1.	Validez convergente y discriminante de las facetas.....	61
1.2.1.3.1.2.	Validez externa.....	61
1.2.1.3.1.3.	Validez de constructo.....	62
1.2.1.3.1.4.	Fiabilidad del NEO-PI-R.....	62

---

---

1.2.1.3.1.5.	Estructura factorial del NEO-PI-R.....	63
1.2.1.3.2.	Adaptación del NEO-PI-R para TEA.....	64
1.2.1.4.	NEO-FFI.....	66
1.2.1.5.	NEO-FFI-R.....	66
1.2.1.6.	Estudios transculturales.....	67
1.2.1.7.	Aplicabilidad del NEO-PI-R.....	68
1.2.1.8.	Descripción de las dimensiones del NEO-PI-R.....	70
1.2.1.8.1.	Neuroticismo (N).....	70
1.2.1.8.2.	Extraversión (E).....	71
1.2.1.8.3.	Apertura a la experiencia (O).....	71
1.2.1.8.4.	Amabilidad (A).....	72
1.2.1.8.5.	Responsabilidad (C).....	72
1.2.2.	El Modelo psicobiológico de los “Cinco Alternativos” de Zuckerman.....	73
1.2.2.1.	Desarrollo histórico del modelo de Zuckerman.....	74
1.2.2.2.	El Modelo de los “ <i>Cinco Alternativos</i> ” de Zuckerman.....	76
1.2.2.2.1.	Búsqueda de sensaciones – Impulsividad no socializada (ImpSS).....	76
1.2.2.2.2.	Neuroticismo - Ansiedad (N-Anx).....	77
1.2.2.2.3.	Agresividad - Hostilidad (Agg-Host).....	77
1.2.2.2.4.	Sociabilidad (Sy).....	77
1.2.2.2.5.	Actividad (Act).....	78
1.2.2.3.	Bases biológicas.....	78
1.2.2.4.	Instrumentos.....	81
1.2.2.4.1.	Zuckerman - Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ)....	81
1.2.2.4.2.	Versiones reducidas: El ZKPQ-50-CC.....	84
1.2.3.	El Modelo psicobiológico de Cloninger.....	85
1.2.3.1.	Desarrollo histórico del modelo de Cloninger.....	86
1.2.3.2.	El modelo de Temperamento y Carácter de Cloninger.....	92
1.2.3.2.1.	Temperamento.....	94
1.2.3.2.2.	Carácter.....	96
1.2.3.3.	Bases biológicas.....	101

---

---

1.2.3.3.1.	Búsqueda de novedad.....	102
1.2.3.3.2.	Evitación del daño.....	104
1.2.3.3.3.	Dependencia de la recompensa.....	106
1.2.3.3.4.	Persistencia.....	107
1.2.3.3.5.	Carácter.....	108
1.2.3.4.	Instrumentos.....	110
1.2.3.5.	Descripción de dimensiones del TCI-R.....	116
1.2.3.5.1.	Búsqueda de novedad (NS).....	116
1.2.3.5.2.	Evitación del daño (HA).....	117
1.2.3.5.3.	Dependencia de la recompensa (RD).....	118
1.2.3.5.4.	Persistencia (PS).....	118
1.2.3.5.5.	Autodirección (SD).....	119
1.2.3.5.6.	Cooperación (CO).....	119
1.2.3.5.7.	Autotrascendencia (ST).....	120
1.2.4.	Relaciones entre los modelos de Zuckerman, Cloninger y Costa y McCrae.....	121
1.3.	MODELOS DIMENSIONALES Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	126
1.3.1.	Los trastornos de la personalidad y el modelo de los Cinco Grandes Factores (MCGF).....	127
1.3.2.	Los trastornos de la personalidad y el modelo psicobiológico de los Cinco Alternativos de Zuckerman.....	133
1.3.3.	Los trastornos de la personalidad y el modelo psicobiológico de Cloninger.....	136
1.3.4.	Los trastornos de la personalidad y los tres modelos dimensionales.....	138
1.4.	Propuestas actuales de clasificación de los trastornos de la personalidad. Más allá DSM-5.....	141
1.4.1.	El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición (DSM-5).....	141

---

---

1.5.	OBJETIVO e HIPÓTESIS.....	152
1.5.1.	Objetivos del estudio.....	152
1.5.2.	Hipótesis.....	155
2.	PARTE PRÁCTICA.....	159
2.1.	MÉTODO.....	161
2.1.1.	Sujetos.....	161
2.1.1.1.	Sujetos grupo clínico.....	162
2.1.1.2.	Sujetos grupo sano.....	167
2.1.2.	Instrumentos.....	169
2.1.2.1.	SCID-II.....	170
2.1.2.2.	IPDE.....	170
2.1.2.3.	ZKPQ-50-CC.....	171
2.1.2.4.	NEO-PI-R.....	171
2.1.2.5.	NEO-FFI-R.....	172
2.1.2.6.	TCI-R.....	172
2.1.3.	Procedimiento.....	172
2.1.4.	Análisis estadísticos.....	172
2.2.	RESULTADOS: Comparación del grupo clínico y sano en los instrumentos autoinformados.....	174
2.2.1.	Descriptivos, comparaciones t-test por grupo y consistencia interna.....	174
2.2.1.1.	IPDE.....	174
2.2.1.2.	SCID-II (Dimensional).....	175
2.2.1.2.1.	Equivalencia entre el IPDE y el SCID II dimensional.....	176
2.2.1.3.	ZKPQ-50-CC.....	177
2.2.1.4.	NEO-FFI-R.....	178
2.2.1.5.	TCI-R.....	179
2.2.2.	RELACIONES MULTIVARIANTES: Análisis de Componentes Principales.....	182
2.2.2.1.	IPDE vs. ZKPQ-50-CC.....	182
2.2.2.1.1.	IPDE vs. ZKPQ-50-CC en grupo clínico.....	182
2.2.2.1.2.	IPDE vs. ZKPQ-50-CC en grupo sano.....	183

---

---

2.2.2.1.3.	Comparación de estructuras del IPDE y ZKPQ-50-CC con los coeficientes de congruencia factorial.....	185
2.2.2.2.	IPDE vs. NEO-FFI-R.....	186
2.2.2.2.1.	IPDE vs. NEO-FFI-R en grupo clínico.....	186
2.2.2.2.2.	IPDE vs. NEO-FFI-R en grupo sano.....	187
2.2.2.2.3.	Comparación de estructuras del IPDE y NEO-FFI-R con los coeficientes de congruencia factorial.....	188
2.2.2.3.	IPDE vs. Temperamento del TCI-R.....	189
2.2.2.3.1.	IPDE vs. Temperamento del TCI-R en grupo clínico.....	189
2.2.2.3.2.	IPDE vs. Temperamento del TCI-R en grupo sano.....	190
2.2.2.3.3.	Comparación de estructuras del IPDE y Temperamento del TCI-R con los coeficientes de congruencia factorial.....	192
2.2.2.4.	IPDE vs. Carácter del TCI-R.....	193
2.2.2.4.1.	IPDE vs. Carácter del TCI-R en grupo clínico.....	193
2.2.2.4.2.	IPDE vs. Carácter del TCI-R en grupo sano.....	194
2.2.2.4.3.	Comparación de estructuras del IPDE y Carácter del TCI-R con los coeficientes de congruencia factorial.....	195
2.2.3.	Análisis de Regresión.....	196
2.2.3.1.	Análisis de Regresión Múltiple.....	196
2.2.3.2.	Análisis de regresión gráfico no paramétrico (LOESS).....	197
2.2.3.3.	Análisis de regresión en el cluster A y las dimensiones del ZKPQ-50-CC, NEO-FFI-R y TCI-R en el grupo clínico y sano.....	197
2.2.3.3.1.	Análisis de regresión en el cluster A y las dimensiones del ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.....	197
2.2.3.3.2.	Análisis de regresión en el cluster A y las dimensiones del NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.....	198
2.2.3.3.3.	Análisis de regresión en el cluster A y las dimensiones del TCI-R en el grupo clínico y sano.....	199
2.2.3.4.	Análisis de regresión en el cluster B y las dimensiones del ZKPQ-50-CC, NEO-FFI-R y TCI-R en el grupo clínico y sano.....	200
2.2.3.4.1.	Análisis de regresión en el cluster B y las dimensiones del ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.....	200
2.2.3.4.2.	Análisis de regresión en el cluster B y las dimensiones del NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.....	201

---

---

2.2.3.4.3.	Análisis de regresión en el cluster B y las dimensiones del TCI-R en el grupo clínico y sano.....	201
2.2.3.5.	Análisis de regresión en el cluster C y las dimensiones del ZKPQ-50-CC, NEO-FFI-R y TCI-R en el grupo clínico y sano.....	202
2.2.3.5.1.	Análisis de regresión en el cluster C y las dimensiones del ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.....	202
2.2.3.5.2.	Análisis de regresión en el cluster C y las dimensiones del NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.....	203
2.2.3.5.3.	Análisis de regresión en el cluster C y las dimensiones del TCI-R en el grupo clínico y sano.....	203
2.2.3.6.	Predicción mediante el ZKPQ-50-CC de los clusters A, B y C en grupo clínico y sano.....	204
2.2.3.7.	Predicción mediante el NEO-FFI-R de los clusters A, B y C en grupo clínico y sano.....	206
2.2.3.8.	Predicción mediante el TCI-R de los clusters A, B y C en grupo clínico y sano.....	207
2.2.3.9.	Predicción de los trastornos de la personalidad en función de dimensiones del ZKPQ-50-CC, NEO-FFI-R y TCI-R.....	210
2.2.3.9.1.	Trastorno de la Personalidad por Evitación.....	213
2.2.3.9.2.	Trastorno de la Personalidad por Dependencia.....	214
2.2.3.9.3.	Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad.....	215
2.2.3.9.4.	Trastorno Paranoide de la Personalidad.....	215
2.2.3.9.5.	Trastorno Esquizotípico de la Personalidad.....	216
2.2.3.9.6.	Trastorno Esquizoide de la Personalidad.....	217
2.2.3.9.7.	Trastorno Histriónico de la Personalidad.....	217
2.2.3.9.8.	Trastorno Narcisista de la Personalidad.....	218
2.2.3.9.9.	Trastorno Límite de la Personalidad.....	218
2.2.3.9.10.	Trastorno Antisocial de la Personalidad.....	219
2.2.3.6.11.	Trastornos de la Personalidad del Cluster A.....	220
2.2.3.9.12.	Trastornos de la Personalidad del Cluster B.....	220
2.2.3.9.13.	Trastornos de la Personalidad del Cluster C.....	221

---



---

3.	CONCLUSIONES.....	223
3.1.	Verificación de hipótesis para la estructura factorial y diferencias de grupos.....	225
3.2.	Verificación de hipótesis para los trastornos de la personalidad.....	227
3.3	Verificación de hipótesis por cluster.....	230
3.2.	Discusión general.....	232
4.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	245
5.	ANEXOS.....	295
5.1.	<u>Anexo 1.</u> Protocolo de investigación y claves de corrección.	297
5.1.1.	Protocolo de investigación.....	297
5.1.2.	Claves de corrección de los cuestionarios.....	314
5.2.	<u>Anexo 2.</u> Criterios de los Trastornos de la Personalidad del DSM-IV-TR.....	319
5.2.1.	Criterios diagnósticos generales para el trastorno de la personalidad.....	319
5.2.2.	Trastornos de la Personalidad del grupo A.....	320
5.2.2.1.	Trastorno Paranoide de la Personalidad.....	320
5.2.2.2.	Trastorno Esquizoide de la Personalidad.....	320
5.2.2.3.	Trastorno Esquizotípico de la Personalidad.....	321
5.2.3.	Trastornos de la Personalidad del grupo B.....	322
5.2.3.1.	Trastorno Antisocial de la Personalidad.....	322
5.2.3.2.	Trastorno Límite de la Personalidad.....	323
5.2.3.3.	Trastorno Histriónico de la Personalidad.....	324
5.2.3.4.	Trastorno Narcisista de la Personalidad.....	324
5.2.4.	Trastornos de la Personalidad del grupo C.....	325
5.2.4.1.	Trastorno de la Personalidad por Evitación.....	325
5.2.4.2.	Trastorno de la Personalidad por Dependencia.....	326
5.2.4.3.	Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad.....	326
5.2.5.	Trastorno de la Personalidad No Especificado.....	327

---

---

5.3.	<u>Anexo 3. Dimensiones y facetas del NEO-PI-R y del TCI-R..</u>	329
5.3.1.	Descripción de las dimensiones y facetas del NEO-PI-R.....	329
5.3.1.1.	NEUROTICISMO (N).....	329
5.3.1.1.1.	Ansiedad (N1).....	329
5.3.1.1.2.	Hostilidad-Enfado (N2).....	330
5.3.1.1.3.	Depresión (N3).....	330
5.3.1.1.4.	Ansiedad social (N4).....	330
5.3.1.1.5.	Impulsividad (N5).....	330
5.3.1.1.6.	Vulnerabilidad (N6).....	331
5.3.1.2.	EXTRAVERSION (E).....	331
5.3.1.2.1.	Cordialidad (E1).....	331
5.3.1.2.2.	Gregarismo (E2).....	332
5.3.1.2.3.	Asertividad (E3).....	332
5.3.1.2.4.	Actividad (E4).....	332
5.3.1.2.5.	Búsqueda de emociones (E5).....	332
5.3.1.2.6.	Emociones positivas (E6).....	332
5.3.1.3.	APERTURA A LA EXPERIENCIA (O).....	333
5.3.1.3.1.	Fantasía (O1).....	333
5.3.1.3.2.	Estética (O2).....	333
5.3.1.3.3.	Sentimientos (O3).....	334
5.3.1.3.4.	Acciones (O4).....	334
5.3.1.3.5.	Ideas (O5).....	334
5.3.1.3.6.	Valores (O6).....	334
5.3.1.4.	AMABILIDAD (A).....	335
5.3.1.4.1.	Confianza (A1).....	335
5.3.1.4.2.	Sinceridad (A2).....	335
5.3.1.4.3.	Altruismo (A3).....	336
5.3.1.4.4.	Actitud conciliadora (A4).....	336
5.3.1.4.5.	Modestia (A5).....	336
5.3.1.4.6.	Sensibilidad hacia los otros (A6).....	336
5.3.1.5.	RESPONSABILIDAD (C).....	336
5.3.1.5.1.	Competencia (C1).....	337
5.3.1.5.2.	Orden (C2).....	337
5.3.1.5.3.	Sentido del deber (C3).....	337

---

---

5.3.1.5.4.	Necesidad de éxito (C4).....	338
5.3.1.5.5.	Autodisciplina (C5).....	338
5.3.1.5.6.	Deliberación (C6).....	338
5.3.2.	Descripción de las dimensiones y facetas del TCI-R.....	338
5.3.2.1.	BUSQUEDA DE NOVEDAD (NS).....	339
5.3.2.1.1.	Exploración (NS1).....	339
5.3.2.1.2.	Falta de reflexión (NS2).....	340
5.3.2.1.3.	Malbaratamiento (NS3).....	340
5.3.2.1.4.	Antinormatividad (NS4).....	340
5.3.2.2.	EVITACIÓN DEL DAÑO (HA).....	340
5.3.2.2.1.	Preocupación (HA1).....	341
5.3.2.2.2.	Miedo a la incertidumbre (HA2).....	341
5.3.2.2.3.	Timidez (HA3).....	341
5.3.2.2.4.	Fatigabilidad (HA4).....	342
5.3.2.3.	DEPENDENCIA DE LA RECOMPENSA (RD).....	342
5.3.2.3.1.	Sentimentalismo (RD1).....	343
5.3.2.3.2.	Apertura (RD2).....	343
5.3.2.3.3.	Apego (RD3).....	343
5.3.2.3.4.	Dependencia (RD4).....	343
5.3.2.4.	PERSISTENCIA (PS).....	344
5.3.2.4.1.	Esforzado (PS1).....	344
5.3.2.4.2.	Tolerancia al fracaso (PS2).....	344
5.3.2.4.3.	Ambición (PS3).....	345
5.3.2.4.4.	Autoexigencia (PS4).....	345
5.3.2.5.	AUTODIRECCIÓN (SD).....	345
5.3.2.5.1.	Locus de control interno (SD1).....	346
5.3.2.5.2.	Propósitos / metas (SD2).....	346
5.3.2.5.3.	Recursos (SD3).....	346
5.3.2.5.4.	Autoaceptación (SD4).....	347
5.3.2.5.5.	Buenos hábitos (SD5).....	347
5.3.2.6.	COOPERACIÓN (CO).....	347
5.3.2.6.1.	Tolerancia social (CO1).....	348
5.3.2.6.2.	Empatía (CO2).....	348

---

---

5.3.2.6.3.	Altruismo (CO3).....	348
5.3.2.6.4.	Capacidad de perdonar (CO4).....	349
5.3.2.6.5.	Integridad (CO5).....	349
5.3.2.7.	AUTOTRASCENDENCIA (ST).....	349
5.3.2.7.1.	Ensimismamiento (ST1).....	350
5.3.2.7.2.	Identificación transpersonal (ST2).....	350
5.3.2.7.3.	Espiritualidad (ST3).....	350
5.4.	<u>Anexo 4.</u> Predicciones y gráficos comparativos (LOESS).....	351
5.5.	<u>Anexo 5.</u> Concurrencia de diagnósticos Eje I y II en los diferentes trastornos de la personalidad del grupo clínico....	363
5.6.	<u>Anexo 6.</u> Gráficas comparativas entre las puntuaciones dimensionales del SCID-II vs. IPDE de cada uno de los 12 diagnósticos encontrados con el SCID II (categorial).....	375

---

---

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1.	Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad en el DSM-IV.....	38
Tabla 1.2.	Prevalencias (%) de los Trastornos de la Personalidad en función de género y tipo de muestra.....	40
Tabla 1.3.	Principios fundamentales de la teoría de los rasgos.....	50
Tabla 1.4.	Alineamiento de los modelos dimensionales: dominios amplios.....	52
Tabla 1.5.	Los Cinco Grandes y las dimensiones de similar amplitud en cuestionarios y en modelos de personalidad y comportamiento interpersonal.....	56
Tabla 1.6.	Facetas del NEO-PI-R para cada dimensión.....	59
Tabla 1.7.	Dimensiones y facetas de Temperamento del TCI-R.....	95
Tabla 1.8.	Dimensiones y facetas de Carácter del TCI-R.....	98
Tabla 1.9.	Patrones de respuesta a los sistemas cerebrales subyacentes a las dimensiones de Temperamento.....	101
Tabla 1.10.	Diferencias entre Temperamento y Carácter.....	110
Tabla 1.11.	Diferentes versiones para evaluar el modelo de Cloninger.....	113
Tabla 1.12.	Comparación de distribución de ítems entre el TCI y TCI-R.....	115
Tabla 1.13.	Coeficientes beta del análisis de regresión múltiple NEO-PI-R respecto a TCI.....	124
Tabla 1.14.	Coeficientes beta del análisis de regresión múltiple TCI respecto a NEO-PI-R.....	124
Tabla 1.15.	Correlaciones entre las dimensiones del TCI y el ZKPQ y EPQ-R.....	125
Tabla 1.16.	Predicciones de las facetas del NEO-PI-R en relación a los trastornos de la personalidad.....	130
Tabla 1.17.	Comparación de las ecuaciones de regresión entre dominios y facetas del NEO-PI-R y el MCMI-III en muestras españolas y americanas.....	132
Tabla 1.18.	Análisis de componentes principales del ZKPQ y DAPP-BQ.....	134
Tabla 1.19.	Análisis de componentes principales del ZKPQ y MCMI-III.....	136
Tabla 1.20.	Correlaciones entre las dimensiones de Temperamento y Carácter y número de síntomas de los trastornos de la personalidad (Total, Cluster A, Cluster B, y Cluster C).....	137

---

---

Tabla 1.21.	Correlaciones entre las dimensiones de Temperamento y Carácter y número de síntomas para cada uno de los trastornos de la personalidad.....	138
Tabla 1.22.	Relaciones entre dimensiones de personalidad y trastornos de la personalidad (I).....	139
Tabla 1.23.	Relaciones entre dimensiones de personalidad y trastornos de la personalidad (II).....	140
Tabla 1.24.	Relaciones entre dimensiones de personalidad y los clusters de los trastornos de la personalidad.....	141
Tabla 1.25.	Dominios y facetas en los trastorno de la personalidad (criterio B en la Sección III del DSM-5).....	151
Tabla 2.1.	Medias y desviación de la edad de la muestra por grupo.....	162
Tabla 2.2.	Medias y desviación de la edad del grupo clínico por sexo.....	162
Tabla 2.3.	Diagnósticos en el eje I del grupo clínico.....	164
Tabla 2.4.	Diagnósticos en el eje II del grupo clínico obtenidos con el SCID-II.....	165
Tabla 2.5.	Porcentaje de sujetos con concurrencia de diagnósticos Eje II.....	167
Tabla 2.6.	Medias y desviación de la edad del grupo sano por sexo.....	168
Tabla 2.7.	Estadísticos descriptivos, comparaciones t-test y d de Cohen para los grupos, y alfa de las escalas del IPDE.....	175
Tabla 2.8.	Descriptivos, valores de distribución y consistencia interna del SCID-II dimensional.....	175
Tabla 2.9.	Correlaciones entre el SCID-II-Dimensional y el IPDE para cada par de trastornos de la personalidad homónimos.....	176
Tabla 2.10.	Estadísticos descriptivos, comparaciones t-test y d de Cohen para los para los grupos, y alfa de las escalas del ZKPQ-50-CC.....	178
Tabla 2.11.	Estadísticos descriptivos, comparaciones t-test y d de Cohen para los para grupos, y alfa de las escalas del NEO-FFI-R.....	178
Tabla 2.12.	Estadísticos descriptivos, comparaciones t-test y d de Cohen para los para grupos, y alfa de las dimensiones y facetas del TCI-R.....	181
Tabla 2.13.	Pesos factoriales para 5 factores del IPDE y ZKPQ-50-CC en el grupo clínico.....	183
Tabla 2.14.	Pesos factoriales para 5 factores del IPDE y ZKPQ-50-CC en el grupo sano.....	184
Tabla 2.15.	Comparación de matrices factoriales del IPDE y ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y el grupo sano, y coeficientes de congruencia.....	185

---

---

Tabla 2.16.	Pesos factoriales para 5 factores del IPDE y NEO-FFI-R en el grupo clínico.....	186
Tabla 2.17.	Pesos factoriales para 5 factores del IPDE y NEO-FFI-R en el grupo sano.....	188
Tabla 2.18.	Comparación de matrices factoriales del IPDE y NEO-FFI-R en el grupo clínico y el grupo sano, y coeficientes de congruencia.....	189
Tabla 2.19.	Pesos factoriales para 4 factores del IPDE y Temperamento del TCI-R en el grupo clínico.....	190
Tabla 2.20.	Pesos factoriales para 4 factores del IPDE y Temperamento del TCI-R en el grupo sano.....	191
Tabla 2.21.	Comparación de matrices factoriales del IPDE y Temperamento del TCI-R en el grupo clínico y el grupo sano, y coeficientes de congruencia.....	192
Tabla 2.22.	Pesos factoriales para 3 factores del IPDE y Carácter del TCI-R en el grupo clínico.....	193
Tabla 2.23.	Pesos factoriales para 3 factores del IPDE y Carácter del TCI-R en el grupo clínico.....	195
Tabla 2.24.	Comparación de matrices factoriales del IPDE y Carácter del TCI-R en el grupo clínico y el grupo sano, y coeficientes de congruencia.....	196
Tabla 2.25.	Predicción de los clusters del DSM-IV (IPDE) a partir de las 5 dimensiones del ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.....	205
Tabla 2.26.	Predicción de los clusters del DSM-IV (IPDE) a partir de las 5 dimensiones NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.....	207
Tabla 2.27.	Predicción de los clusters del DSM-IV (IPDE) a partir de las dimensiones de Temperamento del TCI-R en el grupo clínico y sano..	208
Tabla 2.28.	Predicción de los clusters del DSM-IV (IPDE) a partir de las dimensiones de Carácter del TCI-R en el grupo clínico y sano.....	209
Tabla 2.29.	Análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables dependientes las puntuaciones dimensionales del IPDE, y como variables independientes las dimensiones del ZKPQ-50-CC, en el grupo sano y el grupo clínico.....	211
Tabla 2.30.	Análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables dependientes las puntuaciones dimensionales del IPDE, y como variables independientes las dimensiones del NEO-FFI-R, en el grupo clínico.....	212
Tabla 2.31.	Análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables dependientes las puntuaciones dimensionales del IPDE, y como variables independientes las dimensiones del TCI-R, en el grupo sano y el grupo clínico.....	213

---

---

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 2.1.	Predicción del cluster A (IPDE) con el ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.....	351
Cuadro 2.2.	Predicción del cluster A (IPDE) con el NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.....	352
Cuadro 2.3.	Predicción del cluster A (IPDE) con el Temperamento del TCI-R en el grupo clínico y sano.....	353
Cuadro 2.4.	Predicción del cluster A (IPDE) con el Carácter del TCI-R en el grupo clínico y sano.....	354
Cuadro 2.5.	Predicción del cluster B (IPDE) con el ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.....	355
Cuadro 2.6.	Predicción del cluster B (IPDE) con el NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.....	356
Cuadro 2.7.	Predicción del cluster B (IPDE) con el Temperamento del TCI-R en el grupo clínico y sano.....	357
Cuadro 2.8.	Predicción del cluster B (IPDE) con el Carácter del TCI-R en el grupo clínico y sano.....	358
Cuadro 2.9.	Predicción del cluster C (IPDE) con el ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.....	359
Cuadro 2.10.	Predicción del cluster C (IPDE) con el NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.....	360
Cuadro 2.11.	Predicción del cluster C (IPDE) con el Temperamento del TCI-R en el grupo clínico y sano.....	361
Cuadro 2.12.	Predicción del cluster C (IPDE) con el Carácter del TCI-R en el grupo clínico y sano.....	362

---



---

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1.	Historia de Clasificación de los Trastornos de la Personalidad en el DSM.....	35
Figura 1.2.	Modelo Psicobiológico de la personalidad de Zuckerman.....	79
Figura 1.3.	Modelo Psicofarmacológico de la personalidad de Zuckerman.....	80
Figura 1.4.	VARIABLES relacionadas con el Temperamento y el Carácter.....	99
Figura 1.5.	VARIABLES, dimensiones y facetas relacionadas con el Temperamento y el Carácter.....	100
Figura 2.1.	Gráfica de frecuencias de edad en hombres del grupo clínico.....	163
Figura 2.2.	Gráfica de frecuencias de edad en mujeres del grupo clínico.....	163
Figura 2.3.	Gráfica de frecuencias de edad en hombres del grupo sano.....	168
Figura 2.4.	Gráfica de frecuencias de edad en mujeres del grupo sano.....	169
Figura 2.5.	Gráficos comparativos (LOESS): cluster A vs. ZKPQ-50-CC en grupo clínico y sano.....	351
Figura 2.6.	Gráficos comparativos (LOESS): cluster A vs. NEO-FFI-R en grupo clínico y sano.....	352
Figura 2.7.	Gráficos comparativos (LOESS): cluster A vs. Temperamento del TCI-R en grupo clínico y sano.....	353
Figura 2.8.	Gráficos comparativos (LOESS): cluster A vs. Carácter del TCI-R en grupo clínico y sano.....	354
Figura 2.9.	Gráficos comparativos (LOESS): cluster B vs. ZKPQ-50-CC en grupo clínico y sano.....	355
Figura 2.10.	Gráficos comparativos (LOESS): cluster B vs. NEO-FFI-R en grupo clínico y sano.....	356
Figura 2.11.	Gráficos comparativos (LOESS): cluster B vs. Temperamento del TCI-R en grupo clínico y sano.....	357
Figura 2.12.	Gráficos comparativos (LOESS): cluster B vs. Carácter del TCI-R en grupo clínico y sano.....	358
Figura 2.13.	Gráficos comparativos (LOESS): cluster C vs. ZKPQ-50-CC en grupo clínico y sano.....	359
Figura 2.14.	Gráficos comparativos (LOESS): cluster C vs. NEO-FFI-R en grupo clínico y sano.....	360
Figura 2.15.	Gráficos comparativos (LOESS): cluster C vs. Temperamento del TCI-R en grupo clínico y sano.....	361

---

---

Figura 2.16	Gráficos comparativos (LOESS): cluster C vs. Carácter del TCI-R en grupo clínico y sano.....	362
Figura 2.17.	Diagnósticos del Eje I asociados al TP por Evitación.....	363
Figura 2.18.	Diagnósticos del Eje II asociados al TP por Evitación.....	363
Figura 2.19.	Diagnósticos del Eje I asociados al TP por Dependencia.....	364
Figura 2.20.	Diagnósticos del Eje II asociados al TP por Dependencia.....	364
Figura 2.21.	Diagnósticos del Eje I asociados al TP Obsesivo-Compulsivo.....	365
Figura 2.22.	Diagnósticos del Eje II asociados al TP Obsesivo-Compulsivo.....	365
Figura 2.23.	Diagnósticos del Eje I asociados al TP Pasivo-Agresivo.....	366
Figura 2.24.	Diagnósticos del Eje II asociados al TP Pasivo-Agresivo.....	366
Figura 2.25.	Diagnósticos del Eje I asociados al TP Depresivo.....	367
Figura 2.26.	Diagnósticos del Eje II asociados al TP Depresivo.....	367
Figura 2.27.	Diagnósticos del Eje I asociados al TP Paranoide.....	368
Figura 2.28.	Diagnósticos del Eje II asociados al TP Paranoide.....	368
Figura 2.29.	Diagnósticos del Eje I asociados al TP Esquizotípico.....	369
Figura 2.30.	Diagnósticos del Eje II asociados al TP Esquizotípico.....	369
Figura 2.31.	Diagnósticos del Eje I asociados al TP Esquizoide.....	370
Figura 2.32.	Diagnósticos del Eje II asociados al TP Esquizoide.....	370
Figura 2.33.	Diagnósticos del Eje I asociados al TP Narcisista.....	371
Figura 2.34.	Diagnósticos del Eje II asociados al TP Narcisista.....	371
Figura 2.35.	Diagnósticos del Eje I asociados al TP Límite.....	372
Figura 2.36.	Diagnósticos del Eje II asociados al TP Límite.....	372
Figura 2.37.	Diagnósticos del Eje I asociados al TP Antisocial.....	373
Figura 2.38.	Diagnósticos del Eje II asociados al TP Antisocial.....	373
Figura 2.39.	Puntuación de los sujetos con diagnóstico de TP en la escala Evitación del SCID-II-D y el IPDE.....	375
Figura 2.40.	Puntuación de los sujetos con diagnóstico de TP en la escala Dependencia del SCID-II-D y el IPDE.....	375
Figura 2.41.	Puntuación de los sujetos con diagnóstico de TP en la escala Obsesivo-Compulsivo del SCID-II-D y el IPDE.....	376

---

---

Figura 2.42.	Puntuación de los sujetos con diagnóstico de TP en la escala Pasivo-agresivo del SCID-II-D y el IPDE.....	376
Figura 2.43.	Puntuación de los sujetos con diagnóstico de TP en la escala Depresivo del SCID-II-D y el IPDE.....	377
Figura 2.44.	Puntuación de los sujetos con diagnóstico de TP en la escala Paranoide del SCID-II-D y el IPDE.....	377
Figura 2.45.	Puntuación de los sujetos con diagnóstico de TP en la escala Esquizotípico del SCID-II-D y el IPDE.....	378
Figura 2.46.	Puntuación de los sujetos con diagnóstico de TP en la escala Esquizoide del SCID-II-D y el IPDE.....	378
Figura 2.47.	Puntuación de los sujetos con diagnóstico de TP en la escala Histriónico del SCID-II-D y el IPDE.....	379
Figura 2.48.	Puntuación de los sujetos con diagnóstico de TP en la escala Narcisista del SCID-II-D y el IPDE.....	379
Figura 2.49.	Puntuación de los sujetos con diagnóstico de TP en la escala Límite del SCID-II-D y el IPDE.....	380
Figura 2.50.	Puntuación de los sujetos con diagnóstico de TP en la escala Antisocial del SCID-II-D y el IPDE.....	380

---

---

## ACRÓNIMOS

N	Neuroticismo
N1	Ansiedad
N2	Hostilidad - Enfado
N3	Depresión
N4	Autoconocimiento – Ansiedad social
N5	Impulsividad
N6	Vulnerabilidad
E	Extraversión
E1	Cordialidad
E2	Gregarismo
E3	Asertividad
E4	Actividad
E5	Búsqueda de emociones
E6	Emociones positivas
O	Apertura a la experiencia
O1	Fantasia
O2	Estética
O3	Sentimientos
O4	Acciones
O5	Ideas
O6	Valores
A	Amabilidad
A1	Confianza
A2	Sinceridad
A3	Altruismo
A4	Conformidad – Actitud conciliadora
A5	Modestia
A6	Comprensión – Sensibilidad hacia los otros
C	Responsabilidad
C1	Competencia
C2	Orden
C3	Sentido - Cumplimiento del deber
C4	Aspiraciones – Necesidad de éxito
C5	Autodisciplina
C6	Deliberación
NS	Búsqueda de novedad
NS1	Exploración
NS2	Falta de reflexión
NS3	Malbaratamiento
NS4	Antinormatividad
HA	Evitación del daño
HA1	Preocupación
HA2	Miedo a la incertidumbre
HA3	Timidez
HA4	Fatigabilidad
RD	Dependencia de la recompensa
RD1	Sentimentalismo
RD2	Apego
RD3	Apertura
RD4	Dependencia

---

---

PS	Persistencia
PS1	Esforzado
PS2	Tolerancia al fracaso
PS3	Ambición
PS4	Autoexigencia
SD	Autodirección
SD1	Locus de control interno
SD2	Propósitos / metas
SD3	Recursos
SD4	Autoaceptación
SD5	Buenos hábitos
CO	Cooperación
CO1	Tolerancia social
CO2	Empatía
CO3	Altruismo
CO4	Capacidad de perdonar
CO5	Integridad
ST	Autotrascendencia
ST1	Ensimismamiento
ST2	Identificación personal
ST3	Espiritualidad
ImpSS	Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada
N-Anx	Neuroticismo - Ansiedad
Agg-Host	Agresividad - Hostilidad
Act	Actividad
Sy	Sociabilidad

---



## I. PRÓLOGO

Al desarrollar mi actividad profesional como psicólogo clínico he trabajado en diferentes servicios y con diferentes profesionales, ello me ha permitido observar como se toma en más o menos consideración determinados trastornos, algunas veces según las modas al uso y/o los intereses de los profesionales. Los trastornos de la personalidad son un ejemplo de ello y la frecuencia de su diagnóstico puede deberse, en parte, a la diferente sensibilidad del clínico.

En la sanidad pública impera el modelo médico y las clasificaciones categoriales, como psicólogo que trabaja en el ámbito clínico y en este entorno, se hace necesario conjugar esta aproximación con los modelos dimensionales más propios de la psicología.

Ambas consideraciones despertaron mi interés por el estudio de las interrelaciones entre la psicología de la personalidad y la psicopatología de la personalidad, y poder plasmar la utilidad que para el abordaje de esta problemática tienen los conocimientos aportados por ambas aproximaciones.

En el año 2002 por motivos profesionales cambio de Servicio y de lugar de residencia, vengo a Lleida con estas inquietudes y se produce una feliz coincidencia. Por un lado trabajo en el Servicio de Psiquiatría, Salud Mental y Adicciones del Hospital de Santa María, y por otro, puedo recuperar mi relación profesional con el Dr. Anton Aluja y su ámbito de trabajo "*Models estadístics d'avaluació psicològica i psicobiològica de la personalitat*" en la Universitat de Lleida.

En pocos meses tenemos un proyecto en marcha, muchos de los hallazgos y la metodología empleada en el estudio de la población general sería ahora aplicada al ámbito clínico.

Aunque el proyecto se ha dilatado en el tiempo por diversas obligaciones y contratiempos, al final ha visto la luz. Algunos de los

---

resultados del mismo se desarrollaran en esta tesis. El proyecto continúa y muchos de los datos recogidos y analizados se presentarán en futuros trabajos.

La ilusión por la investigación, la posibilidad de combinarla con la actividad asistencial y el placer de trabajar con este equipo también tienen continuidad.

---



## II. AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis Anton Aluja, principal responsable de este trabajo, por su aliento, consejos, indicaciones, persistencia, constancia y paciencia.

A Josep Pifarré, Jefe de Servicio de Psiquiatría, Salud Mental y Adicciones del Hospital de Santa María, en el período de recogida de la muestra utilizada, por sus facilidades y apoyo.

A todos los compañeros que me facilitaron el acceso a sus pacientes en los diferentes dispositivos asistenciales: CSMA Segrià (Salvador Miret, Sílvia Campanera, Cristina Falip, Daniel Mancebo, Ester Idini, Laura Bosa y Marta Cobo), Hospital de Día de Psiquiatría de Adultos (José Ramón Bellido, Carmen Facal, Gina Badia y Iolanda Batalla), Centro Penitenciario de Ponent (Luís Fco. García, Laura Bosa y Iolanda Batalla), CAS-Ludopatía (Sílvia Reyes y Anna Iglesias), CSMA de Tàrrega (Sílvia Campanera, Esther Hernández y Gemma Martínez), CSMA de La Seu d'Urgell (Carme Ramèntol) y CSMA de Manresa (Antonia Raich y Joana Romagosa).

A los profesores del Departamento de Pedagogía y Psicología de la Universitat de Lleida (Anton Aluja, Luís Fco. García, Angel Blanch y Joan Marc Dolcet) por su ayuda y aliento.

A los lectores del documento final (Maite Martí, Eva Castaño, Anna Carnés, Andrea Kiskeri, Olalla Varela y Laura Bosa) por sus observaciones.

A todos los que me preguntaron ¿y la tesis para cuándo?.

A Gabriela y a Clàudia, por todo.

---



# **1. Parte teórica.**

---



## 1. PARTE TEÓRICA.

### 1.1. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

La personalidad es un constructo psicológico y como tal ha de explicar y predecir, en parte, la conducta. El hecho de que sea un constructo hipotético e inferido hace que tengamos casi tantas definiciones de personalidad como autores que escriben sobre ella, como nos señalan Allport y Vernon (1930).

Autores como Allport (1937), o revisiones como las de Bermúdez (1994) y Fierro (1996) han intentado establecer un marco de referencia conceptual que agrupa muchas de las definiciones emitidas a lo largo de la historia (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003; Pinillos, 1975). La definición de Larsen y Buss (2005) parece suficientemente clara y concisa: *"la personalidad es el conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, y que influyen en sus interacciones y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social"* (pág. 4).

Cuando estos rasgos psicológicos, que nos identifican y permiten nuestra adaptación al medio, no cumplen plenamente su función y provocan sufrimiento al individuo y/o a los demás, estamos ante un trastorno de la personalidad, definido por la Asociación de Psiquiatría Americana como *"un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto"* (APA, 2002, pág. 765).

---

### 1.1.1. Desarrollo histórico de los trastornos de la personalidad.

En varias revisiones sobre el tema (Millon y Davis, 1998; Olmedo y Sánchez-Elvira, 2003;) vemos que la historia del estudio de la personalidad y sus trastornos puede remontarse a la Grecia clásica, en las descripciones literarias de Teofrasto (372-287 a.C.), discípulo de Aristóteles, y en las doctrinas humorales basadas en las concepciones de Empédocles (494-434 a.C.).

Hipócrates (460-355 a. C.), recogiendo esta idea, determina que los elementos básicos que ordenan la naturaleza (aire, fuego, tierra y agua) se encontrarían representados en el cuerpo humano en forma de cuatro humores (Sangre, Bilis Amarilla, Bilis Negra y Flema). La combinación y la predominancia de cada uno de ellos en el individuo da lugar a cuatro tipologías (Sanguíneo, Colérico, Melancólico y Flemático), mutuamente excluyentes, que serían estables a través de toda la vida de la persona y que darían cuenta de todas las variantes de personas posibles, así como de la predisposición a determinados trastornos mentales.

Posteriormente Galeno (129-199 a. C.), asumiendo lo anterior, defendía la existencia de dos dimensiones cuyo desequilibrio daría lugar a la posibilidad de ocho tipos de temperamento, que sumados al temperamento generado por un equilibrio óptimo, conformarían los nueve tipos propuestos por el autor. La influencia de Galeno domina el pensamiento médico aproximadamente hasta el siglo XVII, para ser retomada luego por Kant en el siglo XVIII y por Wundt a fines del siglo XIX (Sanz, Silva y Avia, 1999).

En 1575 Huarte de San Juan escribe el célebre "*Examen de ingenios para las ciencias*" donde afirma que es la naturaleza la que determina las diferencias de ingenio o habilidad que se ven en las personas. El temperamento, la particular combinación de humores y sus respectivas cualidades, propio del organismo de cada ser humano, es el que determinará las diferencias que se observan entre las personas (Serés, 2005).

---

Siguiendo el desarrollo histórico que nos ofrece Millon (Millon y Davis, 1998) vemos que en el siglo XVIII aparecen las concepciones fisiognómicas / frenológicas.

El inicio de la moderna historia de los trastornos de la personalidad ha sido atribuido, en la tradición angloamericana, a Prichard (1786-1848) que en 1835 describió lo que hoy conocemos como trastorno antisocial de personalidad con el término "*moral insanity*" (Coolidge y Segal, 1998).

Fue importante la colaboración entre psiquiatras y psicólogos a principios del siglo XX, los primeros atendían más a síntomas y síndromes patológicos y los segundos a tipos y rasgos no patológicos. Kraepelin (1856-1926), cuya línea de pensamiento fue continuada por Schneider (1887-1967), no contemplaba la patología de la personalidad como precursora de otros trastornos mentales, sino que la concibe como un grupo de entidades separadas que covarían con aquellos. Schneider publica su taxonomía en 1923, vemos que puede considerarse en varios aspectos precursora de la moderna taxonomía del eje II del DSM ("*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*" expuesto más adelante), ya que por un lado detecta la coexistencia de "*personalidades psicopáticas*" con otras entidades psiquiátricas, señala el inicio en la infancia y su continuidad en la vida adulta y finalmente en su propia clasificación, algunas de las 10 personalidades psicopáticas tienen varias coincidencias con el actual DSM.

También a principios del siglo XX destaca Kretschmer (1888-1964) que postulaba una continuidad entre la normalidad y la patología, los trastornos serían acentuaciones de personalidades normales, su discípulo, el americano Sheldon (1898-1977), identificó tres dimensiones básicas en su esquema morfológico.

Freud (1856-1939), y posteriormente Abraham (1877-1925) y Reich (1897-1957), formularon la tipología caracterial psicoanalítica. Discípulos de Freud como Jung (1875-1961) y Adler (1870-1937) presentan tipologías de personalidad normal aunque existían paralelismos con varios síndromes de

---

personalidad, su intención fue la creación de una base teórica para los estilos de vida normales.

Los teóricos cognitivos (Beck y Freeman, 1992, 1995) han abordado el tema de la personalidad, definiendo "*esquemas cognitivos*" que determinan las experiencias y los comportamientos de los trastornos de la personalidad, hasta llegar a la terapia de esquemas de Young (Young y Klosko, 2007).

En las perspectivas interpersonales Sullivan (1892-1949) describió diez variedades de personalidad. Leary (1920-1996) construyó una tipología interpersonal basada en dos dimensiones: dominancia-sumisión y amor-odio. Benjamín (1996) construye su modelo sobre tres dimensiones ortogonales: la atención centrada en los demás, la atención centrada en el Sí mismo y la atención introyectiva. Kiesler (1996) y Wiggins (2003) organizan su taxonomía de la personalidad en función de dos dimensiones principales: la filiación (amor-odio) y el control (dominancia-sumisión), las cuales también pueden, en parte, ajustarse a los trastornos de la personalidad del DSM.

El análisis factorial es un método estadístico que ha permitido que un grupo amplio de teóricos pueda identificar las dimensiones básicas o los factores de personalidad. Destacan Cattell (1905-1998) y Eysenck (1916-1997) hasta llegar al modelo de los cinco factores o cinco grandes (MCGF) que presenta una gran producción científica en la actualidad, sus máximos exponentes son Costa, McCrae y Widiger. El modelo deriva de los estudios sobre el léxico popular y mediante la estadística factorial han llegado a determinar las dimensiones de rasgos fundamentales que caracterizan la personalidad y sus trastornos: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Agradabilidad/Amabilidad y Responsabilidad. Siguiendo la tradición factorial en los modelos neurobiológicos se intenta identificar los temperamentos básicos y explicar el carácter de cada trastorno en función de la combinación de unos componentes con otros, así como determinar los correlatos biológico/constitucionales de estos temperamentos. Cloninger ha llegado a establecer un modelo con cuatro dimensiones temperamentales,

---



heredables y con un sustrato neurobiológico, y tres dimensiones de carácter determinadas por factores de aprendizaje y maduración, así como la adquisición del concepto de sí mismo. Zuckerman partiendo de sus estudios de privación sensorial y después de muchos años trabajando en la dimensión Búsqueda de sensaciones, desarrolla un modelo psicobiológico de cinco factores al que llama "*Cinco Alternativos*" para diferenciarlo del MCGF. Posteriormente desarrollaremos ampliamente estos modelos en otro apartado de la tesis.

Finalmente los considerados modelos integradores entienden los trastornos de la personalidad como expresiones del fracaso de procesos evolutivos. El máximo exponente lo tenemos en Theodore Millon con su teoría del aprendizaje biosocial (Millon y Davis, 1998), recogiendo conceptos ya formulados por otros autores estableció tres dimensiones para construir las tipologías de personalidad: actividad-pasividad, placer-dolor y sujeto (el sí mismo)-objeto (los otros). A partir de este esquema tripartito deriva patrones de afrontamiento que corresponderían a cada uno de los trastornos de la personalidad del DSM-III.

#### 1.1.2. Clasificaciones en el DSM y la CIE.

El DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR) (APA, 2000, 2002), es un sistema diagnóstico que aparece en EEUU con el objetivo de desarrollar un lenguaje común unificador de criterios diagnósticos en psiquiatría y psicología, partiendo de un enfoque atóxico descriptivo permite a los clínicos de diferentes orientaciones utilizar la misma clasificación manteniendo sus propios puntos de vista. Siguiendo el modelo médico de conceptualización de enfermedades, se ha convertido en el sistema diagnóstico categorial más aceptado en la práctica clínica actual. La reciente aparición de la quinta versión (DSM-5) no ha supuesto cambios sustanciales en los criterios diagnósticos en el apartado de trastornos de la personalidad.

---

La CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), actualmente en su décima versión (CIE-10), desarrollada por la OMS (Organización Mundial la Salud, 1992) es una clasificación de enfermedades que permite el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recogidos en diferentes lugares y en diferentes épocas, demuestra su utilidad para estudios epidemiológicos y de administración de salud.

Los criterios para los trastornos de la personalidad del DSM-IV y del CIE-10 son similares en líneas generales. En nuestro entorno asistencial se utilizan los criterios CIE para cuestiones administrativas y epidemiológicas, pero es el sistema DSM el más utilizado en cuestiones clínicas para la evaluación, tratamiento e investigación de los trastornos de la personalidad, por ello en este estudio se utilizarán los criterios DSM.

### 1.1.3. Los trastornos de la personalidad en los DSM.

Los trastornos de la personalidad (TPs) aparecen en todas las ediciones del DSM, el Comité de Nomenclatura y Estadística de la American Psychiatric Association (APA) asumió oficialmente la responsabilidad de elaborar y publicar un sistema de diagnóstico nacional, nacido de las necesidades militares en la Segunda Guerra Mundial que requerían un sistema único. El desarrollo histórico y las distintas clasificaciones realizadas pueden verse de forma esquemática en la Figura 1.1.

En el DSM-I (APA, 1952) no aparecían los TP de forma explícita pero reflejaba los puntos de vista generales sobre estos trastornos que existían en el momento, algunos de ellos vigentes. El DSM-I era esencialmente un glosario de descripciones diagnósticas donde se incluyeron cinco grupos de trastornos de la personalidad, los tres primeros se pueden considerar equivalentes a algunas patologías actuales. Los TPs se consideraban patrones más o menos permanentes de conductas e interacciones interpersonales que se establecían en los primeros años de la edad adulta y tenían poca probabilidad de cambiar a lo largo de la vida, además de

---

---

déficits parciales del desarrollo o distorsiones del mismo, secundarios a una crianza inadecuada o patológica desde los primeros años de vida. Estas alteraciones se clasificaban en cinco grupos, los tres primeros corresponden a trastornos de la personalidad en el sentido actual del término, los otros correspondían a reacciones de síntomas especiales y trastornos situacionales transitorios (enuresis, déficits de aprendizaje y trastornos por estrés).

Los tres primeros son:

a.- Alteraciones del patrón de la personalidad que incluía aquellas alteraciones profundamente arraigadas y difícilmente modificables por la terapia: inadecuada, esquizoide, ciclotímica y paranoide.

b.- Alteraciones de los rasgos de personalidad que hace referencia a aquellos trastornos debidos a la incapacidad para mantener un equilibrio emocional bajo condiciones de estrés: emocionalmente inestable, pasivo-agresivo y compulsivo.

c.- Alteraciones sociopáticas de la personalidad que hace referencia a conductas conflictivas con el medio: antisocial, disocial, desviación sexual y adicciones.

El DSM-I representó el inicio del diagnóstico categorial en un sistema atóxico, mejorándose la fiabilidad y validez de los diagnósticos pero no exento de críticas en este sentido, estaba muy influido por la teoría psicoanalítica y el modelo médico, además los clínicos tenían que escoger entre diagnóstico de trastorno mental o trastorno de la personalidad cuando los dos estaban presentes. En febrero de 1967 la APA envía a 120 psiquiatras el DSM-I para su revisión, publicando al año siguiente la segunda edición DSM-II.

En 1968 aparece la Clasificación Internacional de Enfermedades en su octava versión (CIE-8) auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) apareciendo a su vez el DSM-II (APA, 1968) y se hace necesario buscar un consenso y unificar criterios entre ambos sistemas. El DSM-II contiene 10 categorías principales de trastornos mentales (actualización de

---

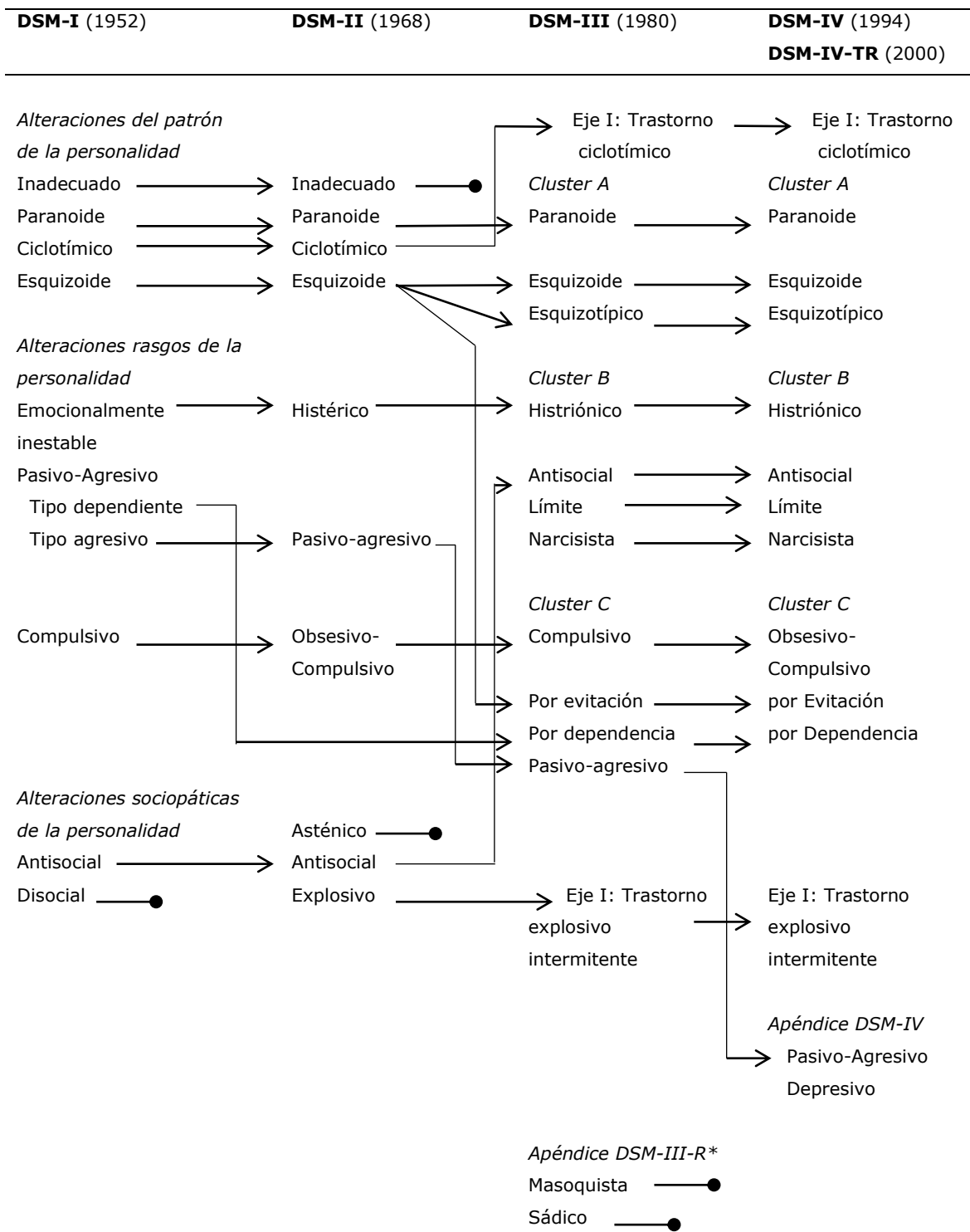
las siete del DSM-I), en la sección V, con el título de "*Trastornos de la personalidad y ciertos trastornos mentales no psicóticos*", encontramos los trastornos de la personalidad a los que se otorga un código propio (301) y lo conforman diez tipos específicos de los mismos. La descripción general de los trastornos de la personalidad en el DSM-II fue breve: "*grupo de trastornos caracterizados por un profundo arraigo a patrones de conducta mal adaptativos que son percibidos como cualitativamente diferentes de las psicosis y las neurosis: Generalmente se dan a lo largo de la vida y a menudo reconocibles en la adolescencia o al inicio de la edad adulta*".

Los diez tipos específicos de trastornos de la personalidad son los siguientes: trastorno de la personalidad paranoide, ciclotímica, esquizoide, explosiva, obsesivo-compulsiva, histérica, asténica, antisocial, pasivo-agresiva e inadecuada.

Tanto en el DSM-I como en el DSM-II se reseña la cronicidad de los trastornos de la personalidad, pero es en el DSM-II donde se incluye en la definición que tiene su inicio en la adolescencia. En el DSM-II se introduce el Trastorno de Personalidad asténico, que se eliminó en el próximo DSM-III (APA, 1980, 1985) al ser un diagnóstico poco utilizado y sus criterios se solapaban con la depresión moderada o distimia. También se elimina como TP el explosivo y el ciclotímico, que pasaran ambos al Eje I en el futuro, el primero como trastorno explosivo intermitente y el segundo como trastorno distímico. Desaparece el diagnóstico de personalidad inadecuada que hacía más referencia al nivel funcional del paciente que a la descripción de un patrón conductual claro (Frances, 1980). También desaparece el criterio "*ausencia de malestar psicológico*" para definir a los trastornos de la personalidad. El sistema categorial se mantiene a pesar de la poca especificidad de los criterios para cada diagnóstico, constituido solo por breves descripciones consistentes en una o dos frases que conlleva una pobre fiabilidad y validez.

Con el DSM-III se dan varios cambios, el paradigma pasa de una perspectiva psicoanalítica a una conductual y se triplica el número de páginas con lo que mejoran las descripciones.

---



● Indica que la categoría era discontinua

Figura 1.1.: Historia de Clasificación de los Trastornos de la Personalidad en el DSM. \* En el DSM-III-R no se hizo ningún cambio en la clasificación, únicamente se incluyeron los trastornos del Apéndice A ("Categorías diagnósticas que requieren más investigación"). Tomado de Oldham, Skodol y Bender (2007) Tratado de los trastornos de la personalidad, pág. 6.

Sin embargo, la mayor evolución lo constituye el sistema multiaxial, donde los diferentes diagnósticos y la información recogida se divide en 5 ejes: en el Eje I se codifican los síndromes clínicos, generalmente episódicos y que suelen cursar con remisiones y reagudizaciones. Los trastornos de la personalidad se sitúan en Eje II junto a trastornos del desarrollo, lo que supone un mayor reconocimiento y un estímulo para la investigación.

Referente a la conceptualización y clasificación de los trastornos de la personalidad se producen cambios relevantes, se definen los TPs a partir de los rasgos, entendidos como pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo, que se hacen patentes en un amplio margen de contextos personales y sociales, además las manifestaciones de los TPs son reconocibles generalmente en la adolescencia, o incluso más temprano, y continúan a lo largo de toda la vida adulta. Estos rasgos para que adquieran el carácter de convertirse en TP deben ser inflexibles y desadaptativos, causar incapacitación social significativa, disfunción ocupacional o malestar subjetivo.

Los TPs son agrupados en tres grupos. En el grupo 1 tenemos los llamados raros, extraños o excéntricos y corresponde al Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico. En el grupo 2 se incluyen los considerados teatrales, emotivos o erráticos y son el Histriónico, Narcisista, Límite y Antisocial. En el grupo 3 tenemos los ansiosos o temerosos, y corresponde a los llamados por Evitación, por Dependencia, Compulsivo y Pasivo-Agresivo. Se elimina el Asténico y el Trastorno de la personalidad inadecuada, la Ciclotimia deja de ser un TP y se clasifica como trastorno afectivo, al igual que el Explosivo que se traslada al grupo de trastornos del control de impulsos, ambos en el Eje I. Aparecieron nuevas categorías: por Evitación, por Dependencia, Límite y Narcisista. Se establece la diferenciación entre los TPs por Evitación, Esquizoide y Esquizotípico.

El DSM-III representó un salto significativo en el estudio de los trastornos de la personalidad en el siglo XX, de una primera etapa dominada por las descripciones clínicas influidas por la fenomenología

---

---

clásica y el psicoanálisis, a una segunda etapa donde se sitúan los Trastornos de la Personalidad en el Eje II y se usan criterios diagnósticos.

El DSM-III-R (1987, 1988) presenta unos criterios similares a su predecesor, aquí se pretendió reducir al máximo la influencia de los diferentes modelos y paradigmas teóricos, lo que comporta criterios de diagnóstico descriptivos y uniformemente politéticos. Aparece la clasificación por Clusters (los grupos 1, 2 y 3 son denominados clusters A, B y C respectivamente) y el Apéndice A, donde se colocan trastornos que requieren más investigación, en este caso el Sádico y el Masoquista. Los TP atípicos, mixtos y otros se convierten en "*no especificados*". Además, el DSM-III-R presenta una reformulación de todos los criterios diagnósticos en formato politético, mientras que en el DSM-III había algunos monotéticos.

En el DSM-IV (APA, 1994, 1995) se introduce un conjunto de criterios diagnósticos generales para los TP (Tabla 1.1) que se sintetizan en inicio precoz, duración prolongada, inflexibilidad y carácter dominante junto a deterioro generalizado. El grupo de TP queda reducido a diez, agrupados en los tres grupos establecidos en el DSM-III, estableciendo una categoría residual denominada TP No Especificado, para aquellos casos que no cumplen los criterios específicos de un TP pero si los generales, o bien si el clínico considera que hay un trastorno específico no incluido en la clasificación, como los dos del apéndice B (para estudios posteriores), en este caso el Pasivo-Agresivo que es desplazado del cluster C y el Depresivo. El Autodestructivo (Masoquista) y el Sádico del apéndice del DSM-III-R, se eliminan del Manual por falta de apoyo empírico y su carácter controvertido.

En el DSM-IV las categorías diagnósticas continúan siendo listas de criterios politéticos (sólo es necesario un subconjunto de estos para el diagnóstico) y no hay las categorías distintivas necesarias. Se obtienen así diagnósticos heterogéneos parecidos a colecciones arbitrarias de criterios sin una clara estructura explícita (Livesley y Jang, 2000). Los individuos pueden recibir un mismo diagnóstico por medio de diferentes ítems y compartir pocos, en un caso extremo el TP Obsesivo-Compulsivo pueden dos personas ser diagnosticadas del mismo sin compartir ningún criterio.

---

En el DSM-IV-TR (APA, 2000, 2002) se producen pocos cambios, no obstante, representa un intento de actualización con la nueva información disponible. Los cambios en el Eje II son mínimos y no incorpora nuevas propuestas, reservando éstas para el DSM-5. En el Anexo 2 tenemos los diferentes Trastornos de la Personalidad del DSM-IV-TR y los criterios para su diagnóstico.

Tabla 1.1.

Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad en el DSM-IV.

---

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

- (1) cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
- (2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
- (3) actividad interpersonal
- (4) control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

---

Tomado de DSM-IV-TR (APA, 2002), págs. 769-770.

La reciente aparición del DSM-5 (APA, 2013) no ha supuesto la plasmación de los cambios esperados en lo referente a la clasificación, se mantienen los mismos trastornos y criterios, si cabe destacar la desaparición del Eje II tal como lo conocemos. Se pasa de 5 ejes a 3 ejes (estructura ya utilizada en la CIE-10), En el Eje I se recogen los trastornos

---



---

mentales, los trastornos de la personalidad, el retraso mental y las enfermedades médicas. En el Eje II se recoge una medida de afectación del funcionamiento y en el Eje III se recogen otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica.

#### 1.1.4. Epidemiología de los trastornos de la personalidad.

Los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de la personalidad ofrecen datos dispares ya que hay una gran variedad de métodos de selección de muestras y formas diversas de recogida de datos (Seva, 2003).

Según Roca y Bernardo (1998) la prevalencia global de los trastornos de la personalidad se encuentra entre un 10% y un 13% en la población general, otros autores la sitúan entre un 10-15 % (Pérez, 2004; Moreno y Medina, 2006), aunque cada trastorno particular tiene una prevalencia que suele oscilar entre el 1 y el 3 % (Pérez, 2004).

Echeburúa y de Corral (1999) señalan que la prevalencia de los trastornos de la personalidad se sitúa entre el 6-12 % en la población general y entre un 20-24 % en la población clínica ambulatoria. En población general los más prevalentes son el TP por Dependencia y el Esquizotípico, y en población clínica el Límite. Por sexos en las mujeres son más frecuentes el Límite, por Dependencia e Histriónico y en los hombres el Antisocial, Esquizotípico, Esquizoide y Narcisista.

Zimmerman, Rothschild y Chelminski (2005) examinaron la incidencia de los trastornos de la personalidad del DSM-IV en un grupo de pacientes y su comorbilidad. Se entrevistó a 859 pacientes psiquiátricos ambulatorios con la Entrevista Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del DSM-IV (SCID-II) cuando consultaron en busca de tratamiento. A 270 de ellos (31,4 %) se les diagnosticó uno de los 10 trastornos de la personalidad del DSM-IV, cuando se incluyeron los pacientes con trastorno de la personalidad no especificado, el índice de todos los trastornos aumentó hasta casi la mitad del grupo (n = 391, 45,5 %). A la mayoría de

---

los pacientes que cumplían los criterios de un trastorno específico de la personalidad se les diagnosticó más de un trastorno. Los trastornos de la personalidad por Evitación, Límite y Obsesivo-Compulsivo fueron los diagnósticos específicos más frecuentes.

En el DSM-IV-TR (APA, 2002) encontramos datos sobre la prevalencia de la mayoría de trastornos de la personalidad en población general y clínica, pueden verse en la Tabla 1.2, donde también se hace referencia al estudio sueco de Torgersen (2007) y al de Echeburúa y de Corral (1999), vemos también la mayor prevalencia en función del género.

Tabla 1.2.  
Prevalencias (%) de los Trastornos de la Personalidad  
en función de género y tipo de muestra.

<b>TP DSM-IV</b>	DSM-IV-TR	Torgersen	Echeburúa	H/M	Echeburúa
	PG	PG	PG	PG	MC
Paranoide	0.5-2.5	1-1.5	0.5-2.5	H > M	10-30
Esquizoide	--	0.5-1	0.5-4.5	H > M	1.4-16
Esquizotípico	3	1	3-5	H > M	2-20
Histriónico	2-3	1.5-2	2-3	H < M	2-15
Narcisista	<1	0.5	<1	H > M	2-16
Antisocial	1-3	1.5-2	1-3	H > M	3-30
Límite	2	1-1.5	2-3	H < M	10-40
Evitación	0.5-1	1.2-2.9	0.5-1	H = M	10
Dependencia	--	1-1.5	1.5	H < M	2-22
Obsesivo-Compulsivo	1	2	1	H > M	3-10

PG: Población general, MC: Muestra clínica, H/M: Proporción >=< entre Hombres y Mujeres.

El DSM-5 (APA, 2013) nos ofrece prevalencias mayores en población general, vemos un resumen de datos obtenidos de la National Comorbidity Survey Replication (NCSR) y de la National Epidemic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), así tenemos los siguientes porcentajes: Paranoide (2.3 - 4.4), Esquizoide (3.1 - 4.9), Esquizotípico (0.6 - 4.6), Antisocial (0.2 - 3.3), Límite (1.6 - 5.9), Histriónico (1.84), Narcisista (0 -

6.2), Evitación (2.4), Dependencia (0.49 - 0.6) y Obsesivo-Compulsivo (2.1 - 7.9).

Los trastornos de la personalidad se sitúan, como grupo, entre los trastornos más frecuentes. Deberían evaluarse en todos los pacientes psiquiátricos, dado que su presencia puede influir en el curso clínico y en el tratamiento de los trastornos del Eje I, que constituyen, habitualmente, el principal motivo de consulta.

#### 1.1.5. Críticas a los trastornos de la personalidad según el DSM.

##### 1.1.5.1. El modelo categorial y el modelo dimensional.

Los modelos categoriales son propios del modelo médico, en ellos los signos y síntomas se agrupan en síndromes que constituyen las categorías, asumen que la asignación de pacientes a una categoría diagnóstica resumirá y facilitará la información básica sobre el paciente. Cuando se utiliza este modelo las decisiones del tratamiento se toman en base a la ley del todo o nada, es decir, si el paciente pertenece a una categoría diagnóstica recibe un determinado tratamiento asignado a esa categoría (Aluja, 1987). Son de utilidad para los clínicos que tienen que hacer diagnósticos rápidos, donde la observación de unas características permite inferir las no observables (Millon y Davis, 1998).

Los modelos dimensionales, más propios de la psicología, se interesan en buscar dimensiones que suelen ser utilizadas para evaluar las relaciones entre los sujetos. Estas dimensiones son estimadas a través de ecuaciones lineales combinadas mediante análisis factorial o análisis discriminante. Cada dimensión posee dos polos opuestos de un mismo síntoma o rasgo del cual se puede establecer la gradación en uno o en otro sentido, por ello este modelo lleva implícito un sistema de evaluación cuantitativo, frente a la evaluación cualitativa del modelo categorial (Aluja, 1987).

---

En los estudios sobre psicopatología de la personalidad se encuentra por un lado la psiquiatría que ha venido utilizando un modelo categorial y la psicología de las diferencias individuales que utiliza el modelo dimensional. El solapamiento de diferentes rasgos de personalidad en un único individuo es de suma importancia en el análisis de la personalidad. Mediante la utilización del modelo categorial se pierde información, en cambio el modelo dimensional tiene en cuenta el peso de todos los rasgos posibles, incluso los que no configuran un trastorno de la personalidad. Por otro lado, una ventaja del modelo dimensional, respecto al hecho de disponer de más información del paciente, es que casi siempre lleva implícito un instrumento psicométrico de evaluación.

Los modelos categoriales suelen utilizar sistemas de evaluación poco objetivos y de tipo cualitativo, por ello menos fiables por la cantidad de inferencias necesarias para el diagnóstico, además la clasificación solo puede realizarse de una forma binaria. En cambio los modelos dimensionales incluyen sistemas de medición mediante escalas continuas.

A favor de los modelos dimensionales tenemos el hecho observado que gran parte de los rasgos de personalidad desadaptativos, incluidos en los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad del DSM-IV-TR, están presentes en muchos individuos de la población general que nunca recibirán uno de estos diagnósticos, o lo que es lo mismo, muchos criterios pueden considerarse variantes desadaptativas de rasgos de la población general (Widiger y Costa, 2002; Saulsman y Page, 2004). Se observa también una estructura estable y similar en las dimensiones obtenidas en los diferentes modelos tanto en muestras clínicas como de población general (Livesley, Jang y Vernon, 1998; Clark y Livesley, 2002; O'Connor, 2002).

Dos vías han sido sugeridas para la mejora del sistema categorial del DSM abordadas desde dos ópticas diferentes. Una que aboga netamente por la utilización alternativa del modelo dimensional y otra que propone agotar las posibilidades del modelo categorial en su opción prototípica.

---

#### 1.1.5.2. Modelo prototípico de categorización.

El modelo prototípico de categorización fue propuesto por Wittgenstein (1953) y es defendido por los psicólogos cognitivistas.

En el modelo prototípico los rasgos que definen un miembro de la categoría se consideran únicamente necesarios, pero no suficientes, y los límites se solapan con otras categorías heterogéneas. Además, este modelo inhibe la estereotipificación y flexibiliza la variabilidad dentro del grupo. El modelo prototípico no implica que las categorías se definan arbitrariamente, ya que algunas combinaciones de los rasgos ocurren con más frecuencia que otros y están correlacionados con variables de tratamiento. Los criterios son politéticos y algunos de ellos serían patognomónicos. Los síntomas varían en función de su valor diagnóstico y los miembros difieren en términos de prototypicalidad.

El modelo prototípico de categorización conlleva de forma inherente (Widiger y Frances, 1985):

- Criterios diagnósticos politéticos.
- Aceptación de diagnósticos múltiples.
- Valorar los criterios en función de su importancia diagnóstica.
- Inclusión de una medida de prototypicalidad.

#### 1.1.5.3. Criterios diagnósticos politéticos.

En el modelo categorial clásico cada miembro de la categoría debe poseer todos los rasgos que definen la categoría. En sus expectativas el modelo prototípico es más realista y probabilístico, exigiendo únicamente que los rasgos definitorios estén relacionados con los de pertenencia. Esto incluye heterogeneidad en la definición del síndrome, porque la pertenencia a la categoría puede ser debida a un subconjunto de un número mayor de criterios definitorios.

---

Los criterios politéticos permite incluir síntomas que a menudo, pero no siempre, están presentes; pero que son importantes para el diagnóstico, si los criterios fueran monotéticos sólo se podrían admitir síntomas que estuvieran presentes en cada caso. El acuerdo específico en los criterios monotéticos de los trastornos de la personalidad es difícil de alcanzar, por lo que se puede decir que el uso de criterios politéticos aumenta la fiabilidad del acuerdo diagnóstico. En cambio, en investigación etiológica los criterios monotéticos aportan mayor homogeneidad al ser más restrictivos (Kendall, 1982).

#### 1.1.5.4. Posibilidad de diagnósticos múltiples.

Los diagnósticos múltiples son frecuentes dado que los rasgos de personalidad desadaptativos no son más que variantes extremas de rasgos normales. Varios estudios empíricos han demostrado que cuando los pacientes reúnen los criterios para uno de los trastornos de la personalidad del DSM, es probable que también reúnan criterios para otros trastornos (Frances, Clarkin, Gilmore, Hurt y Brown, 1984; Koenigsberg, Kernberg y Schomer, 1983). Estos rasgos de personalidad desadaptativa no son mutuamente excluyentes, aunque algunas combinaciones serán más probables que otras.

El solapamiento de diagnósticos ha sido un tema controvertido, Kass, Skodal, Charles, Spitzer y Williams (1985) en su estudio presentan una matriz de intercorrelaciones de los trastornos del eje II y se encuentran correlaciones elevadas entre el trastorno de la personalidad Paranoide y el Esquizotípico (.42), entre el Esquizotípico y el Esquizoide (.34) y entre el Dependiente con el Evitador (.43).

#### 1.1.5.5. Valor de criterios en función de la importancia diagnóstica.

La aplicación de los criterios politéticos, por ejemplo, en el TP Límite en el que sólo son necesarios cinco de los ocho criterios para el diagnóstico

---

permite hasta 93 combinaciones diferentes. Por otro lado, en algunas de las combinaciones de estos cinco criterios puede suceder que los síntomas principales no estén presentes. El modelo prototípico contempla este problema y para corregirlo propugna el uso de un estadístico que determine el diferente peso que debe darse a los síntomas. Este estadístico es el valor "*predictivo positivo*". El sistema de pesos es algo complicado puesto que éstos pueden variar en diferentes ocasiones, exige una investigación psicométrica que proporcione datos empíricos, aunque se ha sugerido que se puede confiar en las premisas teóricas, a fin de desarrollar un procedimiento de peso inicial ajustado a un criterio esencial en el trastorno, y luego permitir un peso equivalente para todos los demás criterios opcionales (Widiger y Frances, 1985).

#### 1.1.5.6. Medidas de prototipicalidad.

En el modelo prototípico de categorización se reconoce que cada miembro de una categoría es en sí un miembro prototípico, aunque algunos pacientes serán más típicos de un trastorno que otros. Los criterios politéticos permiten heterogeneidad intragrupo y un solapamiento entre grupos. Tanto en clínica como en investigación esta variabilidad puede corregirse incluyendo en el diagnóstico una medida de grado en el cual el paciente es un miembro prototípico (Widiger y Frances, 1985).

#### 1.1.5.7. Fiabilidad en la clasificación.

A pesar del empleo de criterios fijos y específicos, que han mejorado sustancialmente la fiabilidad del eje II, la fiabilidad del diagnóstico interevaluadores es inferior al eje I (Aluja, 1987). Hay muchas razones que permitirían explicar este problema, incluyendo la dificultad para determinar estados y rasgos y distinguir entre rasgos anormales y normales. Pero probablemente la ausencia de indicadores de conducta claros, que especifiquen los constructos de personalidad, sea el principal inconveniente a que se deba la escasa concordancia. Junto al empleo de indicadores

---

conductuales se ha sugerido el uso de actos prototípicos y añadido de conductas a través del tiempo y las situaciones como elementos correctores de la baja fiabilidad (Frances, 1980; Spitzer, Endicott y Gibbon, 1979; Widiger y Kelso, 1983).

#### 1.1.5.8. Indicadores conductuales.

La cantidad de inferencias implicadas en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad es la mayor causa de la baja fiabilidad en el diagnóstico del eje II. A partir del DSM-III se hizo un esfuerzo en proporcionar criterios operativos con niveles bajos de inferencia, pero esto no se consiguió al aplicarlo a los trastornos de la personalidad, con la única excepción del trastorno antisocial.

A ser posible deberían de poder identificarse conductas observables que representarán lo más objetivamente posible los constructos de personalidad. Toda conducta es indicador válido de una dimensión de personalidad, independientemente de que sea debida a diversas causas o factores de rol o estado. Es necesario emplear muchos indicadores de conducta, independientes entre sí, pero que valorados conjuntamente alcancen niveles de sensibilidad y especificidad aceptables.

Un criterio diagnóstico ideal sería aquel que posee una correlación relativamente alta con la suma de todos los criterios para el diagnóstico menos él mismo, y una correlación promedio relativamente baja con los otros criterios (Epstein, 1983). Si únicamente se seleccionaran criterios que tuvieran correlaciones altas con otros de la misma categoría conseguiríamos una fiabilidad alta, pero una validez baja respecto a la amplitud del constructo.

Un listado de conductas, por sí solo, no posee valor diagnóstico si éstas no están previamente ligadas a un rasgo definido (Rorer y Widiger, 1983). La validez del diagnóstico dependerá de si las conductas representan realmente los trastornos que plantean.

---



#### 1.1.5.9. Actos prototípicos.

Buss y Craik (1984) han propuesto un método que no requiere un listado de todas las conductas posibles o variaciones de rasgo. Los indicadores conductuales dan niveles muy altos de fiabilidad en las conductas que más se ajustaban al prototipo. Esta medida se focaliza en los rasgos centrales de la categoría. Una medida óptima no consideraría un rango completo de conductas, sino que se centraría en actos clave, centrales o prototípicos que representaría el constructo en cuestión. Cada estilo de personalidad estaría representado por una lista limitada de actos prototípicos de fácil identificación que ejemplificarían el constructo.

Shedler y Westen (2004) proponen una descripción de tipo narrativo de un caso prototípico de cada uno de los trastornos de la personalidad, posteriormente el clínico tendría que puntuar de 1 a 5 el grado en que las características del paciente se corresponden con el caso prototípico. Estos autores, a su vez, proponen ampliar el número de características diagnósticas de los diferentes trastornos de la personalidad.

#### 1.1.5.10. Limitaciones del modelo categorial.

Los inconvenientes más citados de los modelos categoriales son la coocurrencia excesiva de diagnósticos, la heterogeneidad de los pacientes con un mismo diagnóstico, la inconsistencia, inestabilidad y arbitrariedad de los límites entre la personalidad normal y la patológica, y una cobertura inadecuada de los diferentes tipos de personalidad desadaptativa (Widiger y Samuel, 2005; Widiger y Mullins-Sweatt, 2007). Por otro lado se produce un elevado número de diagnósticos de la categoría de trastorno de la personalidad no especificado (Verheul y Widiger, 2004).

A nivel clínico puede parecer más sencillo utilizar la clasificación de los modelos categoriales por su claridad y concisión pero su simplicidad proporciona descripciones imprecisas que pueden llevar a conclusiones

---

erróneas (Kass et al., 1985; Maser, Kaelber y Weise, 1991). La clasificación dimensional por dominios o rasgos tiene implicaciones más diferenciadas para planificar las decisiones terapéuticas.

Todo ello hace que se desarrollen propuestas para crear modelos dimensionales que expliquen las dimensiones de la personalidad y su patología, algunos ya se han citado en el apartado anterior, puede verse una revisión en el trabajo de Trull y Durrett (2005).

Los modelos dimensionales de clasificación tienen la ventaja de proporcionar información de rasgos de personalidad tanto desadaptativos como adaptativos, lo cual ofrece una descripción más amplia del paciente con elementos que pueden ayudarnos en el proceso terapéutico (Widiger y Mullins-Sweatt, 2007).

## 1.2. MODELOS DE PERSONALIDAD DIMENSIONALES O DE RASGO.

¿Cuáles son los elementos constitutivos de la personalidad?, después de definir el término personalidad estamos de acuerdo que éste hace referencia a una serie de patrones estables de tipo cognitivo, emocional, motivacional y conductual, que se activan en determinadas circunstancias (Mischel y Shoda, 1995). La mayoría de los teóricos sostienen que son los rasgos las estructuras disposicionales subyacentes a la persona que explican la consistencia de sus conductas.

Allport (1974) define los rasgos como predisposiciones a responder, de manera igual o similar, a diferentes tipos de estímulos, como formas congruentes y duraderas de reaccionar al ambiente. Las características principales de los rasgos según el autor son las siguientes:

- a) Tienen existencia real, existen dentro de cada persona. No son constructos teóricos o etiquetas propuestas para explicar la conducta.
-

- b) Determinan o causan el comportamiento; no surgen sólo en respuesta a estímulos ambientales. Nos motivan a buscar los estímulos apropiados e interactúan con el ambiente para determinar la conducta.
- c) Pueden demostrarse empíricamente. Al observar la conducta en el tiempo, podemos inferir su existencia en la coherencia de las respuestas de una persona a estímulos iguales o similares.
- d) Están interrelacionados; pueden superponerse aun cuando representen características diferentes.
- e) Varían con la situación. Una persona puede mostrar rasgos antagónicos en situaciones diferentes.

Guilford (1959) también aporta algunas características que ayudan a configurar el concepto de rasgo:

- a) Escalable: el rasgo se extiende como un continuum dimensional, derivado de las diferencias individuales, y cada persona se situaría en un punto a lo largo del continuum.
  - b) Unipolar o bipolar: los unipolares van desde un punto cero hasta un quantum y los bipolares tienen dos polos opuestos pasando por cero.
  - c) Grado de universalidad: hay rasgos que serían aplicables a un individuo en concreto y otros rasgos universales.
  - d) Generalidad: unos rasgos pueden encontrarse en todas las conductas de un individuo y otros sólo se encuentran en un número limitado de conductas.
  - e) Organización: a mayor coherencia y estabilidad de los diferentes indicadores del rasgo, mayor organización.
  - f) Independencia-correlación: los rasgos se definen en relación a otros rasgos que configuran la personalidad del individuo, pudiéndose relacionar entre ellos o no.
-

- g) Consistencia y estabilidad: hace referencia al grado de estabilidad temporal y consistencia del rasgo en diferentes situaciones.

**Tabla 1.3.**  
Principios fundamentales de la teoría de los rasgos.

Dimensiones cuantitativas y estables	Fiabilidad y validez	Los rasgos pueden ser evaluados como escalas numéricas, en relación a criterios externos y psicométricos.
	Modelos de factores latentes	Los métodos multivariantes indican la estructura de la personalidad.
	Anormalidad	Lo patológico puede corresponder a los extremos de las dimensiones de los rasgos.
Bases genéticas	Genética conductual	Las influencias genéticas son necesarias para determinar la influencia de parentesco en las similitudes de personalidad.
	Genética molecular	El ADN está relacionado con los fenotipos de personalidad.
	Psicofisiología	La Neurociencia de los modelos de rasgos genera predicciones comprobables.
	Universalidad	Los rasgos corresponden a diferencias individuales en el funcionamiento cerebral evidente en todas las culturas.
Generalidad en la expresión de los rasgos	Consistencia trans-situacional	Los rasgos son expresados en múltiples situaciones y contextos.
	Estudios de laboratorio	Los rasgos son expresados en entornos controlados y tareas psicológicas.
	Resultados consecuentes	Los rasgos son expresados en contextos reales, incluyendo salud, trabajo y relaciones interpersonales.
	Patología	Los rasgos anormales tienen peso suficiente para incrementar la vulnerabilidad a un trastorno.
Interaccionismo	Moderación situacional	Los factores situacionales moderan la expresión de los rasgos.
	Dinámicas de desarrollo	El desarrollo de la personalidad depende de la interacción entre temperamento y ambiente.
	Aplicaciones	Los rasgos pueden relacionarse con puestos de trabajo, terapias y estilos educativos, es decir, pueden producir beneficios en la vida cotidiana.

Tomado de Boyle, Matthews y Saklofske (2008), pág. 4.

En la actualidad la mayoría de investigadores suscriben una serie de presupuestos y principios inherentes a la teoría de rasgos que recogen en su artículo Boyle, Matthews y Saklofske (2008) y que se reflejan en la Tabla 1.3. Por tanto, los rasgos representan disposiciones estables del comportamiento, tendencias a actuar de manera relativamente consistente, y son permanentes a lo largo de la vida, permitirían predecir en parte la conducta, y tendrían un origen biológico que ayudaría a una explicación de los mismos.

La mayoría de estos modelos de rasgo pueden integrarse en una estructura jerárquica común (Markon, Krueger y Watson, 2005), en el artículo de Widiger y Simonsen (2005) se recogen 18 de estas propuestas, algunas se señalan en la Tabla 1.4. donde se reflejan los autores de la propuesta, sus respectivos instrumentos de medida y las dimensiones halladas junto a su agrupación (alineamiento) en amplios dominios.

---

Tabla 1.4.  
Alineamiento de los modelos dimensionales: dominios amplios.

	<b>Primero</b>	<b>Segundo</b>	<b>Tercero</b>	<b>Cuarto</b>	<b>Quinto</b>
DAPP-BQ	-Inhibición	Disocial	Compulsividad	Disregulación emocional	
NEO-PI-R	Extraversión	Antagonismo	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura
SNAP y MPQ	Afectividad positiva	(Afectividad negativa)	Restricción	Afectividad negativa	
PSY-5	Emotividad positiva	<i>Agresividad</i>	Restricción	Emotividad negativa	<i>Psicoticismo</i>
IPC	Acción Afilicación				
MCFI-III	-Retraimiento	Agresividad	Restricción	Neuroticismo	
EPQ y EPP	Extraversión	Psicoticismo		Neuroticismo	
ZKPQ	<i>Sociabilidad</i>	<i>Agresividad-Hostilidad</i>	-Impulsividad	Neuroticismo	
PAS	-Retraimiento	<i>Antisocial-Dependiente</i>		<i>Inhibición</i>	
Siever y Davis	<i>(-Inhibición)</i>	<i>Agresividad-Impulsividad</i>		Inestabilidad afectiva Ansiedad/Inhibición	Cognitivo / Perceptivo
TCI		-Cooperación Dependencia de la recompensa	<i>Persistencia</i> Autodirección <i>- Búsqueda de novedad</i>	<i>Evitación del daño</i>	<i>Auto-trascendencia</i>

Notas: Las escalas del IPC, EPQ y EPP, Siever y Davis y TCI están descentradas porque se sitúan entre los dominios definidos por las columnas contiguas. Las cursivas corresponden a dominios menos amplios. Las que están entre paréntesis porque están más estrechamente relacionadas con otro dominio. Las que tiene delante el símbolo – porque están orientadas en las dirección opuesta a las otras escalas. DAPP-BQ: Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire de Livesley (2003), NEO-PI-R: NEO Personality Inventory – Revised de Costa y McCrae (1992), SNAP: Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality de Clark (en prensa), MPQ: Multidimensional Personality Questionnaire de Tellegen y Waller (1987), PSY-5: Personality Psychopathology-5 de Harkness y McNulty (1994), IPC: Interpersonal Circumplex Measure de Wiggins (2003), MCFI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory – III de Millon et al. (1996), EPQ: Eysenck Personality Questionnaire y EPP: Eysenck Personality Profiler ambos de Eysenck (1987), ZKPQ: Zuckerman Khulman Personality Questionnaire de Zuckerman (2002), Siever y Davis (1991) no señala instrumento, TCI: Temperament and Character Inventory de Cloninger (2000). Tomado de Widiger y Simonsen (2005), pág. 114.

### 1.2.1. El Modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad (MCGF).

La más amplia solución aceptada para explicar la estructura de la personalidad corresponde al modelo de los Cinco Grandes Factores (McCrae y Costa, 2008), que describe los rasgos entendidos como adjetivos que siguen una curva normal para explicar las diferencias individuales.

Este modelo considera el lenguaje una fuente fiable de datos relativos a las características que pueden definir y construir la personalidad humana. De los miles de adjetivos que describen el comportamiento y las características de las personas muchos se solapan a nivel semántico o están muy relacionados, el análisis factorial permite agruparlos consiguiendo soluciones de tres, cuatro, cinco o dieciséis factores.

Los rasgos además de describir la personalidad permiten predecir el comportamiento futuro y la adaptación al medio, por ello no sólo los psicólogos que estudian las diferencias individuales trabajan con el MCGF, también es justo mencionar un importante desarrollo del modelo en el campo de la psicología evolutiva y del desarrollo (Kohnstamm, Halverson, Mervielde y Havill, 1998), la psicología educativa (McCrae, 1987), la psicología transcultural (McCrae y Allik, 2002), la psicología industrial y de las organizaciones (Costa, McCrae y Holland, 1984; Judge, Higgins, Thoresen y Barrick, 1999) y la psicología clínica (Costa y McCrae, 1992c; Singer, 2005).

#### 1.2.1.1. Desarrollo histórico del MCGF.

El modelo de los Cinco Grandes Factores de personalidad ha adquirido un gran auge en la actualidad, no ha sido tan brillante su historia. El primero en proponer, hace ochenta años, que la personalidad podría ser ampliamente conceptualizada en términos de cinco grandes factores distintos e independientes, fue McDougall en 1932; a su vez Thurstone en 1934 informó que mediante análisis factorial de 60 adjetivos, que reflejaban

---

rasgos de personalidad, se obtenían cinco factores independientes (Digman, 2002).

El modelo deriva de dos líneas de investigación en personalidad, la tradición psicoléxica y la psicométrica (McCrae y John, 1992; John y Srivastava, 1999).

La tradición psicoléxica parte de la idea expresada por Allport y Odbert (1936) consistente en que los conceptos más relevantes para describir la personalidad están en el lenguaje común, en aquellas expresiones que las personas han encontrado importantes y útiles para describir sus interacciones y distinguir el comportamiento de una persona respecto a otra. El supuesto básico de la aproximación léxica es que aquellas diferencias individuales que son más destacadas y socialmente relevantes en la vida de las personas, han quedado codificadas en sus respectivos lenguajes naturales, cuanto más importante es esta diferencia más probable es que se exprese con una palabra (Goldberg, 1981).

Tomando como fuente el diccionario de la lengua inglesa obtuvieron 18.000 términos que agruparon, según el criterio de jueces, en cuatro categorías: rasgos de personalidad, estados de ánimo temporales, juicios y opiniones, y finalmente una categoría residual que incluía características físicas, capacidades y talentos que no podrían incluirse en las otras tres. Se redujeron a 4.000 términos que Cattell (1943) agrupó en 35 grupos o clusters, eliminó algunos y añadió otros, y también con la ayuda de jueces construyó un conjunto amplio de escalas, que serían las precursoras de sus futuros 16 factores de personalidad.

Varias razones motivaron que estos estudios cayeran en el olvido entre las décadas de los 40 a los 80, donde autores como Fiske (1949), Tupes y Christal (1961), Borgatta (1964), y Norman y Goldberg (1966) intentan corroborar el modelo pero no van más allá, aunque llegan a conclusiones similares de forma independiente y sin resultados preconcebidos, obteniendo estructuras de cinco factores.

---



Entre las razones de este olvido podemos encontrar las críticas que recibió la aproximación estructural de la personalidad (Mischel, 1968), las dificultades técnicas para los cálculos, un mayor interés por el fenómeno interpersonal que por las diferencias individuales, el auge de la psicología conductista, junto a la pugna entre los modelos de Cattell (16 factores), Eysenck (3 factores) y Guilford, que con la misma metodología alcanzaban resultados diferentes.

Norman (1963) consigue replicar en una muestra diferente los mismos resultados y da nombre a los factores: I. Extraversión o Surgencia, II. Amabilidad, III. Responsabilidad, IV. Estabilidad emocional y V. Cultura. A partir de aquí se han sucedido una lista de autores, que van desde Norman hasta McCrae y Costa, que han profundizado en este modelo (Norman, 1967; Borgatta, 1964; Wiggins, 1979; Peabody y Goldberg, 1987; Goldberg, 1992; McCrae y Costa, 1985; Angleitner, Ostendorf y John, 1990; Jackson, Paunomen, Fraboni y Goffin, 1996; Vassend y Skrandal, 1995).

El modelo se va consolidando y proliferan estudios que permiten una validación transcultural como en Filipinas (Guthrie y Bennett, 1971), Japón (Bond, Nakazato y Shiraishi, 1975), China (Yang y Bond, 1990), y en Europa, en Alemania (Borkenau y Ostendorf, 1990), Holanda (Hofstee, Kiers, De Raad y Goldberg, 1997), Italia (Caprara y Perugini, 1994) y España (Silva, Avia, Sanz, Martínez-Arias, Graña y Sánchez-Bernardos, 1994), y en todos ellos se encuentra la misma estructura factorial.

La tradición psicométrica parte de los trabajos de Eysenck (1947) que inicialmente identifica dos dimensiones: Extraversión (E) y Neuroticismo (N). Costa y McCrae (1980) añaden la Apertura a la experiencia (O), y posteriormente en 1985 Amabilidad (A) y Responsabilidad (C). Neuroticismo correspondería a baja Estabilidad emocional y Apertura a la experiencia es una variante del factor V (Cultura) de Norman (McCrae y John, 1992).

---

**Tabla 1.5.**  
Los Cinco Grandes y las dimensiones de similar amplitud en cuestionarios y en modelos de personalidad y comportamiento interpersonal (adaptado de Pervin, 1984).

Autores	<b>Extraversión</b> <b>(I)</b>	<b>Amabilidad</b> <b>(II)</b>	<b>Responsabilidad</b> <b>(III)</b>	<b>Neuroticismo</b> <b>(IV)</b>	<b>Apertura a la experiencia</b> <b>(V)</b>
Bales	Dominancia/ Iniciativa	Orientación Social- emocional	Tarea de orientación		-----
Block	Bajo control		Alto control		Resiliencia(-)
Buss & Plomin	Actividad	-----	Impulsividad(-)	Emocionalidad	-----
Cattell	Exvia (vs. Invia)	Pathemia (vs. Cortertia)	Fuerza del Superyó	Ajuste(-) (vs. Ansiedad)	Independencia
Comrey	Extraversión Actividad	Feminidad (vs. Masculinidad)	Orden y Conformidad social	Estabilidad(-) emocional	Rebeldía
Eysenck	Extraversión		Psicoticismo	Neuroticismo	-----
Gough (CPI) <i>Vectores</i> <i>Escalas</i>	Externalidad Sociabilidad	Feminidad	A favor de normas A favor de normas	Autorrealización(-) Bienestar(-)	Logros por vía independiente
Guilford	Actividad social	Disposición paranoide(-)	Pensamientos de introversión	Estabilidad emocional(-)	-----
Hogan	Sociabilidad	Agradable	Prudencia	Ajuste(-)	Inteligencia
Jackson	Extraversión Liderazgo	Orientación autoprotectora (-)	Orientación al trabajo	Dependencia (-)	Estético - Intelectual
MMPI	Histriónico	Paranoide(-)	Compulsivo	Límite	Esquizotípico
Myers-Briggs	Extraversión	Sentimientos (vs. Pensar)	Juiciosos (vs. Perceptivos)	-----	Intuición (vs. Sentido)
Tellegen		Emocionalidad positiva	Represión	Emocionalidad negativa	Concentración
Wiggins	Dominancia	Cuidar	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura

(-) indica una dirección inversa a la del factor de los Cinco Grandes. Tomado de John, Naumann y Soto (2008), pág. 115.

Uno de los puntos fuertes del modelo es que puede capturar, con un amplio nivel de abstracción, los rasgos comunes de varias clasificaciones de personalidad de un amplio número de autores como recoge la Tabla 1.5 tomada de la amplia revisión de Pervin recogida por John, Naumann y Soto (2008).

En la década de los 90 ya es un modelo ampliamente aceptado y que se consolida a través de investigaciones que determinan su consistencia y generalización (Wiggins y Pincus, 1992), el grado de heredabilidad de los rasgos (Jang, Livesley y Vernon, 1966; Bouchard y Loehlin, 2001; Yamagata, Suzuki, Ando, Ono, Kijima, Yosimura, Ostendorf, Angleitner, Riemann, Spinath, Livesley y Jang, 2006), su nivel de estabilidad temporal en estudios longitudinales (Costa y McCrae, 1992b; Roberts y DelVecchio, 2000; Terracciano, Costa y McCrae, 2006) y su consistencia transcultural (Schmitt, Allik, McCrae, Benet-Martínez et al., 2007). Además los rasgos son buenos predictores de patrones de conducta (McCrae y Costa, 2003).

Como señala Tous (1995) el MCGF tiene tres claras ventajas:

- a) integra un amplio conjunto de constructos de personalidad, facilita la intercomunicación entre investigadores de diferentes enfoques.
- b) es un modelo comprensivo que facilita la exploración de las relaciones entre personalidad y otros fenómenos.
- c) es eficiente, ya que permite una descripción suficiente de la estructura de la personalidad entre el modelo PEN de Eysenck y el de 16 factores de Cattell.

#### 1.2.1.2. Instrumentos para medir los cinco grandes.

Son muchos los instrumentos desarrollados a partir del modelo léxico con el objetivo de evaluar los cinco grandes. Entre los instrumentos de autoevaluación de la personalidad más destacados podemos encontrar:

- El NEO-PI-R de Costa y McCrae (1992a) y que desarrollaremos ampliamente más adelante al ser un instrumento utilizado en nuestro estudio.

- Marcadores de Goldberg (1992). Este autor propone dos instrumentos, uno basado en 50 adjetivos bipolares y otro en 100 adjetivos unipolares. Estos adjetivos se agrupan en torno a los cinco factores que definen la personalidad: Estabilidad emocional, Extraversión, Intelecto, Amabilidad y Responsabilidad. También ha propuesto las escalas IPIP (Goldberg, 1999).

---

- BFQ (Big Five Questionnaire; Caprara, Barbanelli, Borgogni y Perugini, 1993). Evalúa cinco factores denominados Energía, Afabilidad, Tesón, Estabilidad emocional y Apertura mental; en cada uno de los cuales se han identificado dos subdimensiones que hacen referencia a distintos aspectos de la propia dimensión.

- HPI (Hogan Personality Inventory; Hogan, 1986). Cuestionario de 310 ítems que organiza los rasgos en seis escalas: Ajuste (bajo Neuroticismo), Prudencia (Responsabilidad), Intelectualidad (Apertura - Intelecto), Simpatía (Amabilidad), Sociabilidad y Ambición (Extraversión).

- FFPI (Five Factor Personality Inventory; De Raad, 2000; Hendriks, Hofstee y De Raad, 1999). El instrumento consta de 100 ítems, 20 por cada una de las cinco escalas.

A parte de los mencionados y con el fin de no extendernos remitimos al lector a la revisión de Widiger y Trull (1997) donde se muestran otros cuestionarios para medir los Cinco Factores de personalidad: el *Interpersonal Adjective Scales-Big Five* (IASR-B5) de Trapnell y Wiggins, el PSY-5 de Harkness y McNulty, el "*Five-Factor Nonverbal Personality Questionnaire*" (FF-NPQ) de Paunonen, Ashton y Jackson.

Los Cinco Grandes también se pueden medir a partir del análisis factorial del EPI (*Eysenck Personality Inventory*) de Eysenck, el PRF (*Personality Research Form*) de Jackson, el MBTI (*Myers-Briggs Type Indicator*) de Myers y McCauley, y el 16PF de Cattell, entre otros.

Puede tener interés para tareas de investigación y/o "screening" versiones cortas como el NEO-FFI y el NEO-FFI-R que se analizan más adelante, o el BFI (*Big Five Inventory* de John y Srivastava, 1999) de 44 ítems. Destacar dos instrumentos de 10 ítems: el TIPI de (Gosling, Rentfrow y Swann, 2003) y el BFI-10 (Rammstedt y John, 2007).

---

### 1.2.1.3. NEO-PI-R.

El Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R) de Costa y McCrae (1992a) es uno de los instrumentos más utilizados en la actualidad para medir los cinco grandes factores o dimensiones de personalidad en diferentes ámbitos de la psicología aplicada. Los autores revisan los orígenes y evolución de su cuestionario (Costa y McCrae, 2008). A mediados de los 70 iniciaron su investigación sobre Neuroticismo, Extraversión y Apertura a la experiencia, en 1985 se añadió las medidas de Amabilidad y Responsabilidad para culminar con la publicación del NEO-PI (Costa y McCrae, 1985), se trataba de un cuestionario autoadministrado de 181 ítems distribuidos entre las cinco dimensiones a evaluar. Existen estudios en muestras españolas que reproducían la estructura factorial de las dimensiones y facetas estudiadas, mostrando un buen comportamiento del instrumento (Silva et al., 1994).

Tabla 1.6.

Facetas del NEO-PI-R para cada dimensión.

<b>NEUROTICISMO</b>	<b>EXTRAVERSION</b>	<b>APERTURA</b>	<b>AMABILIDAD</b>	<b>RESPONSABILIDAD</b>
Ansiedad	Cordialidad	Fantasía	Confianza	Competencia
Hostilidad-Enfado	Gregarismo	Estética	Sinceridad	Orden
Depresión	Asertividad	Sentimientos	Altruismo	Sentido del deber
Ansiedad social	Actividad	Acciones	Actitud conciliadora	Necesidad de éxito
Impulsividad	Búsqueda de emociones	Ideas	Modestia	Autodisciplina
Vulnerabilidad	Emociones positivas	Valores	Sensibilidad a los otros	Deliberación

Posteriormente introdujeron facetas en las dimensiones de Amabilidad y Responsabilidad dando lugar al NEO-PI-R, las dimensiones y facetas evaluadas pueden verse en la Tabla 1.6. Las facetas permiten una valoración más detallada, midiendo rasgos específicos dentro de cada una de las cinco dimensiones (Costa y McCrae, 1992a). Esta estrategia de valorar diferentes facetas permite matizar el contenido de cada dimensión, ofreciendo una descripción particularizada de los cinco grandes factores de

personalidad. Más recientemente algunos cambios en los ítems han aumentado la consistencia interna y la fiabilidad del instrumento dando lugar al NEO-PI-3 (McCrae, Martin y Costa, 2005).

Para desarrollar el instrumento NEO-PI-R, Costa y McCrae (1992a) tuvieron presentes una serie de aspectos, como son: a) ordenar los rasgos de manera jerárquica y analizarlos todos, los más amplios (factores) y los más específicos (facetras); b) elegir los rasgos de personalidad a partir de los encontrados en la literatura psicológica; c) constituir los ítems de manera racional, ya que suponen que los sujetos quieren responder con sinceridad; d) hacer que los ítems respondan a unos principios psicométricos básicos: igual número de ítems con redacción positiva que negativa, controlar la aquiescencia, ponderación de los ítems en una única escala y análisis factorial para la selección de los ítems; e) contar con formas paralelas de aplicación del cuestionario: forma S (autoinforme), forma R (informe de una 3ª persona); y f) estudiar la confirmación de la validez de constructo.

#### 1.2.1.3.1. Validez y Fiabilidad del NEO-PI-R.

El NEO-PI-R parece ser un instrumento apropiado para ser utilizado en diversas poblaciones. Las correlaciones entre las escalas de personalidad y variables como la edad, el sexo y los años de formación son bajas, lo que indica que las puntuaciones del NEO-PI-R son independientes de las variables demográficas. Estudios longitudinales demuestran la relativa estabilidad de los niveles medios de los rasgos a medida que aumenta la edad, las diferencias por sexo y nivel educativo también se manifiestan poco significativas. Aunque la Apertura es el único factor que muestra cierta asociación consistente con los años de formación las correlaciones no son tan altas como para que la Apertura deba considerarse como un aspecto de la inteligencia (Costa y McCrae, 1992a).

---

#### 1.2.1.3.1.1. Validez convergente y discriminante de la facetas.

Las facetas de un mismo factor deben tener correlaciones altas para poder confirmar su validez convergente, pero también deben presentar relaciones diferenciales con las facetas de los otros factores para poder constatar la validez discriminante. Costa y McCrae (1992a) hablan de diferentes estudios en los que han analizado sistemáticamente la validez convergente y discriminante de las 30 facetas del NEO-PI-R.

Para constatar la validez convergente, Costa y McCrae exponen las correlaciones de las facetas del NEO-PI-R con constructos similares de otros instrumentos. Así, las facetas de Extraversión correlacionan con la escala E del Eysenck Personality Questionnaire (EPQ, Eysenck y Eysenck, 1975) y las facetas de Neuroticismo correlacionan con la escala N del mismo cuestionario, la faceta N1 (Ansiedad) correlaciona con la ansiedad medida por el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Spielberger, 1979) y A1 (Confianza) correlaciona positivamente con la escala de Confianza del Inventario de Estilo Interpersonal (Lorr, 1986). Además, en una investigación correlacionaron cada faceta del NEO-PI-R con 116 escalas diferentes de 12 inventarios, observando la existencia de 150 correlaciones y casi la mitad eran superiores a 0.50. Estos datos confirman la validez convergente de las facetas del NEO-PI-R. Para estudiar la validez discriminante, Costa y McCrae (1992a) parten del formulario de Personalidad de Jackson (PRF: Personality Research Form, 1984) y de la Lista de Adjetivos (Adjective Check List – ACL) de Gough y Heilbrun (1983) donde encontraron bastantes correlaciones significativas con cada faceta del NEO-PI-R.

#### 1.2.1.3.1.2. Validez externa.

Costa y McCrae (1992a) calcularon las correlaciones entre diferentes tipos de observadores respecto a las escalas de los 5 factores y las 30 facetas del NEO-PI-R, obtuvieron correlaciones positivas y significativas

---

entre las calificaciones de los compañeros y los autoinformes, y entre los autoinformes y las calificaciones de las parejas.

#### 1.2.1.3.1.3. Validez de constructo.

Costa y McCrae (1992a) explican la validez de constructo a partir de diferentes estudios que muestran la capacidad de predicción de las escalas del NEO-PI-R. Criterios como el bienestar psicológico de los altos en Extraversión y bajos en Neuroticismo, también altos en Amabilidad y Responsabilidad (Costa y McCrae, 1980). Elevada Extraversión puntúa alto en Amor (filiación) y Estatus (dominancia) y la Amabilidad correlaciona con alto Amor y bajo Estatus (IAS-R, Wiggins, Trapnell y Phillips, 1988). La creatividad y pensamiento divergente donde la puntuación de Vocabulario de la Escala WAIS de Wechsler (1955) y la Escala de Personalidad Creativa de Gough (1979) se asocian significativamente con las seis facetas de Apertura. Los mecanismos de afrontamiento y defensas inadecuados se han relacionado con alto Neuroticismo, y las necesidades y motivaciones se han relacionado con los cinco factores en el Inventario "*Personality Research Form*" (PRF) de Jackson (1984).

Además, Costa y McCrae (1992a) pusieron de manifiesto otras asociaciones que apoyan la validez de constructo de las escalas del NEO-PI-R, estableciendo relación con medidas de temperamento, proyectos personales y rendimiento en el trabajo.

#### 1.2.1.3.1.4. Fiabilidad del NEO-PI-R.

La fiabilidad fue calculada a partir de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach (Cronbach, 1951) y del test-retest. Los resultados mostraron que los ítems de una escala correlacionaban entre sí, ya que medían la misma variable, y se obtuvieron valores de consistencia interna de las facetas entre 0.86 y 0.95 en el NEO-PI-R.

---



Según Costa y McCrae (1992a), la fiabilidad test-retest del NEO-PI-R ha sido bien estudiada en un largo periodo de tiempo, a partir de un estudio longitudinal de seis años sobre las escalas N, E y O. Los resultados muestran coeficientes de estabilidad situados entre 0.68 y 0.83, tanto en los autoinformes como en las calificaciones de las parejas. Por otra parte, se aplicó un retest en una versión reducida de las escalas A y C donde los coeficientes de estabilidad se encontraron entre 0.63 y 0.79, pasados tres años, con ello se demuestra que los rasgos de personalidad se mantienen bastante estables a lo largo del tiempo.

En el estudio original para el índice de fiabilidad de consistencia interna se encuentran valores de alfa aceptables para los cinco factores principales situados entre 0.86 y 0.93 (Costa y McCrae, 1992a), y valores algo más bajos, como cabe esperar, para las facetas, con coeficientes entre 0.56 y 0.87. Respecto a la fiabilidad test-retest, para este instrumento se realizaron también medidas retest al cabo de dos años, obteniendo valores de entre 0.83 y 0.91 (McCrae, Yik, Trapnell, Bond y Paulhus, 1998).

#### 1.2.1.3.1.5. Estructura factorial del NEO-PI-R.

Costa y McCrae (1992a) sometieron a análisis factorial exploratorio las 30 facetas del NEO-PI-R, para comprobar que este cuestionario representa el modelo de los Cinco Grandes Factores de personalidad. Cuando se valoraron los cinco componentes principales de la matriz rotada Varimax se constató que se ajustaban claramente los cinco factores buscados, ya que las correlaciones con las escalas y los factores extraídos N, E, O, A y C fueron respectivamente de 0.91, 0.89, 0.95, 0.95 y 0.89.

Parker, Bagby y Summerfeldt (1993) realizaron un estudio a partir de los datos para ver si el análisis confirmatorio proporcionaba en las treinta facetas del NEO-PI-R los mismos resultados que el análisis exploratorio. Además, se aplicó el análisis confirmatorio a cinco modelos y en ninguno de ellos resultó una aproximación satisfactoria a los datos obtenidos en el análisis del NEO-PI-R. Se encontraron correlaciones moderadas entre las

---

facetas de diferentes factores y concluyen que el modelo confirmatorio no es adecuado para valorar las cinco dimensiones de la personalidad, ya que incluso cuando se modifican los cinco factores para permitir seleccionar las facetas que cargan en más de un factor, los resultados muestran un pobre ajuste a los datos.

Vassend y Skrandal (1997) a partir de un estudio que hicieron de la versión noruega del NEO-PI-R, nos aportan más información sobre este tipo de análisis, ya que ellos emplearon los análisis exploratorio (EFA) y confirmatorio (CFA) para analizar los factores. Los resultados indicaron que con el análisis exploratorio los coeficientes de los factores eran muy altos y comparables con los resultados americanos, pero con el análisis confirmatorio ninguno de los resultados obtenidos se podía confirmar. Por este motivo y, aunque el análisis factorial confirmatorio se ha ido incorporando a la investigación en personalidad, los ajustes son habitualmente insatisfactorios.

A partir de estos estudios se puede sugerir que el análisis de factores confirmatorio no es adecuado para evaluar la estructura de la personalidad.

#### 1.2.1.3.1. Adaptación del NEO-PI-R por TEA.

TEA es una empresa española de selección de personal que ha hecho un estudio de adaptación y validación del NEO-PI-R (TEA, 1999). De los resultados en los estudios de validez se desprende que cada faceta carga principalmente sobre el propio factor, y que hay relaciones muy significativas entre las facetas de un mismo factor y pocas entre facetas de diferentes factores. Los resultados no difieren por género. En cuanto a la fiabilidad los coeficientes alfa obtenidos en la muestra de TEA ( $n = 2.000$ ) presentan una estructura muy similar a la de los estudios originales, y aunque que los índices sean algo más bajos en ciertas ocasiones se consideran como aceptables. Para los factores O, C, E, A, N salen índices de fiabilidad de 0.82, 0.88, 0.84, 0.83 y 0.90, respectivamente. Las facetas de Neuroticismo oscilan entre valores de 0.56 y 0.76, las de Extraversión entre

---

0.53 y 0.72, las de Apertura entre 0.35 y 0.76, las de Amabilidad entre 0.44 y 0.66, y las facetas de Responsabilidad entre 0.52 y 0.72.

En el estudio de TEA realizaron un análisis de componentes principales con rotación Varimax, con el total de la muestra, que les permitió confirmar la existencia de cinco grandes dimensiones o factores de personalidad. Obteniendo resultados muy similares a los encontrados en los estudios originales de Costa y McCrae (1992a).

También se han calculado los índices de congruencia entre los factores originales y los del estudio TEA que reflejan la estructura original. Los índice entre los factores son: Neuroticismo y Amabilidad, 0.98; Extraversión, 0.94; Apertura, 0.96 y Responsabilidad 0.97.

Por lo que respecta a traducciones y validaciones en población española, existen varias publicaciones que reflejan la validez y consistencia de la versión española de TEA (1999).

Aluja, García y García (2002; 2004) tradujeron y validaron el cuestionario en población española encontrando igualmente buenas propiedades psicométricas. Dichos autores matizan algunas diferencias en las medias de dos de las dimensiones (Neuroticismo y Responsabilidad) obtenidas en la muestra española respecto a la muestra original americana, pero, sobre todo, en lo que respecta a las medias informadas por TEA Ediciones. Concluyen que las diferencias pueden deberse a que la baremación autorizada española se realizó con muestras provenientes de la selección de personal. Al comparar las medias de sujetos de la población general con los de la selección de personal, los segundos puntúan mucho menos en Neuroticismo y mucho más en Responsabilidad, Amabilidad y Extraversión (Birkeland, Manson, Kisamore, Brannick y Smith, 2006).

La distorsión positiva tiende a disminuir las medias en Neuroticismo y a aumentar las de Amabilidad y Responsabilidad (Aluja, Blanch, Solé, Dolcet y Gallart, 2008), estos autores presentan datos normativos con voluntarios anónimos de una muestra de universitarios y de la población general. Sanz

---

y García-Vera (2009) utilizan voluntarios de la población general española, es decir, en un contexto de deseabilidad social baja, lo que implica que estos baremos se ajustan probablemente mejor al perfil estadísticamente medio de la población española.

#### 1.2.1.4. El NEO-FFI.

El Inventario NEO-FFI es una versión con 60 elementos de la Forma S del NEO-PI, que ofrece una medida rápida y general de los cinco factores de la personalidad. Consta de cinco dimensiones medidas con doce ítems, los de mayor peso factorial, teniendo en cuenta el equilibrio entre pesos negativos y positivos. No ofrece información específica de las facetas de cada factor y las escalas abreviadas tienen propiedades psicométricas inferiores a las correspondientes del NEO-PI. Las versiones reducidas son muy útiles en investigación, sobre todo en las que es necesaria la administración de varios cuestionarios.

En el análisis de componentes principales, a partir de la rotación Varimax y Oblicua, en los análisis exploratorio y confirmatorio, se reveló como los rasgos de N, A y C estaban coherentemente representados en los factores principales, los factores O y E, en cambio, no mostraron tanta estabilidad o consistencia. Egan, Deary y Austin (2000) piensan que es debido a que el NEO-FFI, aunque sea un instrumento rápido y útil para medir los rasgos de personalidad, es demasiado prematuro y habría que mejorarlo antes de ser empleado como medida de los cinco rasgos independientes de personalidad.

#### 1.2.1.5. NEO-FFI-R.

Después de que el NEO-FFI mostrara su validación en diferentes lenguas y en gran número de contextos, Egan et al. (2000) plantearon la necesidad de hacer una revisión al test. Cinco de los ítems de E y tres de O tenían cargas inferiores al 0.30 sobre sus factores y cargaban alto en otros

---

factores. Costa y McCrae (2004) analizaron el instrumento y concluyeron que de los sesenta ítems del NEO-FFI había catorce que habían de ser sustituidos (23.3%). Buscaron los nuevos ítems a partir de los 180 ítems del NEO-PI-R que no se habían utilizado en el NEO-FFI, de esta manera los nuevos ítems cumplían las propiedades psicométricas.

Los criterios seguidos en la selección de estos nuevos ítems en el NEO-FFI-R fueron cuatro: a) minimizar los efectos de la aquiescencia, b) incrementar las correlaciones con las puntuaciones de los factores del NEO-PI-R, c) diversificar el contenido de los ítems, y d) incrementar la comprensión de los ítems (Costa y McCrae, 2004). Aluja, García, Rossier y García (2005) comprobaron en un estudio con muestras españolas y suizas la mejora de las propiedades psicométricas del NEO-FFI-R, en cuanto a la estructura de los factores. El NEO-FFI-R se muestra como un instrumento válido y útil en una variedad de contextos y culturas.

#### 1.2.1.6. Estudios transculturales.

El Modelo de los Cinco Grandes Factores (MCGF) es muy consistente y generalizable a diferentes contextos socio-culturales, independientemente del instrumento utilizado en su medida, no obstante, el NEO-PI-R ha sido el instrumento más traducido a diferentes idiomas y el más estudiado desde la vertiente transcultural (Wiggins y Pincus, 1992; McCrae y Allik, 2002).

El NEO-PI-R se ha traducido a más de treinta lenguas, como son: español, portugués, italiano, holandés, alemán, húngaro, croata y ruso, y también a lenguas como el chino, filipino, turco y coreano, entre otras. Los estudios hechos de estas traducciones demuestran que se encuentra una estructura de los factores del NEO-PI-R muy similar en las diferentes lenguas y culturas, sugiriendo que esta estructura puede ser universal (Kallasmaa, Allik, Real y McCrae, 2000). Aunque las diferentes culturas muestran diferencias, hay evidencias de la unidad en el funcionamiento psicológico humano y el valor universal de los cinco factores. De Raad (1994) constata como estudios realizados en inglés, italiano, alemán,

---

húngaro, holandés y castellano, muestran la replicabilidad de todos los factores.

McCrae y Allik (2002) muestran los coeficientes de congruencia de los cinco factores, comparando una muestra de Estados Unidos con muestras de quince países. Se puede observar el alto índice de congruencia en todos los factores (la media de congruencia de los factores de la muestra americana con el resto de muestras oscila entre 0.90 y 0.96), ello prueba la replicabilidad transcultural del modelo.

Para la versión abreviada NEO-FFI tenemos estudios transculturales, realizados en población alemana (Borkenau y Ostendorf, 1993; Schmitz, Hartkamp, Baldini, Rollnik y Tress; 2001) que muestran valores alfa entre 0.66 y 0.85, coeficientes similares a los que se encuentran en poblaciones de Reino Unido (Egan et al., 2000) y de la Republica Checa (Hrebícková, Urbánek, Cermák, Szarota, Fickova, y Orlická, 2002). Otros ejemplos los tenemos en las adaptaciones al holandés (Borkenau y Ostendorf, 1993), alemán (Hoekstra, Ormel y De Fruyt, 1996), francés (Rolland, Parker y Stumpf, 1998) o polaco (Zawadzki, Strelau, Szczepaniak y Sliwiska, 1998).

En nuestro medio los únicos estudios transculturales publicados con el NEO-FFI-R han sido en población suiza y española (Aluja et al., 2005).

#### 1.2.1.7. Aplicabilidad del NEO-PI-R.

Si se considera el modelo de los Cinco Factores como la base para una adecuada representación de la estructura de la personalidad y, además, se considera el NEO-PI-R como una medida adecuada de estos rasgos, se sugieren muchas aplicaciones potenciales del modelo y de este inventario de personalidad.

---

El test NEO-PI-R ha demostrado su aplicación en diferentes áreas o disciplinas, destacando en Psicología Clínica y Psiquiatría, Psicología Industrial y Organizacional, Psicología Educativa e Investigación.

En referencia a la Psicología Educativa cabe mencionar que dos de los factores del NEO-PI-R, Apertura y Responsabilidad, parecen tener interés en esta área (McCrae, 1987): Apertura se relaciona con la inteligencia, el pensamiento divergente y creatividad, y Responsabilidad correlaciona con mejores resultados académicos. Piedmont (1993) en estudios con enseñantes, sugiere que el estrés lleva al llamado "*burnout*" o sensación de "*sentirse quemado*" y ello está relacionado con cualidades permanentes del individuo. Los resultados de Piedmont confirman que las disposiciones de personalidad como Neuroticismo (alto), Amabilidad (bajo) y Responsabilidad (alto) juegan un papel importante en la predicción de los niveles de "*burnout*". Fontana y Abouserie (1993) también realizaron una investigación sobre el nivel de estrés y las dimensiones de la personalidad en un grupo de profesores, establecen que las dimensiones de la personalidad son más indicadoras del nivel de estrés que las variables de edad y género.

El área en que se han realizado y se realizan más estudios relacionados con el NEO-PI-R es el área de la patología de la personalidad. Un ejemplo se encuentra en Avia y Sánchez Bernardos (1995), que hablan de utilizar el modelo de los Cinco Grandes para diagnosticar trastornos de la personalidad. Observan como el Neuroticismo y la Introversión (Extraversión en negativo) se relacionan con muchos trastornos de la personalidad y la Apertura no se relaciona con ninguna patología; la Amabilidad y la Responsabilidad también se relacionan negativamente con algunos trastornos.

En orientación y selección profesional los rasgos de personalidad se relacionan con los intereses vocacionales, especialmente Extraversión y Apertura a la experiencia (Costa et al., 1984; Marshall, De Fruyt, Rolland y Bagby, 2005; De Fruyt, Aluja, García, Rolland y Jung, 2006). Los individuos con puntuaciones altas en Extraversión preferirán y serán mejores en ocupaciones sociales, y las personas con alta Apertura a la experiencia

---

preferirán y serán aptos para empleos artísticos y de investigación. La dimensión Responsabilidad está relacionada con el rendimiento y adaptación al trabajo, ya que valora el esfuerzo y la constancia de las personas.

Samuel y Widiger (2006) también habla de la utilidad de los Cinco Factores de personalidad en el ámbito de la Psicología clínica y en el consejo ("*counselling*"). El comentario con el paciente de los resultados del NEO-PI-R puede constituir un primer paso útil en muchos abordajes. Por otro lado el NEO-PI-R ha abierto vías de integración con las prácticas de psicoterapia (Miller, 1991), además de aportar información útil para conocer al paciente, proporciona una información valiosa en el pronóstico del sujeto y en su probable respuesta a la terapia. Se ha demostrado que, tanto los que puntúan bajo en N (Neuroticismo) como los que puntúan alto con C (Responsabilidad), suelen obtener mejores resultados, los sujetos con N alta y C baja responden peor a la psicoterapia (Matthews, Saklofske, Costa, Deary y Zeidner, 1998).

#### 1.2.1.8. Descripción de las dimensiones del NEO-PI-R.

A continuación vamos a ver el significado de las diferentes dimensiones medidas en el NEO-PI-R (Costa y Widiger, 2002) y algunos potenciales problemas cuando sus puntuaciones son extremas en ambos lados del continuum (Widiger, Costa y McCrae, 2002), para las respectivas facetas de cada dimensión remitimos al lector al Anexo 3.

##### 1.2.1.8.1. Neuroticismo (N).

Este factor está relacionado con la vida emocional del sujeto. Las personas con puntuaciones elevadas muestran afecto crónicamente negativo, lo que incluye ansiedad, miedos, tensión, irritabilidad, enfado, abatimiento, desesperanza, culpa y vergüenza. Muestran dificultades para inhibir impulsos, tienen creencias irracionales y expectativas poco realistas, son muy perfeccionistas consigo mismos, albergan pesimismo injustificado,

---



quejas somáticas infundadas, se sienten desamparados y dependientes de los otros, a los que pueden necesitar para la toma de decisiones. Muestran hipersensibilidad emocional y les cuesta volver a la normalidad tras experiencias de fuerte carga emocional. Puntajes muy bajos pueden mostrar sujetos con una pobre respuesta ante potenciales problemas de salud o de ajuste social, exhiben indiferencia emocional; aquí también tendríamos personas estables, calmadas, tranquilas y poco emotivas.

#### 1.2.1.8.2. Extraversión (E).

Mide el grado de sociabilidad, la preferencia del sujeto por estar solo o acompañado, la facilidad para experimentar emociones positivas o tener entusiasmo y energía. Los sujetos con elevadas puntuaciones son habladores, con preferencia por los grupos y las reuniones, activos y asertivos, les gusta la excitación, de carácter alegre y son emprendedores. El introvertido típico es reservado socialmente, se muestra distante excepto con los amigos íntimos, suele ser previsor y desconfía de los impulsos del momento. No le gusta la diversión bulliciosa y disfruta de un modo de vida ordenado, solitario y reservado.

#### 1.2.1.8.3. Apertura a la experiencia (O).

Esta dimensión mide el grado en que los sujetos buscan experiencias nuevas junto al placer por lo desconocido y su experimentación. Las personas que puntúan alto están abiertas e interesadas en el mundo exterior e interior, curiosas, creativas y tolerantes, tienden a la fantasía y a tener emociones y pensamientos "no-ortodoxos", apasionadas por las vanguardias artísticas y los viajes, no les disgustan las ideas y valores nuevos. En el extremo inferior encontraríamos personas convencionales, vulgares, de intereses limitados, simples o superficiales que suelen seguir los caminos marcados.

---

Una puntuación extrema en el polo alto podría sugerir pensamientos excéntricos y peculiares, preocupaciones fantasiosas y ensoñaciones. En el polo bajo podríamos tener dificultades para adaptarse a los cambios personales y sociales, poca tolerancia a puntos de vista diferentes, intereses reducidos, alexitimia, insensibilidad hacia el arte y la belleza, con excesivo conformismo a la autoridad.

#### 1.2.1.8.4. Amabilidad (A).

Hace referencia a la interacción social y a las respuestas que se ofrecen a los demás. Los sujetos con elevadas puntuaciones suelen ser altruistas, empáticos y cordiales, además de creer, en general, que los otros se comportan de la misma manera, fieles, gentiles, serviciales, generosos y colaboradores. En el polo opuesto tenemos personas egocéntricas, desagradecidas, antipáticas, frías e insensibles, suspicaces ante las intenciones de los demás y capaces de manipular al otro sin demasiados escrúpulos.

Problemas potenciales en puntuaciones extremas en la franja alta corresponderían a personas excesivamente candorosas, crédulas y generosas en detrimento de sus propios intereses, poco hábiles para posicionarse y luchar ante un conflicto. En el polo inverso podríamos encontrar personas cínicas y con pensamiento paranoide, pendencieras, mentirosas, poco consideradas con familiares y amigos, poco respetuosas con las convenciones sociales y con problemas con la ley, arrogantes y con un grandioso sentido de sí mismas.

#### 1.2.1.8.5. Responsabilidad (C).

La dimensión de Responsabilidad mide el grado de organización, persistencia, control y motivación del sujeto en la conducta que está dirigida a objetivos. En el polo alto nos muestra personas voluntariosas, decididas, organizadas, cuidadosas, reflexivas, eficientes y fiables, suelen respetar las

---

normas y son capaces de controlar sus impulsos de manera exitosa. En el otro extremo las personas suelen ser más descuidadas en sus objetivos, con dificultades para organizarse, frívolas, irresponsables, menos rigurosas y con poca capacidad para controlar sus impulsos.

En el extremo superior como potenciales problemas tendríamos la adicción al trabajo, personas que rinden más de lo esperado hasta el punto de excluir intereses personales y sociales, compulsivos incluyendo excesivo orden, limpieza y atención a los detalles, rígidos, autodisciplinados, con dificultades para relajarse, poco espontáneos y escrupulosos en aspectos morales. Las personas con puntuación extrema inferior rinden por debajo de lo exigido sin llegar a satisfacer su potencial intelectual o artístico, presentan un pobre rendimiento académico a pesar de sus habilidades, desprecian sus responsabilidades pareciendo desconcertados y sin objetivos personales ni ocupacionales.

#### 1.2.2. El Modelo psicobiológico de los "Cinco Alternativos" de Zuckerman.

El modelo de Zuckerman se sitúa en la tradición iniciada por Eysenck (1967) de los modelos biológico-factoriales de la personalidad. Aparece como una respuesta a las críticas a los modelos factoriales de tradición léxica y postula las condiciones que debería tener un rasgo o dimensión de personalidad (Zuckerman, 1992). Un factor principal de personalidad tiene que: *a.- ser identificado a través de varios métodos, géneros y edades, b.- ser heredable al menos de forma moderada, c.- identificar tipos similares de rasgos de comportamiento en las especies no humanas, y d.- asociarse a marcadores de tipo biológico.*

El modelo convencional de los cinco factores, de tradición léxica, no había ido mucho más allá de la primera de estas condiciones (Zuckerman, 1992). A lo largo de sus investigaciones llega a determinar cinco factores que para diferenciarlos se conocen como los "Cinco Alternativos" (Zuckerman, Kuhlman y Camac, 1988; Zuckerman, Kuhlman, Teta, Joireman y Kraft, 1993): Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no

---

socializada (ImpSS), Neuroticismo–Ansiedad (N-Anx), Agresividad–Hostilidad (Agg-Host), Actividad (Act) y Sociabilidad (Sy).

#### 1.2.2.1. Desarrollo histórico del modelo de Zuckerman.

En la década de los sesenta y en experimentos sobre privación sensorial se evidenció que las personas se angustiaban de forma diferente ante estas situaciones. Algunas encontraban la privación sensorial muy desagradable y solicitaban material sensorial o abandonaban pronto el experimento, a estas personas que parecían tolerar peor la privación los llamó buscadores de sensaciones (Zuckerman, Levine y Biase, 1964). Se percataron que este comportamiento no era solo propio del laboratorio sino también de sus vidas cotidianas (Zuckerman y Haber, 1965; Biase y Zuckerman, 1967).

Se elaboró un cuestionario para medir el grado en que una persona necesitaba experiencias nuevas y excitantes, y el grado en que disfrutaba con las emociones y excitación asociadas con ellas. Una primera versión apareció en la década de los sesenta (Zuckerman, Kolin, Price y Zoob, 1964) y pretendía proporcionar una medida de las diferencias individuales respecto al nivel óptimo de estimulación y “*arousal*”.

Posteriormente Zuckerman (1994) define este rasgo de personalidad, al que llama, Búsqueda de sensaciones (Sensation Seeking) como la “*búsqueda de experiencias y sensaciones intensas, novedosas, variadas y complejas, voluntad de experimentarlas y participar en experiencias que comporten riesgos físicos, sociales, legales o financieros*”.

Las diferentes investigaciones y estudios llevaron a una quinta versión del cuestionario (Sensation Seeking Scale – Forma V) (Zuckerman, Eysenck y Eysenck, 1978) ampliamente usado en múltiples investigaciones y diversos ámbitos (Haynes, Miles y Clements, 2000). Los análisis factoriales determinaron la existencia de cuatro subescalas:

---

- a.- Búsqueda de aventura y riesgo.
- b.- Búsqueda de experiencias.
- c.- Desinhibición.
- d.- Susceptibilidad al aburrimiento.

Los diferentes modelos de personalidad de la época ofrecían algunas discrepancias en sus formulaciones que se describen en Zuckerman et al. (1988). Los factores con el mismo nombre no obtenían una correlación muy potente (Neuroticismo y Extraversión entre Eysenck y los Cinco Grandes de Costa y McCrae). Otras dimensiones se situaban en un mismo factor de otro modelo (Amabilidad y Responsabilidad de Costa y McCrae en relación inversa con Psicoticismo de Eysenck). Un mismo factor cargaba en dos factores de otro modelo (Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada de Zuckerman con Psicoticismo y Extraversión de Eysenck). Algunos autores sugerían que algún factor no debería considerarse propio de personalidad (Apertura a la experiencia, Intelecto o Cultura).

Zuckerman et al. (1988) realizaron diversos análisis factoriales con 46 escalas de 8 cuestionarios que median rasgos de personalidad utilizados en la investigación psicobiológica (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ; Emotionality-Activity-Sociability-Impulsivity, EASY de Buss y Plomin; Karolinska Scales of Personality, KSP de Klinerberg et al.; Sensation Seeking Scale, SSS de Zuckerman; Strelau Temperament Inventory, STI; California Personality Inventory, CPI; Jackson Personality Inventory, JPI; y Personality Research Form de Jackson, PRF) obteniendo soluciones de 3, 5 y 7 factores.

Aunque la solución de 3 o 5 factores es igualmente robusta se decide por la de 5 factores por considerar que ofrece más especificidad para desarrollar la investigación y el desarrollo de pruebas en este campo (Zuckerman, Kuhlman, Thornquist y Kiers, 1991) configurando el modelo de los "*Cinco Alternativos*", modelo con una base más empírica y correlatos biológicos de sus dimensiones.

Se realizan varios estudios (Zuckerman et al., 1993) para elaborar el Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman hasta llegar a su

---

tercera versión (ZKPQ-III). Posteriormente se compara con las escalas de otros dos modelos (tri-factorial de Eysenck y Cinco Grandes de Costa y McCrae) utilizando el análisis factorial vemos que Extraversión y Neuroticismo son bastante similares en los tres modelos, aunque hay diferencias en sus componentes. Extraversión incluye Sociabilidad (Sy) y Actividad (Act). El Psicoticismo de Eysenck abarca un factor que incluye Responsabilidad de los Cinco Grandes y Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS) del ZKPQ. Amabilidad y Agresividad - Hostilidad (Agg-Host) formarían el cuarto factor. Vemos que en cuatro de los cinco factores de los dos modelos hay un alto grado de convergencia, quedaría fuera Apertura a la experiencia de Costa y McCrae.

#### 1.2.2.2. El Modelo de los "Cinco Alternativos" de Zuckerman.

Veamos con detalle en los siguientes apartados las cinco dimensiones propuestas por el autor y que mide su cuestionario (Zuckerman, 1991, 2002), aunque inicialmente se desarrolló sin facetas los análisis factoriales posteriores revelaron la existencia de dos facetas en tres de los cinco factores.

##### 1.2.2.2.1. Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS).

Tras diversas reformulaciones de este concepto, Zuckerman (1994) propuso como última definición la siguiente: "*Búsqueda de experiencias y sensaciones intensas, nuevas, variadas y complejas, con la voluntad de experimentar y participar en experiencias que comporten riesgo físico, social, legal o financiero*". Esta dimensión se caracterizaría por una tendencia a actuar sin planificar las acciones y actuar impulsivamente sin haber pensado en las consecuencias, junto a la búsqueda de sensaciones que describe una necesidad de excitación, una preferencia por situaciones en las que el resultado es impredecible, emociones fuertes y amigos imprevisibles, además de deseos de cambio y novedad. Esta dimensión incorpora aspectos de la Impulsividad de Gray y del Psicoticismo de

---

Eysenck. La componen 2 facetas diferenciadas: Impulsividad y Búsqueda de sensaciones.

#### 1.2.2.2.2. Neuroticismo – Ansiedad (N-Anx).

La preocupación emocional, tensión, miedos, indecisiones, obsesión, arranques emocionales, falta de confianza en uno mismo y sensibilidad a las críticas. El principal aspecto de esta dimensión de personalidad es la frecuencia con la que sienten estados afectivos de connotación negativa incluyendo sentimientos de ansiedad, depresión y hostilidad.

#### 1.2.2.2.3. Agresividad - Hostilidad (Agg-Host).

Es una combinación de la disposición a expresarse de forma agresiva y grosera, ruda y desconsiderada, muestra conducta antisocial, venganza y malicia. En el extremo alto tenemos a sujetos rencorosos y vengativos, irritables y que tienden a impacientarse ante los otros. En el polo opuesto, disposición a ser agradable y cordial, y desarrollar un trato amable con las personas.

#### 1.2.2.2.4. Sociabilidad (Sy).

Hace referencia al número de amigos y contactos sociales, y a las ganas de estar con ellos, el gusto por las fiestas y realizar actividades con los demás en contraposición a realizarlas a solas. Zuckerman considera esta dimensión una mezcla de la Extraversión de Eysenck, donde predominan los componentes de actividad y sociabilidad, y de la dimensión de Búsqueda de recompensa de Gray. Se diferencian dos facetas: Amistad y Sociabilidad por un lado e Intolerancia a la soledad por otro.

---

#### 1.2.2.2.5. Actividad (Act).

Es una combinación de dos subfactores. Uno lo constituye la necesidad de actividad general con impaciencia y nerviosismo cuando no hay nada que hacer y escasa habilidad para relajarse. El otro la preferencia por los trabajos duros o que supongan un reto, serían sujetos enérgicos ante el trabajo y en todas las actividades que emprenden. En este caso también las dos facetas diferentes se denominan: Actividad general y Esfuerzo por el trabajo.

#### 1.2.2.3.- Bases biológicas.

Inicialmente para la dimensión Búsqueda de sensaciones Zuckerman propuso un modelo de "arousal" basado en la idea de un nivel óptimo de activación o estimulación para explicar las diferencias individuales en este rasgo. Posteriormente presenta un modelo psicobiológico complejo (Zuckerman, 1984; 1989; 1994) que incluye la interacción de monoaminas, enzimas, metabolitos y determinados sistemas cerebrales y queda sintetizado en la Figura 1.2.

Fulker, Eysenck y Zuckerman (1980) analizaron las contribuciones genéticas y ambientales al rasgo de Búsqueda de sensaciones en una muestra de gemelos y los resultados indicaron una heredabilidad del 58%. En cuanto a las facetas entre el 48% y 66% de la varianza puede ser explicada por factores genéticos, sin diferencias de género en las magnitudes de los efectos de factores genéticos o ambientales (Koopmans, Boomsma, Heath y van Doornen, 1995).

La influencia de la enzima Monoaminoxidasa (MAO), sobre todo en su forma B, que es predominante en el cerebro, interviene en la regulación de la acción de varios neurotransmisores como la dopamina, serotonina y noradrenalina (Zuckerman y Kuhlman, 2000). Por ello, los bajos niveles de MAO-B, que regula básicamente los niveles de dopamina están vinculados a la búsqueda de sensaciones, sociabilidad, desinhibición e impulsividad. La

---



MAO-A está más involucrada en la regulación de la serotonina y la noradrenalina (Murphy, Aulack, Garrick y Sunderland, 1987).

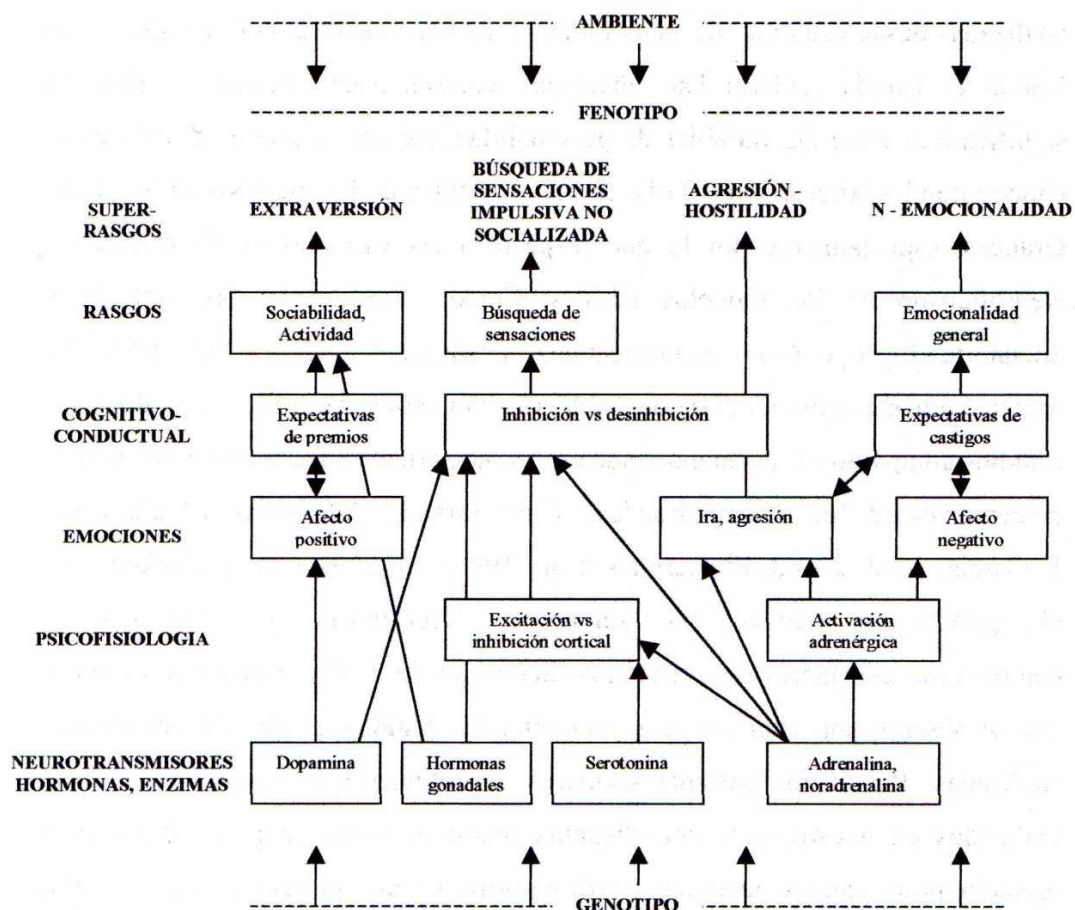


Figura 1.2. Modelo Psicobiológico de la personalidad de Zuckerman tal y como él lo representa gráficamente (Zuckerman, 1991) pág. 88.

A partir de la literatura científica que condensa los múltiples estudios sobre las funciones de los sistemas monoaminérgicos del cerebro y su relación con los tres mecanismos básicos de conducta, Zuckerman (Zuckerman y Kuhlman, 2000) concluye, de forma general, que:

- Los mecanismos de exploración y aproximación a estímulos nuevos estarían controlados por los niveles de dopamina del sistema mesolímbico dopaminérgico. Además, los mecanismos de aproximación a estímulos nuevos también estarían potenciados por las hormonas gonadales a través de su efecto sobre la MAO-B.

· El mecanismo de inhibición conductual estaría controlado por el sistema serotoninérgico originado en el núcleo medial de Rafe y que asciende hacia estructuras límbicas y del neocórtex.

· El Sistema de Activación (Arousal) estaría controlado por el sistema noradrenérgico dorsal tegmental, originado en el locus coeruleus y que asciende por las estructuras del sistema límbico hasta prácticamente todo el neocórtex.

Una representación de ello puede verse en la Figura 1.3. que muestra las dimensiones Sociabilidad (Sy), Búsqueda de sensaciones – Impulsividad no socializada (ImpSS) y Neuroticismo – Ansiedad (N-Anx), y los mecanismos de conducta subyacentes (aproximación, inhibición y activación) junto a neurotransmisores, enzimas y hormonas involucradas.

No es objeto de este trabajo realizar una revisión exhaustiva sobre las muchas evidencias disponibles (por ejemplo: Ballenger, Post, Jimerson, Lake, Murphy, Zuckerman y Cronin, 1983; Virkkunen, Rawlings, Tokola, Poland, Guidotti, Nemeroff, Bissette, Kalogeras, Karonen y Linnoila, 1994; Kruesi, Rapaport, Hambuerger, Hibbs, Potter, Lename y Brown, 1990) sobre las bases biológicas de las dimensiones propuestas por Zuckerman.

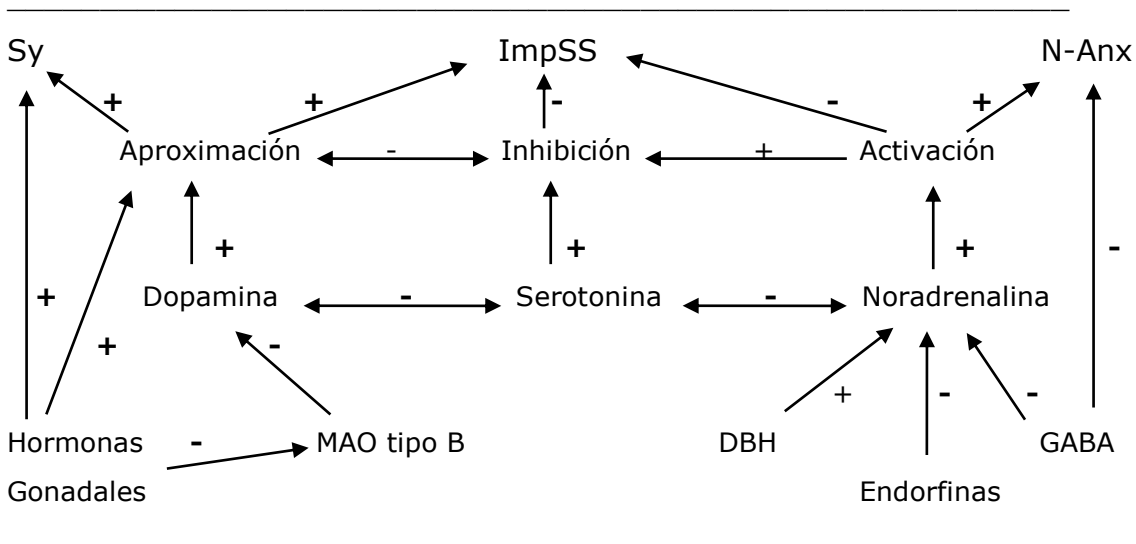


Figura 1.3. Modelo Psicofarmacológico de la personalidad de Zuckerman. Las interacciones con efecto agonista (+) y antagonista (-). MAO = Monoamino oxidasa. DHB = Dopamina-B-Hidroxilasa GABA = Ácido gamma amino butírico. Tomado de Zuckerman (1991, 2005) pág. 270.

También destacar que se han desarrollado trabajos que apoyan en animales la relación de los neurotransmisores con conductas directamente relacionadas con aspectos de la personalidad (Bardo, Donehew y Harrington, 1996; Dellu, Piazza, Mayo, Le Moal y Simon 1996; Soubrie, 1986; Zuckerman 1994).

#### 1.2.2.4. Instrumentos.

La primera escala de Búsqueda de Sensaciones, en su quinta versión, (SSS-V; Zuckerman et al., 1978) consta de 40 ítems. El instrumento proporciona una puntuación general y cuatro facetas con 10 ítems cada una: Búsqueda de emoción y aventura, Búsqueda de excitación, Desinhibición, y Susceptibilidad al aburrimiento. La consistencia interna de la escala varía de 0.83 a 0.86 y la de sus facetas de 0.56 a 0.82 (Zuckerman et al., 1978), disponemos de la adaptación al español de Pérez y Torrubia (1986) con resultados similares en cuanto a fiabilidad y validez a la población anglosajona (Inglaterra, EEUU, Canadá y Australia).

Como hemos visto en el apartado anterior las diferentes soluciones factoriales estudiadas por el propio Zuckerman et al. (1988) dieron lugar a su instrumento de medida, el Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire -ZKPQ- (Zuckerman et al., 1993). Seguirán adaptaciones a diferentes latitudes y lenguajes, versiones cortas y desarrollos posteriores que analizaremos a continuación.

##### 1.2.2.4.1. Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ).

En un estudio posterior (Zuckerman et al., 1993) del análisis factorial de todos los ítems, de los cuestionarios utilizados, se seleccionan 20 ítems de cada uno de los cinco factores, se reescriben y se administran a una nueva muestra. Los datos obtenidos se vuelven a analizar, obteniendo que 90 de estos ítems cargaban por encima de 0.30 en el factor esperado, después de eliminar uno de ellos, que cargaba en uno de los factores no

---

esperado, y añadir 10 ítems para una escala de Infrecuencia, se llega a la versión final del Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ-III-R). Este incluirá 99 ítems con un formato de respuesta dicotómica de tipo verdadero/falso, y con la siguiente distribución de ítems por escalas:

- Búsqueda de sensaciones – Impulsividad no socializada: 19 ítems.
- Neuroticismo-Ansiedad: 19 ítems.
- Agresividad-Hostilidad: 17 ítems.
- Actividad: 17 ítems.
- Sociabilidad: 17 ítems.
- Infrecuencia: 10 ítems.

La consistencia interna es aceptable para todas las escalas con unos valores alfa que oscilan entre 0.72 y 0.86.

En España se realizan estudios de validación en los que se reproducen las estructuras factoriales obteniendo altos coeficientes de congruencia con las estructuras americanas y similares coeficientes de consistencia interna. En lengua castellana (Aluja, García y García, 2003; Gutiérrez-Zotes, Ramos y Saiz, 2001; Herrero, Viña, González, Ibáñez y Peñate, 2001) y lengua catalana (Goma-i-Freixanet, Valero, Puntí y Zuckerman, 2004). La validez de este cuestionario queda también reforzada por estudios de correlación entre la versión del cuestionario autoadministrado y la versión heteroaplicada a esposas/maridos o personas que conozcan bien al sujeto. Así, Goma-i-Freixanet, Wismeijer y Valero (2005) informan de correlaciones de entre 0.47 y 0.63 entre ambas versiones.

La validez concurrente puede verse en algunos estudios que se han llevado a cabo con sujetos con problemas de adicción a la cocaína y realizando predicciones del proceso terapéutico (Ball, 1995), con muestras clínicas de diversa psicopatología (Gomà-i-Freixanet, Soler, Valero, Pascual y Pérez, 2008; Thornquist y Zuckerman, 1995; O'Sullivan, Zuckerman y Kraft, 1996) y con personas que llevan a cabo conductas de riesgo (O'Sullivan, Zuckerman y Kraft, 1998; Zuckerman y Kuhlman, 2000).

---

---

Los estudios transculturales nos permiten ver la reproducción de resultados en otras culturas. El ZKPQ ha sido adaptado y validado en diferentes países y varios idiomas: China (Wu, Wang, Du, Li, Jiang y Wang, 2000), Alemania (Ostendorf y Angleitner, 1994), Italia (De Pascalis y Russo, 2003), Japón (Shiomi, Kuhlman, Zuckerman, Joireman, Sato y Yata, 1996).

Aluja, Kuhlman y Zuckerman (2010) han desarrollado un nuevo cuestionario basado en el constructo teórico del Modelo los Cinco Factores Alternativos de Personalidad, el Zuckerman–Kuhlman–Aluja Personality Questionnaire (ZKA-PQ). Este cuestionario consta de 200 ítems, seleccionados de una base de 537 ítems, para medir los cinco factores del constructo donde se han desarrollado 4 facetas para cada factor con 10 ítems por faceta. El formato de respuesta lo constituye una escala Likert de 4 puntos. Se han modificado algunos nombres de los factores y facetas quedando como sigue:

SS. Búsqueda de sensaciones:

- SS1. (Búsqueda de emoción y aventura).
- SS2. (Búsqueda de experiencias).
- SS3. (Desinhibición).
- SS4. (Susceptibilidad al aburrimiento / Impulsividad).

NE. Neuroticismo:

- NE1. (Ansiedad).
- NE2. (Depresión).
- NE3. (Dependencia).
- NE4. (Baja autoestima).

AG. Agresividad:

- AG1. (Agresión física).
- AG2. (Agresión verbal).
- AG3. (Enfado).
- AG4. (Hostilidad).

EX. Extraversión:

- EX1. (Emociones positivas).
- EX2. (Calidez social).
- EX3. (Exhibicionismo).
- EX4. (Sociabilidad).

AC. Actividad:

- AC1. (Compulsión por el trabajo).
  - AC2. (Actividad general).
  - AC3. (Inquietud).
  - AC4. (Energía por el trabajo).
-

#### 1.2.2.4.2. Versiones reducidas: El ZKPQ-50-CC.

Se han realizado varias versiones abreviadas del ZKPQ, la primera consta de 35 ítems y fue desarrollada por el propio Zuckerman (2002). Tenía 7 ítems por cada una de las escalas y los valores de consistencia interna se encontraban entre 0.62 y 0.79.

Una segunda versión abreviada fue diseñada por Aluja et al. (2003) seleccionando 69 ítems a partir de los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio. Estos autores informan de unos valores alfa de consistencia interna similares a los hallados para la versión íntegra, con valores entre 0.74 y 0.81.

A partir de esta versión los mismos autores vieron la posibilidad de reducir el número de ítems, llegando así a una tercera versión más corta de tan solo 50 ítems (10 ítems por escala). Esta versión (el ZKPQ-50-CC) se desarrolló a partir de muestras de cuatro lenguas diferentes: Alemán, Castellano (España), Francés (Suiza) e Inglés (Estados Unidos). Los resultados indican que la misma estructura factorial se reprodujo en los cuatro idiomas con unos índices de congruencia superiores a 0.90 (Aluja, Rossier, García, Angleitner, Khulman y Zuckerman, 2006).

Los datos obtenidos por el ZKPQ-50-CC para la muestra española presentaban una distribución normal. Los valores del coeficiente alfa oscilaron entre 0.66 y 0.79. Los resultados del análisis confirmatorio muestran que los 50 ítems se relacionaban con su propia escala.

Respecto a la validez transcultural, los coeficientes de congruencia indicaron que la misma estructura se reproducía perfectamente en los cuatro países analizados, lo que demuestra la validez transcultural del ZKPQ-50-CC.

---

La utilidad en investigación y en la práctica clínica de versiones reducidas es clara ya que disminuyen el tiempo de administración y corrección. Por tanto, y debido a las buenas propiedades psicométricas del ZKPQ-50-CC, sus ventajas prácticas y el hecho de que el protocolo de esta investigación incluye diversas medidas con otros instrumentos, se ha optado por utilizar el ZKPQ-50-CC en este estudio.

### 1.2.3. El Modelo psicobiológico de Cloninger.

A diferencia de los modelos derivados de la aproximación léxica, otros modelos estructurales de personalidad se fundamentan en las bases biológicas subyacentes a las dimensiones propuestas. Estos modelos recogen el camino desarrollado por Eysenck (1967), Gray (1982, 1987) y Depue (1996). Uno de los más destacados y utilizados en la práctica clínica es el desarrollado por Robert C. Cloninger (Cloninger, 1987a; Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993a; Cloninger, 2004) que evalúa siete dimensiones, cuatro de ellas de temperamento y tres de carácter. Su último instrumento es el "*Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado*" (TCI-R) y es el que utilizaremos en este trabajo.

Este modelo ha mostrado una gran aplicabilidad clínica por su carácter comprensivo, pues intenta integrar el sustrato biológico de la personalidad, en gran parte heredado, con los elementos sobreañadidos durante el desarrollo y por la experiencia socio-cultural. Permite acercar paradigmas aparentemente antagónicos, como son los biológicos, los conductuales o los psicodinámicos, además busca distinguir la personalidad normal de la patológica, sirviendo a su vez para describir la personalidad normal (Mateos Agut, Ruíz Molina y de la Gandara, 2001). Cloninger trató de construir una teoría de la personalidad desde una perspectiva explicativa o causal y, sobre todo, que fuese predictiva.

Cloninger ha ido avanzando en la comprensión de la personalidad y desarrolla su teoría a lo largo de tres fases. La primera fue un periodo en el que se centró en el temperamento y en la que consideraba que la

---

personalidad podía ser conceptualizada en términos de las diferencias individuales en la percepción de las sensaciones físicas. En la segunda etapa se produce una expansión, y empieza a considerar el "self" como la combinación del temperamento y el carácter, componentes que se acercarían al dualismo cuerpo-mente. El carácter se correspondería con los procesos cognitivos que regulan los instintos emocionales básicos. En el tercer periodo, el más reciente y el que más críticas está suscitando, Cloninger se refiere a la "*coherencia del ser*", que implica la integración del cuerpo, mente y espíritu. Coherencia que se define como la unidad de las funciones en todos los aspectos del ser humano (Bayón, 2006).

#### 1.2.3.1. Desarrollo histórico del modelo de Cloninger.

Cloninger empezó sus estudios sobre la estructura de la personalidad desarrollando un modelo general para explicar las diferencias entre pacientes con trastorno de somatización y trastorno de ansiedad generalizada (Cloninger, 1986), encontrando en los primeros rasgos impulsivo-agresivos (ansiedad somática) mientras que los segundos tenían rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva (ansiedad cognitiva).

El modelo de personalidad de Cloninger intenta integrar el substrato biológico de la personalidad con el desarrollo producto de la experiencia y el aprendizaje socio-cultural. Cloninger no sólo pretende superar las discrepancias en el estudio de la personalidad por lo que tiene que ver con lo biológico y lo ambiental, también intenta superar las discusiones entre las descripciones dimensionales y categoriales de la personalidad, sobre todo en lo que se refiere al diagnóstico de los trastornos de la personalidad.

La práctica clínica, ya sea en la intervención farmacológica como en la psico-social o conductual, tiene un carácter inespecífico que parece regirse mucho más por una comprensión dimensional que por la categorial utilizada para el diagnóstico. Los fármacos son utilizados para tratar síntomas que son comunes a varias categorías diagnósticas, y las técnicas psicoterapéuticas se aplican de igual manera (Bayón y Cloninger, 1998).

---



Lo que propone Cloninger es una nueva forma de clasificar que permita evaluar a todas las personas que se ven en la práctica clínica, y que también describa la personalidad normal. Define un número limitado de dimensiones capaces de dar explicación a todos los fenómenos observados, y en las que los sujetos se situarían en un punto determinado. Propone un grupo de factores con un gran peso genético en su origen y relacionados con módulos y sistemas identificables en el cerebro. Estos interactúan con múltiples factores sociales y ambientales durante el desarrollo para influir en la conducta final (Mateos Agut et al., 2001).

Partiendo de las ideas de Eysenck, y aceptando que la personalidad puede ser descrita por un número reducido de dimensiones, Cloninger (Cloninger et al., 1993a) describe algunas objeciones a los modelos de personalidad previos como el propio de Eysenck o el de los "*Cinco Grandes*", estas son:

a.- El contenido de los factores es heterogéneo ya que los elementos que componen las dimensiones de un determinado modelo, pueden estar repartidas entre las dimensiones de otro modelo, o estar descritas solo parcialmente.

b.- El contenido de los factores es clínicamente heterogéneo como puede verse en la dimensión Neuroticismo, en la que los rasgos inherentes a la personalidad están contaminados por elementos procedentes de un grupo de síntomas, como son la angustia, la hostilidad o la depresión.

c.- El contenido de los factores es etiológicamente heterogéneo, así cuando se aplican drogas ansiolíticas, bajan las puntuaciones en la escala Neuroticismo, pero también en Introversión, lo que apunta hacia que ambas dimensiones no son etiológicamente independientes, sino que comparten determinantes biológicos.

d.- Su escasa utilidad clínica al no poder captar algunos aspectos de la personalidad que son importantes para describir los trastornos de la personalidad, como son la autonomía individual, los valores morales, y otros aspectos relacionados con la madurez y la auto-directividad.

Ante todo lo anterior y queriendo solucionar los aspectos descritos, Cloninger plantea que la estructura fenotípica de la personalidad difiere de la estructura biogenética subyacente, porque la valoración conductual

---

observada es el resultado de la interacción de influencias genéticas y medioambientales (Cloninger et al., 1993a).

A partir de todos estos planteamientos Cloninger empieza a desarrollar su modelo y el instrumento de medida asociado a él. Para ello rescata dos antiguos conceptos: los de Temperamento y Carácter, aunque en momentos cronológicos diferentes.

Inicialmente el modelo de personalidad de Cloninger proponía tres dimensiones primarias de la personalidad que constituirán el Temperamento. Para elaborarlas realizó una síntesis de información sobre estudios de gemelos y de familias, de desarrollo longitudinal, neurofarmacológicos y neuroconductuales sobre aprendizaje en humanos y animales, junto a estudios psicométricos de personalidad en individuos y en pares de gemelos (Cloninger et al., 1993a).

Estas tres dimensiones se postularon como genéticamente independientes y se sustentarían en sistemas cerebrales responsables de la activación, inhibición y mantenimiento de la conducta.

El sistema de activación conductual consistiría en una tendencia heredable a responder intensamente a estímulos novedosos o a señales de recompensa. Este sistema llevará a la persona a desarrollar conductas exploratorias en persecución de recompensas, o bien a la evitación de situaciones monótonas, aburridas, frustrantes o desagradables. Se denominó a la dimensión "*Búsqueda de novedad*" (Novelty Seeking o NS).

El sistema de inhibición conductual refleja una predisposición del individuo, o tendencia heredable, a responder inhibiendo o cesando conductas ante estímulos aversivos, señales de castigo o de no recompensa. Se la denominó "*Evitación del daño*" (Harm Avoidance o HA).

El sistema de mantenimiento de la conducta constituye una tendencia heredable a responder intensamente a los premios y recompensas, a mantener comportamientos que anteriormente estuvieran asociados a

---

recompensas o a evitación de dolor o displacer, una vez que no se da el refuerzo. Esta dimensión se denominó "*Dependencia de la recompensa*" (Reward Dependence o RD).

Las diferencias entre individuos basadas en estas dimensiones ya se dan en la infancia y son moderadamente predictivas del comportamiento en la adolescencia y la edad adulta (Sigvardsson, Bohman y Cloninger, 1987).

Todas ellas se hipotetizaron como dimensiones asociadas a diferentes subsistemas neurofisiológicos independientes y altamente heredables, las cuales se manifiestan en edades tempranas, siendo la estructura genética la que explica entre el 40% y el 65% de la variabilidad en las dimensiones (Gillespie, Johnstone, Boyce, Heath y Martin, 2001; Heath, Cloninger y Martin, 1994).

Existen evidencias que sugieren que la variabilidad en cada una de las dimensiones está altamente relacionada con la actividad en vías monoaminérgicas centrales específicas (Cloninger, 1986). La Búsqueda de novedad con una baja actividad basal dopaminérgica. La Evitación del daño con una alta actividad serotoninérgica, relación que ha sido replicada en otros estudios (Nelson, Cloninger, Przybeck y Csernansky, 1996; Hansenne y Ansseau, 1999). Finalmente la Dependencia de la recompensa está relacionada con un bajo nivel basal de actividad noradrenérgica. Estas dimensiones neurobiológicas, aunque independientes, se interrelacionan y emergen de forma integrada como patrones de respuestas al castigo, la recompensa y la novedad. Las diferentes interrelaciones pueden predecir formas de actuar tanto en la esfera de la personalidad normal como en la patología.

Para evaluar estas dimensiones Cloninger desarrollo el Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (TPQ) (Cloninger, 1987b; Cloninger, Przybeck y Svrakic, 1991).

Se trata de un cuestionario autoaplicado de 100 ítems con respuesta de verdadero o falso, mediante el cual se evaluaban las tres dimensiones

---

---

mencionadas: Búsqueda de novedad (NS), Evitación del daño (HA) y Dependencia de la recompensa (RD). Cada una de ellas se subdividía en 4 facetas: Búsqueda de novedad en NS1: Excitabilidad exploratoria, NS2: Impulsividad, NS3: Excentricidad y NS4: Desorden. Evitación del daño en HA1: Ansiedad anticipatoria, HA2: Miedo a la incertidumbre, HA3: Timidez y HA4: Fatigabilidad. Dependencia de la recompensa en RD1: Sentimentalismo, RD2: Persistencia, RD3: Apego y RD4: Dependencia.

El TPQ se validó en poblaciones de varios continentes en diferentes lenguas: inglés en EEUU (Bagby, Parker y Joffe, 1992; Giancola, Zeichner, Newbolt y Stennett, 1994; Parker, Bagby y Joffe, 1996; Sher, Wood, Crews y Vandiver, 1995; Waller, Lilienfeld, Tellegen y Lykken, 1991), francés (Lépine, Pélissolo, Téodorescu y Téhérani, 1994; Le Bon, Staner, Tecco, Pull y Pelc, 1998), alemán (Aschauer, Meszaros, Willinger, Fischer, Berger, Reiter, Lenzinger y Berger, 1994; Weyers, Krebs y Janke, 1995; Krebs, Weyers y Janke, 1998), italiano (Stratta, Daneluzzo, Proposperini, Kalyvoka y Rossi, 2000), checo (Svrakic, Przybeck y Cloninger, 1991; Kozeny, Kubicka y Prochazkova, 1989), chino (Chen, Chen, Chen, Chen, Yu y Cheng, 2002), japonés (Takeuchi, Yoshino, Kato, Ono y Kitamura, 1993), español (Cañete, Ávila y Tobeña, 1993) y en lengua inglesa fuera de los EEUU (Otter, Huber y Bonner, 1995; Stewart, Ebmeier y Deary, 2004). En muchos estudios encontraron coeficientes bajos en la consistencia interna de la dimensión Dependencia de la recompensa, lo que llevó a Cloninger a reformular el modelo.

Este cuestionario dio lugar a muchos estudios en el campo clínico, referente a los trastornos afectivos como en la depresión mayor se encontró una correlación positiva entre las puntuaciones del TPQ, sobre todo en la dimensión de Evitación del daño (HA), y las puntuaciones obtenidas en escalas de depresión como la de Hamilton (Brown, Svrakic, Przybeck y Cloninger, 1992). La relación entre alta HA y baja Excitabilidad exploratoria (NS1) en pacientes con depresión (Hansenne, Pitchot, González Moreno, Machurot y Ansseau, 1998). Incluso el TPQ mostró utilidad como predictor de la respuesta al tratamiento, Nelson y Cloninger (1995) encuentran que las dimensiones de Dependencia de la recompensa y Evitación del daño

---

eran significativamente predictivas de la respuesta al tratamiento con nefazodona; por su parte, Joyce, Mulder y Cloninger (1994) evidencian como el temperamento predijo la respuesta en mujeres con depresión severa al tratamiento con desipramina y clomipramina.

A nivel de los trastornos de la personalidad las tres dimensiones distinguían entre los subtipos de trastornos de la personalidad, pero no eran capaces de diferenciar a los sujetos que presentaban un trastorno de la personalidad, o que tenían un pobre ajuste social, de los sujetos bien adaptados con perfiles de personalidad extremos. Además, no era capaz de abarcar todo el campo de la personalidad y sus trastornos: algunos factores medidos en otros modelos dimensionales no podían ser explicados por el TPQ y tampoco tenía sensibilidad para detectar el trastorno de la personalidad paranoico y el esquizotípico del DSM-III-R (Cloninger et al., 1993a).

Por todo ello y para subsanar estas deficiencias se amplió el modelo con nuevas dimensiones. Basándose en una síntesis de información sobre desarrollo cognitivo y social, paradigmas de aprendizaje y memoria conceptual, descripciones del desarrollo de personalidad de la psicología humanística y transpersonal. Llegamos al modelo de siete dimensiones, cuatro de Temperamento y tres de Carácter (Cloninger et al., 1993a), que abordaremos en el siguiente apartado.

Actualmente ha desarrollado el modelo para potenciar el bienestar y, como ya se dijo, la integración de cuerpo, mente y espíritu ("*coherencia del ser*"). Mediante la integración de factores biológicos, psicológicos, métodos sociales y espirituales, Cloninger desarrolla un programa psicoeducativo, con procedimientos clínicos prácticos, para mejorar los rasgos de personalidad de Autodirección, Cooperación y Autotrascendencia. Éstos se postulan como esenciales para alcanzar el bienestar (Cloninger, 2006).

---

### 1.2.3.2. El modelo de Temperamento y Carácter de Cloninger.

Cloninger añade una dimensión más en Temperamento, Persistencia, antes considerada como una faceta de Dependencia de la recompensa, incrementándose la validez del modelo inicial (Stallings, Hewitt, Cloninger, Heath y Eaves, 1996). Sin embargo, la modificación más sustancial y significativa del modelo fue la incorporación de otras tres dimensiones que describían aspectos del Carácter. Estas tres dimensiones fueron: Autodirección (SD), Cooperación (CO) y Autotrascendencia (ST). De esta forma llegamos al modelo actual de Temperamento y Carácter en el que se describen 7 dimensiones. La primera aproximación psicométrica fue a través del cuestionario denominado "*Cuestionario del Temperamento y Carácter*" (TCI) (Cloninger, Przybeck, Svrakic y Wetzel, 1994). En 1999 el cuestionario es revisado con el fin de mejorar problemas metodológicos. Con esta revisión se llega al instrumento que nos ocupa en este trabajo, el "*Inventario de Temperamento y Carácter - Revisado*" (TCI-R) (Cloninger, Svrakic, Bayón y Przybeck, 1999).

Para desarrollar su modelo de personalidad, Cloninger parte de un constructo de personalidad como organización dinámica de aquellos sistemas psicobiológicos que determinan la adaptación individual al ambiente y a los cambios en éste. El aprendizaje se constituye como organizador de la conducta, que se manifiesta por cambios adaptativos como resultado de la experiencia individual. Postulados recogidos de Allport y Thorpe respectivamente (Cloninger et al., 1993a).

A partir de estos constructos, Cloninger defiende que lo que diferencia la personalidad de los individuos son los distintos sistemas de adaptación que intervienen en la recepción, el procesamiento y el almacenamiento de la información que reciben a partir de la experiencia (Cloninger et al., 1994). Esta información que podemos recuperar de las experiencias precedentes, y que tiene una función adaptativa, se encuentra almacenada a dos niveles, es decir, en dos sistemas de memoria que tienen funciones distintas. Estos sistemas son:

---

a) Memoria explícita, consciente o episódica: Implica el recuerdo de las experiencias personales identificables con uno mismo. Relacionada con las experiencias conscientes sobre los hechos y eventos que se representan en forma de palabras, imágenes, o símbolos que tienen significados explícitos y relaciones funcionales entre sí. Podemos recuperar esta información conscientemente, expresarla verbalmente y actuar intencionalmente a partir de ella. Se basa en los conceptos.

b) Memoria implícita, inconsciente o procedimental: Esta puede operar con muy poca intervención de la conciencia en la ejecución o en los episodios de aprendizaje, pueden operar independientemente de los procesos abstractos conceptuales, intencionales o declarativos. Almacena recuerdos inconscientes e implícitos y contiene la memoria instrumental, incluyendo los procesos preconceptuales y presemánticos que se representan en códigos viso-espaciales concretos, en estructuras en formación y en valencias afectivas. Se basa en las percepciones.

Estos dos sistemas de memoria parecen tener substratos biológicos diferenciados como se muestra en estudios en animales y humanos con lesión cerebral (Cloninger et al., 1993a):

a) La información conceptual se procesa y almacena en un sistema cortico-límbico-diencefálico, que incluye: áreas sensoriales de asociación o terciarias del córtex, el córtex entorinal, la amígdala, la formación hipocampal, el núcleo medial del tálamo, el córtex prefrontal ventromedial y el cerebro basal anterior.

b) La memoria perceptual, que se rige por hábitos inconscientes, se recogería en el sistema cortico-estriado, que incluye: áreas sensoriales corticales, el núcleo caudado y el putamen.

Una diferencia marcada entre ambos sistemas es la actuación del hipocampo. Para la consolidación de los recuerdos explícitos, que pueden recuperarse intencionalmente, se requiere la asociación del procesamiento del hipocampo junto al almacenamiento a largo plazo del córtex. Sin embargo, la retención de recuerdos implícitos, que se recuperan involuntariamente, no necesita dicho procesamiento. Este aprendizaje asociativo es un condicionamiento operante de hábitos y respuestas afectivas, en contraste con el aprendizaje conceptual que es consciente y abstracto, como lo es el aprendizaje verbal, en el que la comunicación simbólica puede alterar las expectativas sobre el ambiente y la conducta. Estos dos sistemas adaptativos donde se asientan ambos componentes de

la personalidad están organizados jerárquicamente y, como ya se ha dicho, implican diferentes sistemas de aprendizaje y memoria, aunque parece claro que se hallan altamente relacionados, tanto dinámicamente como a través de la evolución de los aprendizajes basados en los dos sistemas de memoria (Cloninger et al., 1993a).

#### 1.2.3.2.1. Temperamento.

Entenderemos el Temperamento como el conjunto de las 4 dimensiones que constituyen predisposiciones innatas reguladas principalmente por factores constitucionales. Son aquellos aspectos de la personalidad ligados a sistemas neurobiológicos heredables moderadamente de forma independiente (Gillespie, Cloninger, Heath y Martin, 2003). Se manifiestan precozmente, en la primera infancia (Constantino, Cloninger, Clarke, Hashemi y Przybeck, 2002), manteniéndose estables a lo largo de la vida y escasamente influenciados por el ambiente. Pueden llegar a predecir moderadamente la conducta en la adolescencia y la edad adulta (Sigvardsson et al., 1987), y pueden llegar a predecir posibles trastornos en edades más avanzadas (Constantino et al., 2002).

Implican respuestas automáticas a estímulos emocionales, por lo que incluyen aprendizajes pre-conceptuales o inclinaciones no conscientes, determinando hábitos, emociones o reacciones automáticas a la experiencia, basándose en los principios de condicionamiento de la conducta (Cloninger et al., 1993a).

Desde un punto de vista filogenético surgió inicialmente el sistema de inhibición conductual (Evitación del daño) en todos los organismos animales, luego se agregó el sistema de activación conductual (Búsqueda de novedad) en animales más avanzados y, más tarde, los sistemas para el mantenimiento de la conducta (Dependencia de la recompensa y Persistencia) que aparece en los reptiles y mamíferos (Cloninger y Gilligan, 1987).

---



La estructura y estabilidad de temperamento ha sido replicada en varias culturas como en Suecia (Brändström, Schette, Przybeck, Lundberg, Forsgren, Sigvardsson, Nylander, Nilsson, Cloninger y Adolfsson, 1998), Alemania (Richter, Brändström y Przybeck, 1999), Francia (Pélissolo, Veyseyre y Lépine, 1997), España (Al-Halabí, Herrero, Sáiz, García-Portilla, Errasti, Corcoran, Bascarán, Bousoño, Lemos y Bobes, 2011), Japón (Kijima, Tanaka, Suzuki, Higuchi y Kitamura, 2000), Corea (Sung, Kim, Yang, Abrams y Lyoo, 2002), China (Parker, Cheah y Parker, 2003), Turquía (Arkar, Sorias, Tunca, Safak, Alkin, Binnur Akdede, Sahin, Akvardar, Sari, Ozerdem y Cimilli, 2005) o Irán (Richter, Brändström, Emami y Ghazinour, 2007).

Como ya se dijo, a las 3 dimensiones estudiadas en los años precedentes con el TPQ se añade Persistencia, que era considerada como una faceta de Dependencia de la recompensa, pero no correlacionaba con el resto de facetas por lo que se acabó considerándola en el TCI como una dimensión de Temperamento independiente. Mide el grado de perseverancia en la conducta a pesar de la frustración y la fatiga, obviamente también está en relación con los sistemas de mantenimiento de la conducta.

En la Tabla 1.7. vemos las dimensiones y facetas de temperamento, las cuáles serán descritas ampliamente en el Anexo 3.

Tabla 1.7.  
Dimensiones y facetas de Temperamento del TCI-R.

<b>Búsqueda de novedad</b>	<b>Evitación del daño</b>	<b>Dependencia de la recompensa</b>	<b>Persistencia</b>
Exploración	Preocupación	Sentimentalismo	Esforzado
Falta de reflexión	Miedo a la incertidumbre	Apertura	Tolerancia al fracaso
Malbaratamiento	Timidez	Apego	Ambición
Antinormatividad	Fatigabilidad	Dependencia	Autoexigencia

#### 1.2.3.2.2. Carácter.

Después de establecer las cuatro dimensiones de temperamento había cuestiones observadas y medidas en el campo de la personalidad que no correlacionaban con ellas. Así, un factor definido como problemas de adaptación en adolescentes no correlacionaba con las dimensiones establecidas y si con conflictos relacionales, impopularidad y ser víctima de acoso escolar o ser acosador. Además el temperamento no correlacionaba con la inteligencia ni con el éxito académico (Sigvardsson et al., 1987).

En adultos algunos aspectos de la personalidad como la cooperación, compasión, autoaceptación y autoestima no quedaban suficientemente explicados, aspectos que por otro lado estaban presentes en otros modelos teóricos. Tampoco la aceptación del yo y la aceptación de los otros, junto a las escalas que miden la relación con aspectos más trascendentes y de conexión con el ambiente, en el sentido de formar parte de un todo con la naturaleza. Estas cuestiones se daban en personalidades maduras (adaptación efectiva y auto-satisfacción) y eran útiles para discriminar la presencia o ausencia de trastorno de la personalidad. Todo ello puede ser definido con las tres nuevas dimensiones de carácter: Autodirección, Cooperación y Autotrascendencia (Cloninger et al., 1993a).

El Carácter hace referencia a los auto-conceptos que influyen en nuestras intenciones y actitudes, es lo que hacemos con nosotros mismos de manera intencional y básicamente se adquiere por la socialización. Se desarrolla por medio del aprendizaje introspectivo, es decir, por la aprehensión de relaciones, e incluye la organización conceptual de la percepción, supone el desarrollo de una nueva respuesta adaptativa como resultado de una reorganización conceptual de la experiencia. El aprendizaje introspectivo incluye el aprendizaje verbal, la adquisición de repertorios de aprendizaje y la conceptualización abstracta que influye en las metas, en las conductas y en las esperanzas.

---

Por todo ello, el Carácter puede describirse como la inclinación a responder a estímulos en función de los diferentes conceptos que los sujetos tienen sobre “*qué soy yo*” (Autodirección), sobre “*qué somos nosotros*” (Cooperación), y sobre “*por qué estamos aquí*” (Autotrascendencia).

Las dimensiones de Carácter describen el grado en que una persona se percibe a sí misma como un individuo independiente, es decir, seguro de sí mismo (Autodirección), como parte integral de la sociedad (Cooperación), y como parte integrante del universo entendido como un todo interdependiente (Autotrascendencia).

Las dimensiones del Carácter se heredan en una medida muy escasa (Cloninger, et al., 1993a; Cloninger et al., 1994; Gillespie et al., 2003), están moderadamente influenciadas por el ambiente sociocultural y, en particular, por el ambiente familiar, y se afianzan con el desarrollo y la relación con el entorno.

En general todas las categorías de los trastornos de la personalidad se correlacionan con una baja Cooperación, relación que es más consistente cuando los individuos tienen puntuaciones bajas en Autodirección. No sucedía lo mismo con Autotrascendencia, ésta no era capaz de diferenciar a los pacientes con trastorno de la personalidad de la población general. Por otro lado, los pacientes psiquiátricos ingresados puntuaban más bajo en Autotrascendencia que un grupo de adultos de la población general, solo se encontró una correlación significativa con el trastorno esquizoide (Svrakic, Whitehead, Przybeck y Cloninger, 1993).

En la Tabla 1.8. vemos las dimensiones y facetas de Carácter, las cuales serán descritas ampliamente en el Anexo 3.

---

Tabla 1.8.  
Dimensiones y facetas de Carácter del TCI-R.

<b>Autodirección</b>	<b>Cooperación</b>	<b>Autotrascendencia</b>
Locus de control interno	Tolerancia social	Ensimismamiento
Propósitos/metapas	Empatía	Identificación transpersonal
Recursos	Altruismo	Espiritualidad
Autoaceptación	Capacidad de perdonar	
Buenos hábitos	Integridad	

La capacidad para iniciar, mantener o detener las conductas como respuestas automáticas inconscientes está inicialmente determinada por los factores de Temperamento, pero esos pueden modificarse y condicionarse como resultado de los cambios en la valoración que hacemos de los estímulos. Esta valoración está determinada por el concepto que tenemos de nuestra identidad. De esta manera, el Temperamento y el Carácter se influyen en su desarrollo y ambos motivan la conducta final.

Un resumen de todo lo expuesto sobre el modelo de personalidad puede verse en las Figuras 1.4. y 1.5.

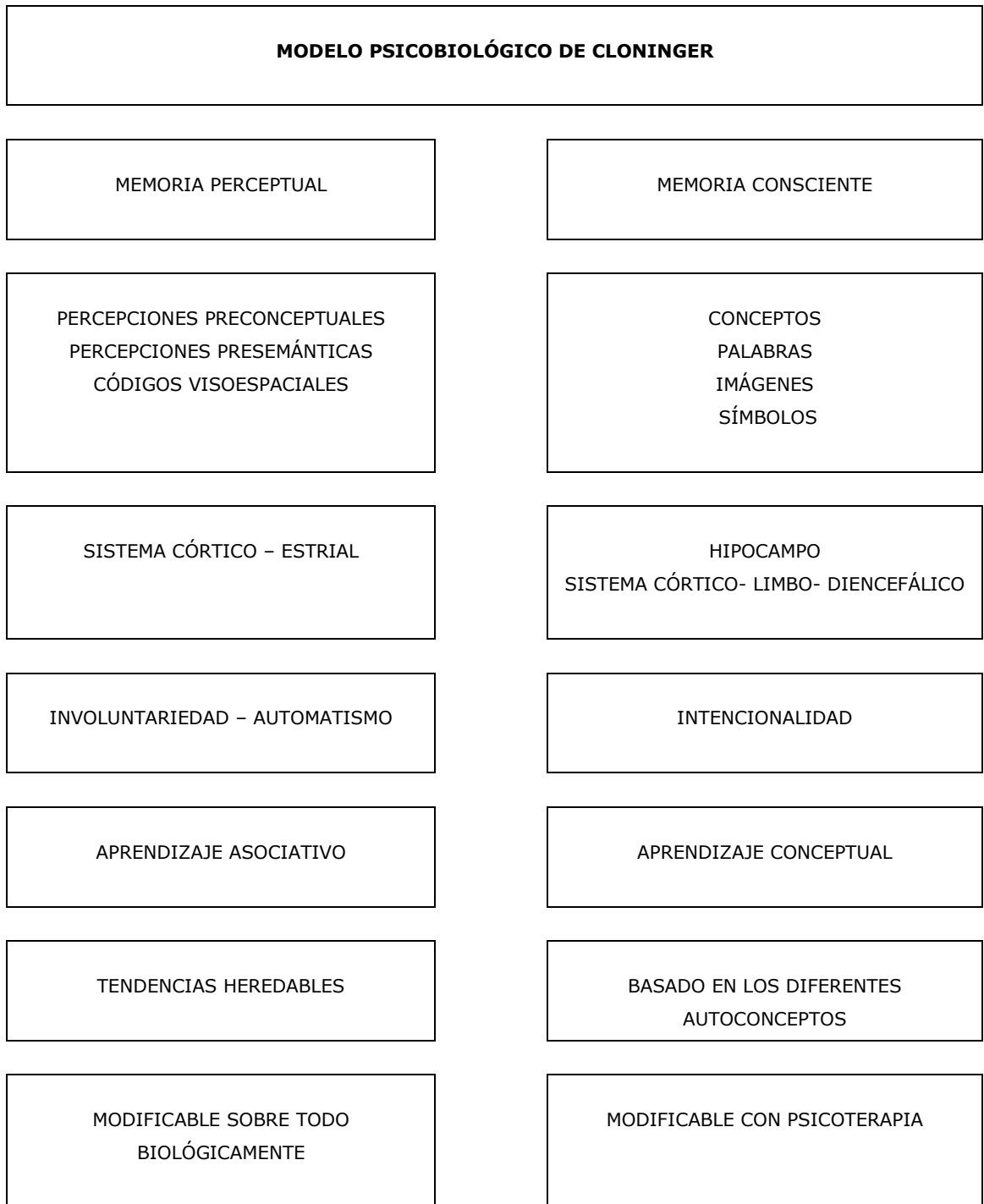


Figura 1.4. Variables relacionadas con el Temperamento (columna izquierda) y el Carácter (columna derecha).



Figura 1.5. Variables, dimensiones y facetas relacionadas con el Temperamento (columna izquierda) y el Carácter (columna derecha).

### 1.2.3.3. Bases biológicas.

Los estudios sobre la neurobiología de los procesos de aprendizaje y temperamento realizados con modelos animales, sobre todo con roedores, han proporcionado valiosa información sobre la organización funcional de los sistemas cerebrales. Posteriormente han sido corroborados en humanos con técnicas de neuroimagen, neuroquímicas y neurogenéticas. Todo ello lo desarrollaremos en este apartado, obtenido de Cloninger y Svrakic (2000).

El modelo neurobiológico de aprendizaje en animales que ha sido sistemáticamente relacionado con la estructura del temperamento humano se resume en la Tabla 1.9. Este modelo distingue cuatro sistemas cerebrales específicos de Activación conductual (Búsqueda de novedad), de Inhibición conductual (Evitación del daño), de Apego social (Dependencia de la recompensa) y de Reforzamiento parcial (Persistencia).

Tabla 1.9.  
Patrones de respuesta a los sistemas cerebrales subyacentes a las dimensiones de Temperamento.

<b>Sistema cerebral (dimensión relacionada)</b>	<b>Neuromodulador principal</b>	<b>Estímulo relevante</b>	<b>Respuesta conductual</b>
Activación conductual (Búsqueda de novedad)	Dopamina	Novedad EC de recompensa EC o EI de alivio de la monotonía o castigo	Exploración Aproximación Evitación activa Escape
Inhibición conductual (Evitación del daño)	GABA  Serotonina (rafe dorsal)	Condicionamiento aversivo (EC – EI) EC de castigo, novedad y no recompensa	Formación de EC aversivos Evitación pasiva Extinción
Apego social (Dependencia de la recompensa)	Noradrenalina Serotonina (rafe medial)	Condicionamiento apetitivo (EC – EI)	Formación de EC apetitivos
Reforzamiento parcial (Persistencia)	Glutamato Serotonina (rafe dorsal)	Refuerzo intermitente	Resistencia a la extinción

EC: estímulo condicionado, EI: estímulo incondicionado. Tomado de Cloninger y Svrakic (2000), pág. 1726.

#### 1.2.3.3.1. Búsqueda de novedad.

Respecto a la Búsqueda de novedad las proyecciones dopaminérgicas mesolímbicas y mesocorticales (frontal) han demostrado tener un papel crucial en la activación de la conducta de motivación y consecución de incentivos en animales. Por ejemplo, las lesiones en el núcleo accumbens o en el tegmento ventral, que disminuyen los niveles de dopamina, llevan a descuidar el entorno y no atender a estímulos novedosos, reduciendo tanto la actividad espontánea como la conducta de búsqueda.

La activación conductual, por medio de agonistas dopaminérgicos, depende de la integridad del núcleo accumbens pero no del núcleo caudado. En estudios con humanos, las personas con riesgo de sufrir la enfermedad de Parkinson tienen bajos puntajes premórbidos en Búsqueda de novedad, pero no en otras dimensiones de la personalidad, apoyando la importancia de la dopamina en la consecución de incentivos de la conducta placentera. El inicio y la frecuencia de conductas que se dan en la hiperactividad, el trastorno por atracón, el hedonismo sexual, beber, fumar y abuso de otras sustancias, en especial estimulantes, están asociadas con puntuaciones altas en Búsqueda de novedad.

Los correlatos psicobiológicos de Búsqueda de novedad (NS) son diversos: las puntuaciones altas se correlacionan con una mayor actividad metabólica en la corteza cingulada y el núcleo caudado izquierdo en el Test de Ejecución Continua (CPT). Además, se asocia con una disminución de la actividad en la corteza prefrontal izquierda, incluyendo la región medial, que es exactamente la misma región asociada con una mayor actividad en los individuos que puntúan alto en la Evitación del daño. Esto sugiere que la corteza prefrontal medial podría ser un área importante en el procesamiento de los conflictos de aproximación - evitación.

Estudios con potenciales evocados confirman que esta dimensión se asocia con el aumento de la intensidad del estímulo, en particular en los estímulos novedosos. Sujetos con altas puntuaciones en NS son sensibles tanto a los sedantes como a los estimulantes: obtienen fácilmente sedación

---



excesiva con benzodiazepinas y sobreestimulación con anfetaminas, lo que lleva a un deterioro en su procesamiento de la información. Sus tiempos de reacción son más lentos a los estímulos neutros.

La asociación de un incremento de la actividad estriatal con mayor puntuación en Búsqueda de novedad está más específicamente asociada con una mayor densidad del transportador de dopamina, sugiriendo que la NS implica un aumento de la recaptación de dopamina en las terminales presinápticas. Por ello se requiere una frecuente estimulación para mantener los niveles óptimos de dopamina para la estimulación postsináptica. Búsqueda de novedad comporta la realización de conductas de búsqueda del placer, estos comportamientos, como el tabaquismo, pueden explicar la frecuente observación de la baja actividad de la Monoamino-oxidasa B (MAO-B), ya que el tabaco tiene el efecto de inhibir la actividad de la MAO-B en las plaquetas y en el cerebro.

Los estudios de genes candidatos involucrados en la neurotransmisión de la dopamina (por ejemplo, los del gen del transportador de la dopamina (DAT1) y el gen del receptor de dopamina D4 (D4DR) han proporcionado evidencia de asociación con Búsqueda de novedad y no con otras dimensiones de temperamento. Estudios que se iniciaron en la década de los noventa (Ebstein, Novick, Umansky, Priel, Osher, Blaine, Bennett, Nemanov, Katz y Belmaker, 1996; Ekelund, Lichtermann, Marjo-Ritta y Peltonen, 1999) aunque no siempre se ha encontrado esta asociación (Burt, McGue, Iacono, Comings y MacMurray, 2002).

El transportador de la dopamina, que es responsable de la recaptación presináptica de la dopamina y un lugar de acción de los fármacos, incluidos los estimulantes como el metilfenidato y los antidepresivos como el bupropión, está codificado por el locus SLC6A3 (DAT1), situado en el cromosoma 5p. Los polimorfismos en este locus están asociados con el trastorno por déficit de atención y otros trastornos relacionados con la variación en la Búsqueda de la novedad. Del mismo modo, los polimorfismos en el locus DRD4 se han asociado con el trastorno

---

por déficit de atención, dependencia a opiáceos, y otros rasgos relacionados con la Búsqueda de novedad.

#### 1.3.2.3.2. Evitación del daño.

La psicobiología de la Evitación del daño (HA) es compleja. En estudios con animales, las proyecciones serotoninérgicas, ascendentes de los núcleos del rafe dorsal hacia la sustancia nigra, inhiben las neuronas dopaminérgicas nigroestriatales, y son esenciales para la inhibición condicionada de la actividad desencadenada por señales de castigo y de no recompensa.

Las benzodiacepinas pueden reducir las conductas evitativas mediante la inhibición, a través del GABA, de las proyecciones serotoninérgicas del núcleo dorsal del Rafe. Las neuronas serotoninérgicas en el núcleo dorsal del rafe se mezclan con las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral, y ambos grupos inervan las mismas estructuras (por ejemplo, ganglios basales, núcleo accumbens, amígdala), proporcionando una oposición dopaminérgico-serotoninérgica que influye en la modulación de las conductas de aproximación - evitación.

Las proyecciones serotoninérgicas anteriores del núcleo dorsal del rafe al cuerpo estriado, al núcleo accumbens, a la amígdala y a la corteza frontal se asocian generalmente con receptores 5-HT<sub>2</sub>. Las personas que tienen una alta puntuación en Evitación del daño y Búsqueda de novedad se espera que tengan frecuentes conflictos de aproximación - evitación, como se observa en los ciclos de atracones y purgas de la bulimia nerviosa. De manera más general, la inhibición excesiva del comportamiento (alta Evitación del daño) predispone a los individuos a la ansiedad, la depresión y la baja autoestima. Los tratamientos antidepresivos son eficaces para reducir las puntuaciones en Evitación del daño, no obstante las puntuaciones más altas en Evitación del daño predicen pobres respuestas a los antidepresivos, incluidos los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

---

Estudios neuropsicológicos confirman que Evitación del daño se asocia con diferencias individuales en condicionamiento clásico aversivo, mientras que otras dimensiones de la personalidad no están correlacionadas. Evitación del daño, y no otras dimensiones de temperamento, también está asociada a la potenciación del reflejo de sobresalto: las personas con alta Evitación del daño tienen una respuesta de sobresalto mayor cuando están viendo estímulos desagradables, mientras que los bajos en Evitación del daño tienen una reducción de la respuesta de sobresalto cuando están viendo los estímulos agradables (Corr, Wilson, Fotiadou, Kumari, Gray, Checkley y Gray, 1995; Corr, Kumari, Wilson, Checkley y Gray, 1997).

Estudios con Tomografía por Emisión de Positrones (PET) en el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH) con F-18 fluoro-2-desoxiglucosa (F-18 FDG) en 31 voluntarios adultos sanos, durante una tarea de ejecución continua sencilla, demostró que Evitación del daño se asoció con un aumento de actividad en el circuito anterior paralímbico, específicamente la parte derecha de la amígdala y la ínsula, la corteza orbitofrontal derecha y la corteza prefrontal medial izquierda. Este patrón de activación se corresponde bien con las proyecciones de la terminal 5-HT<sub>2</sub> del área dorsal del rafe. Sin embargo, la correlación entre el número de receptores 5-HT<sub>2</sub> y la dimensión Evitación del daño ha sido estudiada sólo en plaquetas.

Mayores concentraciones plasmáticas de los niveles de GABA también se han correlacionado con una puntuación baja en Evitación del daño. Los niveles de GABA plasmático también se han relacionado con otras medidas de propensión a la ansiedad y se correlaciona significativamente con niveles de GABA en el cerebro. Finalmente, un gen en el cromosoma 17q12 que regula la expresión del transportador de la serotonina explica entre el 4 y el 9 % de la varianza total de Evitación del daño en la mayoría de pruebas que estudian esta relación. Estos hallazgos respaldan el papel de las proyecciones, tanto gabaérgicas como serotoninérgicas, en la dimensión Evitación del daño. Proyecciones que se originan en los núcleos dorsales del

---

rafe, lugar donde subyacen las diferencias individuales en la inhibición de la conducta.

#### 1.2.3.3.3. Dependencia de la recompensa.

Proyecciones noradrenérgicas desde el locus coeruleus y las proyecciones serotoninérgicas del núcleo medial del rafe, se considera que tienen su influencia sobre el condicionamiento de recompensa. En modelos animales, la estimulación del locus coeruleus noradrenérgico o sus haces dorsales, o la aplicación directa de noradrenalina, disminuye la velocidad de transmisión de neuronas terminales y aumenta su sensibilidad a otras fibras aferentes de forma que los estímulos dirigidos puedan destacarse de los estímulos no dirigidos. En humanos, la reducción rápida de liberación de noradrenalina, debido a la infusión rápida de agonista  $\alpha$ -2 presináptico clonidina, afecta de forma selectiva la capacidad de aprendizaje, en particular la adquisición de nuevas asociaciones. El locus coeruleus noradrenérgico se encuentra al mismo nivel, en la parte posterior del tronco cerebral como el rafe medio serotoninérgico, y ambos, con vías monoaminérgicas, inervan estructuras importantes para la formación de asociaciones, tales como el tálamo, neocórtex, y el hipocampo. Los estudios neurofisiológicos muestran que los lóbulos temporales anteriores decodifica las señales sociales, tales como imágenes faciales y los gestos sociales. En consecuencia, los individuos altos en Dependencia de la recompensa se espera que sean especialmente sensibles a la comunicación social, mientras que los de baja puntuación se espera que sean socialmente distantes.

La Dependencia de la recompensa estaría relacionada con los genes que se expresan en las vías noradrenérgicas, explicando estos genes un 25% de la varianza total de este rasgo. La noradrenalina podría estar implicada en la fijación de conductas reforzadas positivamente, de forma que la influencia en la Persistencia y Dependencia de la recompensa sería clara (Comings, Gade-Andavolu, González, Wu, Muhleman, Blake, Mann, Oietz, Saucier y MacMurray, 2000).

---

Como se predijo, Dependencia de la recompensa se asocia con las diferencias individuales en la formación de señales condicionadas de recompensa. Ésto también es apoyado por su asociación con las diferencias individuales en el aprendizaje de pares asociados.

Alta RD se asocia con una mayor actividad en el tálamo, que es coherente con las propuestas sobre la importancia de las proyecciones serotoninérgicas en el tálamo desde rafe medio en la modulación de la comunicación social. Esto se ve apoyado por el hallazgo de niveles bajos del metabolito de la noradrenalina 3-metoxi-4-hidroxi-fenilglicol (MHPG) en personas con alta RD (Garvey, Noyes, Cook y Blum, 1996). Alta RD también se asocia con hipercortisolemia en pacientes con melancolía, pero no en los individuos que no están deprimidos.

#### 1.2.3.3.4. Persistencia.

La Persistencia (PS) puede ser objetivamente medida por el efecto en los paradigmas de extinción con refuerzo parcial. En ellos los individuos persistentes son más resistentes a la extinción de la conducta si con anterioridad ha sido recompensada de forma intermitente, que otros individuos que han sido constantemente reforzados. Investigaciones en roedores demostraron que la integridad del efecto de extinción después del refuerzo parcial depende de las proyecciones de la subiculum hipocampal al núcleo accumbens. Esta proyección glutaminérgica puede ser considerada como un corto circuito del sistema de inhibición del comportamiento para el sistema de activación del comportamiento, convirtiendo de este modo una señal condicionada de castigo en una señal condicionada de recompensa anticipada. Esta conexión se interrumpe probablemente en los seres humanos por lesiones de la corteza orbitomedial, que puede tener un efecto antipersistencia específico, de beneficio terapéutico para algunos pacientes obsesivo-compulsivos muy graves. La cingulotomía bilateral, que reduce HA sólo es menos eficaz en la reducción de conducta persistente compulsiva si se combina con cingulotomía en lesiones en córtex orbitomedial.

---

Hallazgos en animales y humanos sugieren que en la regulación de la Persistencia participa el cuerpo estriado ventral, que incluye el núcleo accumbens. Las diferencias individuales en Persistencia están fuertemente correlacionados ( $r=0.80$ ) con las respuestas medidas por Resonancia Magnética Funcional en un circuito que implica el estriado ventral, la corteza orbitofrontal / rostral de la ínsula, y la corteza cingulada dorsal anterior. Los sujetos con baja Persistencia mostraron una disminución relativa en la actividad dentro de este circuito, mientras que los de alta Persistencia exhibieron incrementos relativos.

Estudios neuropsicológicos confirman que los sujetos con puntuaciones altas en Persistencia se esfuerzan más en el aprendizaje de tareas no reforzadas. En tareas de juego en laboratorio los sujetos con alta Persistencia continúan con su estrategia a pesar de las pérdidas (Gusnard, Ollinger, Shulman, Cloninger, Price, Van Essen y Raichle, 2003).

#### 1.2.3.3.5. Carácter.

El Carácter comprende las funciones cognitivas más complejas reguladas por el hipocampo y el neocórtex, como son la interpretación simbólica, la capacidad de abstracción y la lógica analítica e inductiva entre otras. Estas funciones maduran de forma gradual con los cambios producidos desde la infancia hasta la edad adulta. El momento y la velocidad de las transiciones entre los niveles de madurez son funciones no lineales dependientes de las configuraciones previas del temperamento, los prejuicios culturales sistemáticos, y las experiencias únicas de cada individuo. Dependen de las diferencias individuales en la memoria episódica o la auto-conciencia intuitiva que permite a los seres humanos recordar experiencias pasadas.

Los rasgos de carácter en su desarrollo (es decir, nuevos conceptos interiorizados acerca de uno mismo y del mundo exterior) optimizan la adaptación del temperamento al entorno mediante la reducción de discrepancias entre las necesidades emocionales y las normas sociales.

---

Estos procesos están relacionados con las funciones del neocórtex. En un estudio con voluntarios humanos sanos con Resonancia Magnética Funcional realizado por Gusnard y Raichle (2001), demostraron una fuerte correlación entre la Autodirección y un circuito cortical que implica a la corteza medial prefrontal, que es conocido para regular las funciones ejecutivas.

Trabajos anteriores mostraron que los marcadores psicofisiológicos de procesamiento neocortical, tales como el P300 relacionado con la variación de potencial negativo y contingente, se correlacionan con las medidas de Carácter, pero no con rasgos de Temperamento. A saber, Autodirección, moderadamente correlacionada con el potencial evocado P300 ( $r=0.4$ ,  $p < .002$ ) (Vedeniapin, Anokhin, Sirevaag, Rohrbaugh y Cloninger, 2001). Del mismo modo, Cooperación correlacionaba con la variación negativa contingente (esto era particularmente evidente para la faceta Empatía,  $r=0.4$ ).

Los individuos con trastorno de Parkinson tienen diferencias de temperamento con otros (tienen puntuaciones más bajas en NS premórbida), pero no en el Carácter. Estas observaciones clínicas y empíricas asocian el Carácter, pero no el Temperamento, a las funciones corticales superiores en el Sistema Nervioso Central.

Las diferencias clave entre el Temperamento (aprendizaje procedimental o asociativo) y el Carácter (aprendizaje proposicional o conceptual) se presentan en la siguiente Tabla 1.10.

---

Tabla 1.10.  
Diferencias entre Temperamento y Carácter.

Variable	Temperamento	Carácter
Nivel de conciencia	Automático	Intencional
Formas de memoria	Percepciones Procedimientos	Conceptos Proposiciones
Principios de aprendizaje	Condicionamiento Asociativo	Insight Conceptual
Papel del sujeto en la actividad mental	Pasiva Reproductiva	Activa Constructiva
Sistemas cerebrales clave	Sistema límbico estriado	Corteza temporal Hipocampo
Formas de representación mental	Secuencias de estímulo – respuesta que varían y se refuerzan de forma aditiva	Redes interactivas (esquemas conceptuales) que en su configuración varían de forma cualitativa
Componentes etiológicos		
- Heredabilidad genética	40-60 %	15 – 40 %
- Entorno familiar	0 %	30 – 35 %
- Entorno no compartido	40-60 %	25 – 55 %

Tomado de Cloninger y Svrakic (2000), pág. 1731.

#### 1.2.3.4. Instrumentos.

Como hemos visto en la evolución histórica del modelo, inicialmente, se desarrolló el Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (TPQ) (Cloninger, 1987b; Cloninger et al., 1991). Posteriormente el "Cuestionario del Temperamento y Carácter" (TCI) (Cloninger et al., 1994). Finalmente el "Inventario de Temperamento y Carácter – Revisado" (TCI-R) (Cloninger, 1999).

Otras versiones que no serán desarrolladas en este trabajo pero que vale la pena mencionar son: la entrevista estructurada para valorar el temperamento y carácter TCSI (Cloninger, Svrakic y Whitehead, 1993), la



---

versión para individuos entre 10 a 14 años conocida como Junior TCI (Cloninger, Svrakic, Luby y McCallum, 1993; Luby, Svrakic, McCallum, Przybeck y Cloninger, 1999). Las versiones reducidas del cuestionario, que han sido utilizadas en nuestro medio, como el TCI-140 (Gutiérrez-Zotes, Cortés, Valero, Peña y Labad, 2005) y el TCI-R-67 (Pedrero, 2008).

El "*Cuestionario del Temperamento y Carácter*" (TCI) permitía medir las 4 dimensiones de Temperamento y las 3 de Carácter y estaba compuesto por 240 ítems de respuesta dicotómica verdadero o falso. En este cuestionario emerge Persistencia como una nueva dimensión de Temperamento que era considerada una faceta de Dependencia de la recompensa en el TPQ (Cloninger et al., 1993). Otro cambio significativo fue la introducción de las tres dimensiones de Carácter: Autodirección (SD), Cooperación (CO) y Autotrascendencia (ST) en un esfuerzo por incorporar factores de carácter social y de aprendizaje que motivan la conducta, además en el cuestionario anterior no se reflejaban aspectos como la maduración y el nivel de adaptación al entorno que podrían discriminar en la clínica los sujetos con trastornos de la personalidad (Cloninger et al., 1993).

Cloninger et al. (1993) obtuvieron coeficientes de consistencia interna para las dimensiones de temperamento (alfa de Cronbach entre .76 y .87) y de Carácter (alfa de Cronbach entre .84 y .89).

En los análisis factoriales realizados con el TCI aparecían considerables cargas transversales que no se ajustaban al modelo teórico, por ejemplo, SD4 (Autoaceptación) cargaba más en la dimensión de Cooperación (CO) que en la propia Autodirección (SD), cuando las facetas de Carácter se analizaron por separado. Cuando las facetas de Temperamento y Carácter se analizaron juntas, dos de las facetas de Dependencia de la recompensa (RD) cargaban más en un factor definido por facetas de Cooperación. En general, la hipótesis de la naturaleza distinta y multifacética de la RD no fue apoyada. Otros investigadores que han analizado las escalas del TCI, con análisis factorial exploratorio (Herbst, Zonderman, McCrae y Costa, 2000), dirigido o Procrusters (Ball, Tennen y

---

Kranzler, 1999), y confirmatorio (Gana y Trouillet, 2003) también han informado de resultados que son incompatibles con la hipótesis de una estructura de siete factores. Otros estudios, en diferentes países, señalaron los problemas de consistencia interna en la dimensión de Persistencia que motivó la revisión de la escala (Gutiérrez, Torrens, Boget, Martín-Santos, Sangorrin, Pérez, y Salamero, 2001; Mateos y De la Gangara, 2001; Duijsens, Spinhoven, Goekoop, Spermon y Eurelings-Bontekoe, 2000; Hansenne, Le Bon, Gauthier y Anseau, 2001).

El TCI ha sido usado en varios campos de investigación y de la clínica, estudiando tanto la conducta normal como anormal, ejemplo de ello son los trabajos en trastorno bipolar (Engström, Brändström, Sigvardsson, Cloninger y Nylander, 2003, 2004a, 2004b; Nery, Hatch, Glahn, Nicoletti, Serap Monkul, Najt, Fonseca, Bowden, Cloninger y Soares, 2007; Loftus, Garno, Jaeger y Malhotra, 2008), trastornos depresivos (Hansenne, Reggers, Pinto, Kjiri, Ajamier y Anseau, 1999; Sato, Narita, Hirano, Kusunoki, Goto, Sakado y Uehara, 2001; Pelissolo y Corruble, 2002; de Winter, Wolterbeek, Spinhoven, Zitman y Goekoop, 2007), juego patológico (Nordin y Nylander, 2007), trastornos de la conducta alimentaria (Fassino, Amianto, Gramaglia, Facchini y Abbate-Daga, 2004; Abbate-Daga, Gramaglia, Malfi, Pierò y Fassino, 2007; Dalle Grave, Calugi, Brambilla y Marchesini, 2008), trastornos de la personalidad (Svrakic, Draganic, Hill, Bayon, Przybeck y Cloninger, 2002; Conrad, Schilling, Bausch, Nadstawek, Wartenberg, Wegener, Geiser, Imbierowicz y Liedtke, 2007; Pelissolo, Ecochard y Falissard, 2008), trastorno obsesivo-compulsivo (Alonso, Menchón, Jiménez, Segalàs, Mataix-Cols, Jaurrieta, Labad, Vallejo, Cardoner y Pujol, 2008), y síndrome de fatiga crónica (Van Campen, Van Den Eede, Moorkens, Schotte, Schacht, Sabbe, Cosyns y Claes, 2009). En el contexto de la intervención terapéutica (Anderson, Joyce, Carter, McIntosh y Bulik, 2002; Dalle Grave, Calugi, Brambilla, Abbate-Daga, Fassino y Marchesini, 2006; Mörtberg, Bejerot y Aberg Wistedt, 2007; Dalle Grave et al., 2008), en el contexto de la investigación para establecer correlaciones con otros modelos de personalidad (Bayon, Hill, Svrakic, Przybeck y Cloninger, 1996), en la búsqueda de parámetros neurobiológicos (Kim, Cho, Kang, Hwang y Kwon, 2002; Suzuki, Kitao, Ono, Iijima y Inada, 2003; van

---

Heeringen, Audenaert, Van Laere, Dumont, Slegers, Mertens, y Dierckx, 2003; Serretti, Calati, Giegling, Hartmann, Möller, Colombo y Rujescu, 2007) y en las contribuciones a los estudios genéticos en psiquiatría (Ono, Manki, Yoshimura, Muramatsu, Mizushima, Higuchi, Yagi, Kanba y Asai, 1997; Ando, Ono, Yoshimura, Onoda, Shinohara, Kanba y Asai, 2002; Ando, Suzuki, Yamagata, Kijima, Maekawa, Ono y Jang, 2004).

En la Tabla 1.11. podemos ver las versiones que actualmente propone Cloninger para utilizar en función de las necesidades (obtenido de: [http://psychobiology.wustl.edu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=81&Itemid=89](http://psychobiology.wustl.edu/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=89)).

Tabla 1.11.  
Diferentes versiones para evaluar el modelo de Cloninger.

<b>Escala</b>	<b>Respondiente</b>	<b>Edades</b>	<b>Formato de respuesta</b>	<b>Nº de ítems</b>
TCI-R	Sujeto	> 14 años	Likert – 5p.	240
TCI-R-reducido	Sujeto	> 14 años	Likert – 5p.	140
TCI	Sujeto	> 14 años	V / F	240
TPQ	Sujeto	> 14 años	V / F	100
JTCI	Sujeto	10 a 14 años	V / F	108
JTCI-he/she	Padre o profesor	5 a 14 años	V / F	108
PSTCI	Padre o profesor	2 a 4 años	Likert – 5p.	82

El “*Cuestionario de Temperamento y Carácter - Revisado*” (TCI-R) mide las mismas dimensiones que su predecesor TCI (Cloninger, 1999). Las revisiones más importantes hacen referencia al desarrollo y perfeccionamiento de Persistencia (PS) en las escalas Temperamento, compuesta de 35 ítems y subdividida en cuatro facetas de 8 a 10 elementos cada una. Además se crea una nueva faceta en Dependencia de la recompensa (RD). La nueva distribución de dimensiones, facetas e ítems puede verse en la Tabla 1.12. Aunque se mantiene el mismo número (240) hay un reparto más homogéneo, solo 189 ítems son comunes a las dos versiones, es decir, en el TCI-R se han variado 51 ítems incluyendo entre

ellos 5 de validez. Otra modificación es el cambio de respuesta a cada ítem, de verdadero o falso en el TCI a una escala Likert de 5 puntos en el TCI-R (1 = Falso, 2 = Probablemente falso, 3 = Ni falso ni cierto, 4 = Probablemente cierto, 5 = Cierto).

Los estudios para determinar las propiedades psicométricas y validación del TCI-R no se publicaron inicialmente para la lengua inglesa. Los tenemos en población francesa (Pelissolo, Mallet, Baleyte, Michel, Cloninger, Allilaire y Jouvent, 2005) en una muestra de 482 personas de población normal y clínica. Obtienen una alfa de Cronbach igual o superior 0.80 en las dimensiones principales y entre 0.45 a 0.85 en las facetas, por ello podemos considerar una consistencia interna aceptable.

En las correlaciones entre dimensiones Búsqueda de novedad (NS) y Evitación del daño (HA) obtienen un coeficiente de -0.30, entre Búsqueda de novedad (NS) y Dependencia de la recompensa (RD) es de 0.30, entre Evitación del daño (HA) y Persistencia (PS) obtienen -0.39, entre Evitación del daño (HA) y Autodirección (SD) es de -0.60, entre Dependencia de la recompensa (RD) y Cooperación (CO) es de 0.47, entre Persistencia (PS) y Autodirección (SD) es de 0.36, entre Persistencia (PS) y Autotrascendencia (ST) es de 0.31, entre las dimensiones de Autodirección (SD) y Cooperación (CO) es de 0.41. Se confirman la existencia de 4 factores de Temperamento que dan explicación al 64% de la varianza, y también de tres factores de Carácter que explicaban el 55.6% de la varianza. Todos estos datos indican que la estructura psicométrica del instrumento se mantiene en la población francesa.

Otros estudios obtienen datos similares a los de la población francesa, así vemos trabajos realizados con población belga (Hansenne, Delhez y Cloninger, 2005), italiana (Fossati, Cloninger, Villa, Borroni, Grazioli, Giarolli, Battaglia y Maffei, 2007), con muestras alemanas y suecas (Brändström, Richter y Nylander, 2003), de habla portuguesa (Goncalves y Cloninger, 2010) y en nuestro medio (Gutiérrez-Zotes, Bayón, Montserrat, Valero, Labad, Cloninger y Fernández-Aranda, 2004; Aluja, Blanch, Gallart y Dolcet, 2010).

---

Tabla 1.12.  
Comparación de distribución de ítems entre el TCI y TCI-R.

<b>Temperamento</b>			
<b>Acrónimo</b>	<b>Escala</b>	<b>TCI</b>	<b>TCI-R</b>
<b>NS</b>	<b>Búsqueda de novedad</b>	<b>40</b>	<b>35</b>
NS1	Exploración	11	10
NS2	Falta de reflexión	10	9
NS3	Malbaratamiento	9	9
NS4	Antinormatividad	10	7
<b>HA</b>	<b>Evitación del daño</b>	<b>35</b>	<b>33</b>
HA1	Preocupación	11	11
HA2	Miedo a la incertidumbre	7	7
HA3	Timidez	8	7
HA4	Fatigabilidad	9	8
<b>RD</b>	<b>Dependencia de la recompensa</b>	<b>24</b>	<b>30</b>
RD1	Sentimentalismo	10	8
RD2	Apertura		10
RD3	Apego	8	6
RD4	Dependencia	6	6
<b>PS</b>	<b>Persistencia</b>	<b>8</b>	<b>35</b>
PS1	Esforzado		9
PS2	Tolerancia al fracaso		8
PS3	Ambición		10
PS4	Autoexigencia		8
<b>Carácter</b>			
<b>Acrónimo</b>	<b>Escala</b>	<b>TCI</b>	<b>TCI-R</b>
<b>SD</b>	<b>Autodirección</b>	<b>44</b>	<b>40</b>
SD1	Locus de control interno	8	8
SD2	Propósitos/metás	8	6
SD3	Recursos	5	5
SD4	Autoaceptación	11	10
SD5	Buenos hábitos	12	11
<b>CO</b>	<b>Cooperación</b>	<b>42</b>	<b>36</b>
CO1	Tolerancia social	8	8
CO2	Empatía	7	5
CO3	Altruismo	8	8
CO4	Capacidad de perdonar	10	7
CO5	Integridad	9	8
<b>ST</b>	<b>Autotrascendencia</b>	<b>33</b>	<b>26</b>
ST1	Ensimismamiento	11	10
ST2	Identificación transpersonal	9	8
ST3	Espiritualidad	13	8

Tomado y adaptado de Brändström, S. (2009). *Personality and its complexity*, pág. 24.

Se aprecia que la consistencia interna del TCI-R ha mejorado respecto a sus predecesores aunque es débil en algunas facetas, las correlaciones y las cargas factoriales en ocasiones no coinciden con la hipótesis del modelo generando debate entre autores. En la actualidad no está claro si la hipótesis de la independencia relativa de Carácter y Temperamento es del todo evidente en la versión inglesa del TCI-R (Farmer y Goldberg, 2008a, 2008b; Cloninger, 2008).

#### 1.2.3.5. Descripción de las dimensiones en el TCI-R.

Las cuatro dimensiones de Temperamento y las tres de Carácter con sus respectivas facetas se verán seguidamente. Como ya hemos visto en el texto mantenemos los acrónimos en inglés, así Búsqueda de novedad es NS por "*Novelty Seeking*", Evitación del daño es HA por "*Harm Avoidance*", Dependencia de la recompensa es RD por "*Reward Dependence*", Persistencia es PS por "*Persistence*", Autodirección es SD por "*Self-Directedness*", Cooperación es CO por "*Cooperativeness*" y, finalmente tenemos Autotrascendencia que es ST por "*Self-Trascendence*". Para la descripción de las facetas ver Anexo 3.

##### 1.2.3.5.1. Búsqueda de novedad (NS).

Esta dimensión refleja una inclinación heredable a la iniciación o activación de la conducta hacia estímulos que presentan señales de potenciales recompensas o alivio del dolor. Esta tendencia suele originar conducta exploratoria cuya finalidad es alcanzar posibles premios, evitar la monotonía y evitar posibles castigos.

Los individuos con alta puntuación son impulsivos, irreflexivos, temperamentales, curiosos, amantes del cambio y la novedad, no sujetos a normas, suelen tolerar mal la rutina y aburrirse con facilidad, además de exponerse a situaciones de riesgo. La puntuación alta puede suponer una

---

ventaja adaptativa cuando se traduce en tendencias a la exploración entusiasta de nuevos estímulos, descubrimientos y recompensas, y poder llegar a liderar situaciones originales. No obstante, sería una desventaja adaptativa al producir facilidad para el aburrimiento, impulsividad, arrebatos de enfado y veleidad en las relaciones. En el polo bajo se situarían personas controladas, analíticas, reflexivas, ordenadas y convencionales, rígidas y estoicas con indiferencia por las novedades. La reflexión, la sistematización en el esfuerzo y meticulosidad son rasgos adaptativos si son necesarios, como desventaja adaptativa podría considerarse la tolerancia a la monotonía y la falta de entusiasmo, que potencialmente llevarían a una vida excesivamente rutinaria y prosaica.

#### 1.2.3.5.2. Evitación del daño (HA).

Representa una disposición heredable a responder intensamente a las señales de estímulos aversivos y a inhibir conductas como respuesta a señales de castigo, a la novedad o a la frustración por falta de recompensa.

Puntajes altos nos muestran personas ansiosas, preocupadas, que tienden a anticipar los problemas, inseguras, con miedo a la incertidumbre, tímidas, inhibidas socialmente, pesimistas y fácilmente fatigadas. La vertiente adaptativa de este extremo de la dimensión la tendríamos en el cuidado y la cautela ante situaciones de riesgo y la vertiente desadaptativa en la ansiedad anticipatoria y la inhibición. En el otro polo (bajo) encontramos personas relajadas, despreocupadas, enérgicas, dinámicas, optimistas, asertivas, que tienden a plantar cara a situaciones de riesgo e incertidumbre. Desde un punto de vista desadaptativo pueden mostrarse irresponsables ante los peligros y mantener un optimismo poco realista.

---

#### 1.2.3.5.3. Dependencia de la recompensa (RD).

Esta dimensión muestra una tendencia heredable a responder intensamente a los signos de recompensa y a mantener la conducta ante estímulos que indiquen la obtención de un refuerzo social.

En el polo alto tenemos a personas sentimentales, amigables, afiliativas, sociables, cálidas y dependientes de los otros. El comportamiento adaptativo se muestra en la facilidad para desarrollar relaciones afectivas y genuinas con los demás, así como ser sensible a aspectos de la relación social. La desventaja estaría en personas excesivamente dependientes que son muy sugestionables y suelen perder la objetividad.

En el otro extremo de la dimensión encontraríamos sujetos prácticos, inflexibles, materialistas, fríos, insensibles en las relaciones, a los que no les importa la soledad y disfrutan de ella. Poco influenciados por la presión social. En un plano adaptativo tenemos personas independientes y objetivas que no se corrompen para satisfacer a otros, la vertiente desadaptativa la vemos en sujetos que muestran actitudes de desapego, frialdad y rechazo social.

#### 1.2.3.5.4. Persistencia (PS).

Esta dimensión refleja una tendencia heredable a mantener las conductas a pesar de las frustraciones y del cansancio. Si las conductas son reforzadas de forma intermitente veremos el grado en que las personas se muestran productivas, con determinación, ambiciosas y perfeccionistas.

La puntuación alta hace referencia a personas que trabajan duro, perseverantes y autoexigentes que no se dan por vencidos e intentan superarse ante los retos, llegando a conseguir más logros de los esperados. Cuando los refuerzos son intermitentes y las contingencias se mantienen estables esta tendencia es adaptativa, si las contingencias son cambiantes la perseveración puede llegar a ser desadaptativa. En el polo bajo encontramos sujetos indolentes, inactivos, inestables y erráticos, tienden a

---



abandonar ante las frustraciones y raramente luchan por objetivos a largo plazo. Estas actitudes son adaptativas cuando los refuerzos contingentes son cambiantes y pueden no serlo ante situaciones de refuerzo infrecuente que necesitan una larga trayectoria para conseguirse.

#### 1.2.3.5.5. Autodirección (SD).

Mide la habilidad de la persona para controlar, regular y adaptar su conducta, ajustándose a las situaciones de acuerdo con unas metas y valores escogidos individualmente. Esta dimensión se relaciona con la madurez, la integridad personal y la autoestima, la posesión de recursos propios y eficaces de afrontamiento y, en general, con una buena adaptación personal. Refleja el grado en que el sujeto se percibe como individuo autónomo.

En el polo alto encontramos sujetos autosuficientes, maduros, responsables, fiables, con buena autoestima, capaces de admitir sus faltas y de aceptarse a sí mismos, pueden demorar la satisfacción para conseguir sus metas, son realistas y efectivos pudiendo adaptar su conducta a las metas por ellos escogidas. La puntuación baja nos muestra individuos inmaduros con baja autoestima, que culpan a los otros de sus problemas, irresponsables, poco fiables, reactivos, dependientes y con pocos recursos, suelen verse arrastrados por las circunstancias.

#### 1.2.3.5.6. Cooperación (CO).

Esta dimensión refleja las diferencias individuales en la capacidad de aceptar, identificarse y colaborar con otras personas, además de mostrar comportamientos éticos o prosociales. Incluye la tolerancia, la empatía, el altruismo, el sentido de responsabilidad, la compasión, la conciencia y la caridad. Refleja la adaptación interpersonal y el grado de percepción de sí mismo como parte de la humanidad y la sociedad.

---

Una puntuación elevada muestra a personas que se autodefinen como miembros integrantes de la sociedad, tolerantes, desprendidos, compasivos, empáticos, con principios, y proclives a ayudar al otro. Estas características son adaptativas para personas que tienen que trabajar en equipo y con grupos pero un problema para los que deben realizar tareas en solitario. En el polo bajo estarían las personas intolerantes, desconfiadas, críticas, oportunistas, rencorosas, vengativas, sin principios éticos claros y desconsiderados con los derechos y sentimientos de los otros.

#### 1.2.3.5.7. Autotrascendencia (ST).

Indica el grado en que las personas se sienten partes del universo como un todo, es decir, el concepto trascendente de la vida. Agrupa características de espiritualidad, el misticismo y los pensamientos mágico y religioso. Se relaciona también con la creatividad, la imaginación y la capacidad del sujeto para aceptar la ambigüedad y la incertidumbre.

En el extremo alto de la dimensión tenemos a personas idealistas, espirituales, que pueden experimentar vivencias religiosas o místicas, albergan sentimientos de unión con otras personas y con la naturaleza. Estas características pueden ser adaptativas cuando se enfrentan a sufrimientos, enfermedades o pérdidas, lo cual suele ser inevitable cuando se envejece. Por otro lado, puede no parecer ventajoso en sociedades que priman el materialismo.

En el otro extremo tenemos a sujetos pragmáticos, objetivos, materialistas, racionales, escépticos y pretenciosos, poco imaginativos y convencionales.

---

#### 1.2.4. Relaciones entre los modelos de Zuckerman, Cloninger y Costa y McCrae.

Aunque varios son los estudios que relacionan los factores de los modelos dimensionales de personalidad, es a través de sus instrumentos de medida como se pueden establecer relaciones empíricas entre ellos. Método que también se utiliza al estudiar la validez convergente y discriminante en la construcción de pruebas y tests.

En los diferentes modelos y en función de su evolución se realizan revisiones de los instrumentos, por ello según el momento de la realización de los estudios se utilizan unas u otras versiones de los mismos.

Zuckerman et al. (1993) realizan un análisis de componentes principales en base a 3, 4 y 5 factores de las dimensiones del EPQ-R de Eysenck, el NEO-PI-R de Costa y McCrae, y el ZKPQ de Zuckerman. Los resultados fueron replicados en población española por Aluja et al. (2004) comparándose las estructuras factoriales obtenidas en una muestra española y una americana. Vemos que las dimensiones se distribuyen replicando la estructura del modelo PEN de Eysenck. Respecto a las relaciones entre las dimensiones del NEO-PI-R y el ZKPQ se informa de una relación entre E (Extraversión) y O (Apertura a la experiencia) con Sy (Sociabilidad) y Act (Actividad), entre N (Neuroticismo) con N-Anx (Neuroticismo-Ansiedad), y entre A (Amabilidad) y C (Responsabilidad), ambas en negativo, con ImpSS (Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada) y Agg-Host (Agresividad-Hostilidad). A partir de este punto se representará el acrónimo de la dimensión con un signo menos para indicar una relación negativa, en el supuesto anterior A- y C-. Todo ello correlaciona respectivamente con Extraversión (E, O, Sy y Act), Neuroticismo (N y N-Anx) y Psicoticismo (A-, C-, ImpSS y Agg-Host) del modelo de Eysenck.

En la estructura factorial de 4 factores se mantienen las relaciones entre las dimensiones y en la de 5 factores la dimensión de Apertura a la experiencia (O) queda aislada sin relacionarse con las demás. Por lo que se

---

refiere a las otras dimensiones se mantienen altamente relacionadas en el sentido enunciado.

En otro estudio, en nuestro medio, para ver la estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes con el Modelo de "*Cinco Grandes*" y el Modelo de los "*Cinco Alternativos*", Romero, Luengo, Gómez-Fraguela y Sobral (2002) encuentran que N-Anx (Neuroticismo-Ansiedad) muestra una buena correspondencia con N (Neuroticismo) del NEO-PI-R y Agg-Host (Agresividad-Hostilidad) aparece como el polo negativo de A (Amabilidad). En cuanto a las dimensiones que se dividen en subescalas, las facetas de Act (Actividad) y ImpSS (Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada) forman parte de factores diferentes. Dentro de Act, la faceta más general (Actividad general) carga en E (Extraversión), mientras que la más específica, relacionada con la realización de tareas complicadas, que requieren esfuerzo y concentración (Esfuerzo en el trabajo) se sitúa junto a C (Responsabilidad). Por otro lado, en ImpSS, la faceta de Impulsividad satura negativamente en C; sin embargo, Búsqueda de Sensaciones se desplaza hacia E y O.

En lo que se refiere a la dimensión de Apertura a la experiencia (O) existen estudios (Aluja et al., 2003; García, Aluja, García y Cuevas, 2005) que informan de relaciones consistentes de O con E e ImpSS, pero siempre considerando O como una dimensión independiente.

Las relaciones entre las dimensiones del Modelo de Cloninger y de los "*Cinco Grandes*" de Costa y McCrae han sido estudiadas en muestras clínicas (De Fruyt, Van de Wiele y Van Heeringen, 2000) utilizando el TCI y el NEO-PI-R. Nos fijaremos en aquellas correlaciones por encima de 0.40. Se observa una relación positiva de NS (Búsqueda de novedad) y RD (Dependencia de la recompensa) con E (Extraversión). Por otro lado, en negativo, correlaciona HA (Evitación del daño (HA-)) con E. La dimensión ST (Autotrascendencia) con O (Apertura a la experiencia). HA con N (Neuroticismo). SD (Autodirección) con N-. CO (Cooperación) con A (Amabilidad). Finalmente, PS (Persistencia) y SD tienen una relación positiva con C (Responsabilidad).

---

En los análisis de regresión múltiple (De Fruyt et al., 2000) las escalas del NEO-PI-R que colaboran en la predicción de las escalas del TCI pueden observarse en la Tabla 1.13.

Vemos que para HA las escalas más predictivas son N junto con E- y O-. En la escala NS las variables que más porcentaje de la varianza explicarían son E y C-. Para PS estaría únicamente C. En el caso de RD la dimensión más predictiva es E acompañada de A y N. En las dimensiones de Carácter del modelo de Cloninger, aparece que para SD la escala significativamente predictiva es N- junto a C. Para CO las escalas más predictivas son A junto a O y E. Para finalizar, vemos que para ST la dimensión que más varianza explica es O acompañada de C, aunque esta última con un coeficiente de regresión más bajo.

En la Tabla 1.14. se muestran los resultados del análisis de regresión múltiple tomando las escalas del NEO-PI-R como variables dependientes. Se observan las siguientes relaciones: N con SD- y HA, E con HA- y RD, O con ST y HA-, A con CO y, por último, C con NS- y PS.

Ibáñez, Moya, Villa, Mezquita, Ruipérez y Ortet (2010) realizan un estudio para determinar si las dimensiones de personalidad son factores determinantes del consumo de alcohol en jóvenes, con una muestra de 539 estudiantes utilizan cuatro cuestionarios de personalidad (EPQ-RS, SPSRQ-S, NEO-FFI y TCI) y otras escalas. El análisis de componentes principales obtiene 4 factores, mencionaremos sólo los factores de los modelos de Cloninger y Costa y MCrae, con saturaciones superiores a 0.30 encontramos en el primer factor a N (Neuroticismo), HA (Evitación del daño) y RD (Dependencia a la recompensa); en el segundo A (Amabilidad), RD y NS- (Búsqueda de novedad) en negativo; en el tercero A, E (Extraversión), RD y NS; y finalmente en el último factor tenemos C (Responsabilidad), PS (Persistencia) y NS-.

---

Tabla 1.13.

Coeficientes beta del análisis de regresión múltiple NEO-PI-R respecto a TCI.

	HA	NS	PS	RD	SD	CO	ST
Neuroticismo (N)	<b>0.42</b>	-0.04	0.15	<b>0.25</b>	<b>-0.52</b>	-0.15	0.16
Extraversión (E)	<b>-0.36</b>	<b>0.46</b>	0.03	<b>0.50</b>	0.11	<b>0.17</b>	0.13
Apertura (O)	<b>-0.20</b>	0.09	0.01	0.16	0.05	<b>0.26</b>	<b>0.37</b>
Amabilidad (A)	-0.03	0.07	-0.06	<b>0.29</b>	0.10	<b>0.60</b>	0.04
Responsabilidad (C)	-0.04	<b>-0.45</b>	<b>0.52</b>	0.03	<b>0.24</b>	-0.08	<b>0.20</b>
Múltiple R	0.71	0.62	0.48	0.59	0.69	0.65	0.48
R2	0.51	0.38	0.23	0.35	0.48	0.42	0.23

Búsqueda de novedad (NS), Evitación del daño (HA), Dependencia de la recompensa (RD), Persistencia (PS), Autodirección (SD), Cooperación (CO) y Autotrascendencia (ST). Coeficientes con significación  $p < 0.01$  en negrita. Tomado de De Fruyt et al. (2000), pág. 448.

Tabla 1.14.

Coeficientes beta del análisis de regresión múltiple TCI respecto a NEO-PI-R.

	N	E	O	A	C
HA	<b>0.36</b>	<b>-0.47</b>	<b>-0.29</b>	0.09	-0.20
NS	0.09	0.18	0.06	-0.08	<b>-0.44</b>
PS	0.06	0.11	-0.05	-0.05	<b>0.30</b>
RD	0.14	<b>0.44</b>	0.23	-0.08	0.23
SD	<b>-0.44</b>	0.02	-0.15	-0.02	0.34
CO	-0.04	-0.08	0.13	<b>0.57</b>	-0.18
ST	0.10	0.06	<b>0.33</b>	0.03	0.09
Múltiple R	0.70	0.74	0.58	0.54	0.71
R2	0.49	0.55	0.34	0.29	0.50

Búsqueda de novedad (NS), Evitación del daño (HA), Dependencia de la recompensa (RD), Persistencia (PS), Autodirección (SD), Cooperación (CO) y Autotrascendencia (ST), Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C). Coeficientes con significación  $p < 0.01$  en negrita. Tomado de De Fruyt et al. (2000), pág. 449.

Zuckerman y Cloninger (1996) realizaron un estudio correlacional entre el TCI, el ZKPQ y el EPQ, para observar posibles equivalencias entre las escalas de Cloninger, de Zuckerman y de Eysenck. En la Tabla 1.15 se exponen los resultados obtenidos en el citado estudio.

En los modelos que nos ocupan, Cloninger y Zuckerman, observamos correlaciones altas entre NS e ImpSS, entre HA y N-Anx, entre CO- y Agg-Host. También se dan correlaciones, aunque más modestas entre PS y Act, entre SD y N-Anx-, y entre RD y Sy. ST no muestra correlaciones altas con ninguna otra escala.

Tabla 1.15.  
Correlaciones entre las dimensiones del TCI y el ZKPQ y EPQ-R.

		TCI						
		NS	HA	RD	PS	CO	SD	ST
ZKPQ	ImpSS	<b>.68</b>	<b>-.39</b>	<b>-.20</b>	-.15	-.11	-.17	<b>.28</b>
	N-Anx	-.12	<b>.66</b>	.16	-.11	-.08	<b>-.49</b>	.04
	Agg-Host	.13	.05	<b>-.27</b>	-.03	<b>-.60</b>	<b>-.32</b>	-.18
	Act	.00	<b>-.29</b>	.00	<b>.46</b>	.12	<b>.36</b>	.06
	Sy	<b>.37</b>	<b>-.38</b>	<b>.31</b>	.01	.09	.10	.11
EPQ-P	<b>.41</b>	-.14	<b>-.45</b>	<b>-.29</b>	<b>-.42</b>	<b>-.31</b>	.15	
EPQ-R	EPQ-E	<b>.44</b>	<b>-.53</b>	<b>.23</b>	.17	.10	<b>.18</b>	.16
	EPQ-N	-.14	<b>.59</b>	.10	-.06	-.17	<b>-.45</b>	.02
	EPQ-L	<b>-.21</b>	-.08	.12	.13	<b>.34</b>	<b>.25</b>	.08

Búsqueda de Sensaciones – Impulsividad no socializada (ImpSS), Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx), Agresividad-Hostilidad (Agg-Host), Actividad (Act) y Sociabilidad (Sy). Búsqueda de novedad (NS) Evitación del daño (HA) Dependencia de la recompensa (RD), Persistencia (PS), Autodirección (SD), Cooperación (CO) y Autotrascendencia (ST). Psicoticismo (EPQ-P), Extraversión (EPQ-E), Neuroticismo (EPQ-N), y Sinceridad (EPQ-L). Tomado de Zuckerman y Cloninger (1996), pág. 284.

Más reciente es la publicación de Aluja y Blanch (2011) sobre las similitudes y diferencias entre estos tres modelos mediante sus instrumentos TCI-R, NEO-FFI-R y ZKPQ-50-CC.

Los análisis correlacionales y factoriales mostraron que los tres cuestionarios compartían una apreciable cantidad de varianza común. De los análisis de componente principales emergieron cinco factores. El primer factor quedó integrado por A (Amabilidad), CO (Cooperación) y Agg-Host - (Agresividad-Hostilidad en negativo), con las cargas secundarias en el factor C (Responsabilidad) y SD (Autodirección) de otros factores. El segundo factor estaba compuesto por N (Neuroticismo), N-Anx (Neuroticismo-Ansiedad), HA (Evitación del daño) y SD - (Autodirección en negativo). El

tercer factor quedo integrado por Sy (Sociabilidad), E (Extraversión), RD (Dependencia de la recompensa), ImpSS (Búsqueda de Sensaciones - Impulsividad no socializada) y NS (Búsqueda de novedad). El cuarto factor quedó integrado por PS (Persistencia), Act (Actividad), y C (Responsabilidad), el quinto y último factor estaba compuesto por O (Apertura a la experiencia) y ST (Autotranscendencia). Un análisis factorial confirmatorio indicó que las escalas de cada modelo están muy interrelacionadas y definen bien la dimensión latente especificada.

Con el nuevo cuestionario ZKA-PQ (Aluja et al., 2010) que incluye facetas para todas las dimensiones del modelo de Zuckerman se han realizado análisis estructurales y se ha comparado con el NEO-PI-R (García, Escorial, García, Blanch y Aluja, 2012) y el TCI-R (García, Aluja, García, Escorial y Blanch, 2012) obteniéndose similares relaciones que en estudios anteriores.

### 1.3. MODELOS DIMENSIONALES Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

A pesar de las controversias y diferencias entre el modelo categorial y el dimensional (ver apartado 1.1.5.) se han producido varios intentos para buscar un modelo dimensional que se adapte a clasificación categorial de los trastornos de la personalidad del Eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

La primera aproximación se realizó con el circumplejo interpersonal (Kiesler, 1983) donde algunos trastornos se colocaban fácilmente en el circumplejo pero otros ocasionaban problemas como el Antisocial, o la difícil distinción entre Esquizotípico y Esquizoide que compartían ubicación, además de ser un modelo inadecuado para describir los trastornos de la personalidad Límite y Compulsivo (Wiggins y Pincus, 1989).

Se han realizado otros intentos con los diferentes modelos reseñados en este estudio como veremos a continuación.

---



### 1.3.1. Los trastornos de la personalidad y el Modelo de los Cinco Grandes Factores (MCGF).

Wiggins y Pincus (1989) clasificaron los trastornos de la personalidad del DSM-III mediante las escalas derivadas del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) desarrollada por Morey, Waugh y Blashfield (1985). Utilizaron para el MCGF el Interpersonal Adjective Scales – Big Five (IASR-B5) de Trapnell y Wiggins (1990) y el NEO-PI (Costa y McCrae, 1985). El análisis factorial limitado a cinco factores incluía en el primero de ellos la Extraversión que agrupaba las escalas de los trastornos de la personalidad Histriónico y Narcisista (en positivo) y, Evitación y Esquizoide (en negativo). El factor Neuroticismo agrupaba los trastornos Límite y Dependiente (en positivo). En el factor Amabilidad tenemos el Antisocial, Paranoide y Narcisista (en negativo) junto al Dependiente (en positivo). El Obsesivo-Compulsivo (en positivo), y el Antisocial y Pasivo-Agresivo (en negativo) cargan en el factor de Responsabilidad. Finalmente, en Apertura a la experiencia se agrupa con el Esquizotípico.

Posteriormente Costa y McCrae (1990) correlaciona el NEO-PI (Costa y McCrae, 1985) con las escalas derivadas del MMPI desarrolladas por Morey et al. (1985) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI) I y II. En este estudio Neuroticismo correlaciona positivamente con los trastornos de la personalidad Límite y Esquizotípico, y negativamente con el Narcisista. La dimensión Extraversión correlaciona con el Narcisista en positivo y con el Esquizotípico en negativo. Apertura a la experiencia con el trastorno de la personalidad Antisocial. Amabilidad correlacionó de forma negativa con el Antisocial, Paranoide y Narcisista. Finalmente, Responsabilidad correlacionó con el Obsesivo-Compulsivo y negativamente con el Límite y Antisocial.

Los estudios anteriores se realizaron con personas voluntarias de la comunidad y estudiantes. Saulsman y Page (2004) realizaron un meta-análisis sobre 15 estudios que contenían muestras clínicas y de la población general para examinar las relaciones obtenidas entre los trastornos de la personalidad del DSM-IV y los cinco factores. Aunque cada uno de ellos

---

obtenía un perfil diferenciado, destacar como similitud que la mayoría de trastornos correlacionaba positivamente con Neuroticismo y de forma negativa con Amabilidad. Neuroticismo correlacionaba de forma positiva con los TP Paranoide, Esquizotípico, Límite, por Evitación, por Dependencia. El factor Amabilidad correlaciona en negativo con Paranoide, Esquizotípico, Antisocial, Límite y Narcisista. Extraversión se agrupa en positivo con Histriónico y Narcisista, y en negativo con Esquizoide, Esquizotípico y por Evitación. Responsabilidad correlaciona con Obsesivo-Compulsivo (en positivo) y con Antisocial y Límite (en negativo). Apertura a la experiencia no se asociaba a ningún trastorno de la personalidad.

Uno de los estudios de este meta-análisis (Dyce y O'Connor, 1998) aplica el NEO-PI-R y el MCMI-III y puede verse el efecto de las facetas de los diferentes factores en la predicción de los trastornos de la personalidad, aumentando la especificidad y la discriminación de los mismos y proporcionando descripciones más detalladas.

Un metaanálisis previo de Ostendorf (2002) aportó similares resultados que Saulsman y Page (2004). Neuroticismo estaba relacionado con la mayoría de los trastornos de la personalidad excluyendo Esquizoide, Antisocial, Histriónico, Narcisista y Obsesivo-Compulsivo. Extraversión se relacionó negativamente con Esquizoide, Evitativo, Dependiente, Obsesivo-Compulsivo, Pasivo-Agresivo, Masoquista y Depresivo. Amabilidad se relacionó negativamente con Paranoide, Esquizotípico, Límite, Antisocial, Narcisista, Pasivo-Agresivo, Sádico y Masoquista. Responsabilidad se relacionó negativamente con Esquizotípico, Límite, Antisocial, Dependiente, Pasivo-Agresivo, Sádico y Masoquista, y una relación positiva con Obsesivo-Compulsivo.

Reynolds y Clark (2001) compararon la utilidad de varios modelos de rasgo para describir los trastornos de la personalidad en una muestra clínica homogénea (N=94) utilizando el SNAP (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality; Clark, 1993) y dos instrumentos para el Modelo de los Cinco Grandes: el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992a) y el Big Five Inventory (John, Donahue y Kentle, 1991). Mediante análisis de regresión

---

se puso de manifiesto que mejoraba la predicción cuando se consideraban las facetas del NEO-PI-R.

Lynam y Widiger (2001) y Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson y Costa (2002) realizaron a través del consenso de expertos las predicciones sobre como las facetas del NEO-PI-R se relacionarían con los diferentes trastornos de la personalidad del DSM-IV. En la Tabla 1.16 se plasma como serían las puntuaciones significativas que se obtendrían, y su sentido, en cada una de las facetas: A: alta, B: Baja, en ambos estudios.

De Fruyt, De Clercq, Van de Wiele y Van Heeringen (2006) confirmaron las predicciones realizadas por Widiger et al. (2002) con una muestra heterogénea de pacientes psiquiátricos y utilizando el NEO-PI-R y el TCI. Los trastornos de la personalidad correlacionaron positivamente, y sin excepción, con Neuroticismo y negativamente con Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad.

La conclusión general en este estudio es que no mostraron diferencias ambos modelos en su rendimiento descriptivo si tenemos en cuenta las dimensiones de primer orden de ambos. Las facetas del NEO-PI-R tienen más validez en la contabilización de un conjunto más amplio de trastornos de la personalidad, y explican más varianza de tres trastornos del cluster B, a excepción del Narcisista. Podemos decir que obtiene más poder predictivo el NEO-PI-R frente al TCI. No obstante, el MCGF y el modelo de Cloninger son complementarios en la descripción de la patología de la personalidad.

---

Tabla 1.16.  
Predicciones de las facetas del NEO-PI-R en relación a los trastornos de la personalidad.

	PAR	ESQ	ZOP	ANT	LIM	HIS	NAR	EVI	DEP	OBS
<b>N Neuroticismo</b>										
N1 Ansiedad			A A	B	A A			A A	A A	A
N2 Hostilidad	A A			A A	A A		A A			
N3 Depresión					A A	A		A		
N4 Autoconocimiento			A A	B		B A	B A	A A	A A	
N5 Impulsividad				A	A A	A		B		B
N6 Vulnerabilidad					A A			A A	A A	
<b>E Extraversión</b>										
E1 Cordialidad	B	B B	B B			A	B		A	
E2 Gregarismo	B	B B	B B			A A		B B		
E3 Asertividad		B		A			A	B B	B B	A
E4 Actividad		B		A		A				
E5 Búsqueda de emociones		B		A A		A A	A	B B		B
E6 Emociones positivas		B B	B B			A A		B		
<b>O Apertura</b>										
O1 Fantasía			A			A A	A			
O2 Estética										
O3 Sentimientos		B B			A	A	B			B
O4 Acciones	B	B	A	A	A	A	A	B		B
O5 Ideas			A A							B
O6 Valores	B									B B
<b>A Amabilidad</b>										
A1 Confianza	B B		B	B	B	A A	B		A A	
A2 Sinceridad	B B			B B			B			
A3 Altruismo	B			B B			B B		A	
A4 Conformidad	B B			B B	B		B		A A	B
A5 Modestia				B			B B	A	A A	
A6 Comprensión	B			B B			B B			
<b>C Responsabilidad</b>										
C1 Competencia					B					A A
C2 Orden			B							A A
C3 Sentido del deber				B B						A A
C4 Aspiraciones							A			A A
C5 Autodisciplina				B B		B				A
C6 Deliberación				B B	B	B				A

A: Alta puntuación, B: Baja puntuación, en el estudio de Lynam y Widiger (2001) **A: Alta puntuación, B: Baja puntuación** en el estudio de Widiger et al. (2002). Paranoide (PAR), Esquizoide (ESQ), Esquizotípico (ZOP), Antisocial (ANT), Límite (LIM), Histriónico (HIS), Narcisista (NAR), Evitación (EVI), Dependencia (DEP) y Obsesivo-Compulsivo (OBS).

El metaanálisis de Saulsman y Page (2004) fue replicado posteriormente por Samuel y Widiger (2008) con nuevas muestras e instrumentos encontrando resultados similares a nivel de dominios. Con el estudio de las 30 facetas se obtuvo una descripción más detallada y apoyo a la relación empírica entre el MCGF y los trastornos de la personalidad del DSM-IV-TR, acorde con las predicciones teóricas.

En nuestro medio Aluja, Cuevas, García y García (2007a) analizan las relaciones entre las dimensiones y facetas del NEO-PI-R y los 14 trastornos de la personalidad del MCMI-III en una muestra no clínica española. Se exploran las diferencias y similitudes con los resultados de Dyce y O'Connor (1998) en una muestra americana con los mismos instrumentos. Los análisis factoriales de facetas reteniendo cinco factores mostraron un modelo de relaciones muy similar entre ambas muestras. El coeficiente de la congruencia total era de 0.92, y los coeficientes de congruencia de factor aceptables, salvo para Apertura a la experiencia (0.68). Estos resultados están en consonancia con las predicciones de Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson y Costa (1994) donde los porcentajes de correlaciones significativas estaban alrededor de 60% en ambas muestras, y la mayoría coincidía. El análisis de regresión múltiple con dimensiones también reveló un gran parecido entre los resultados americanos y españoles, Neuroticismo fue el predictor más relacionado con los trastornos de la personalidad. Se encontraron diferencias en las regresiones por facetas, aunque la varianza explicada fue prácticamente la misma que en las dimensiones. Vemos en la Tabla 1.17. estos resultados.

---

Tabla 1.17.

Comparación de las ecuaciones de regresión entre dominios y facetas del NEO-PI-R y el MCMI-III en muestras españolas y americanas.

NEO-PI-R Dimensiones						
		r	r <sup>2</sup>	β		
ESQUIZOIDE	E	.59	.35	<b>-.58</b> <sup>E</sup>	-.15 <sup>A</sup>	
	A	.47	.22	<b>-.47</b> <sup>E</sup>		
EVITATIVO	E	.61	.37	<b>.41</b> <sup>N</sup>	<b>-.37</b> <sup>E</sup>	
	A	.69	.48	<b>.52</b> <sup>N</sup>	<b>-.30</b> <sup>E</sup>	
DEPENDIENTE	E	.58	.33	<b>.54</b> <sup>N</sup>	<b>.23</b> <sup>A</sup>	-.19 <sup>O</sup>
	A	.59	.35	<b>.59</b> <sup>N</sup>	<b>.22</b> <sup>A</sup>	
HISTRIONICO	E	.68	.47	<b>.68</b> <sup>E</sup>		
	A	.61	.37	<b>.61</b> <sup>E</sup>		
NARCISISTA	E	.62	.38	<b>-.39</b> <sup>A</sup>	.40 <sup>E</sup>	-.22 <sup>N</sup>
	A	.44	.19	<b>-.43</b> <sup>A</sup>	.20 <sup>O</sup>	
ANTISOCIAL	E	.62	.38	<b>-.42</b> <sup>C</sup>	<b>-.31</b> <sup>A</sup>	.18 <sup>E</sup>
	A	.53	.28	<b>-.28</b> <sup>C</sup>	<b>-.40</b> <sup>A</sup>	
SADICO	E	.53	.24	<b>-.36</b> <sup>A</sup>	<b>.32</b> <sup>N</sup>	
	A	.58	.34	<b>-.47</b> <sup>A</sup>	<b>.27</b> <sup>N</sup>	
COMPULSIVO	E	.66	.44	<b>.59</b> <sup>C</sup>	<b>-.17</b> <sup>E</sup>	-.15 <sup>O</sup>
	A	.64	.41	<b>.65</b> <sup>C</sup>	<b>-.17</b> <sup>E</sup>	
PASIVO-AGRE.	E	.61	.38	<b>.60</b> <sup>N</sup>		
	A	.52	.40	<b>.50</b> <sup>N</sup>	-.28 <sup>A</sup>	
MASOQUISTA	E	.53	.28	<b>.46</b> <sup>N</sup>	-.18 <sup>E</sup>	
	A	.59	.35	<b>.59</b> <sup>N</sup>		
ESQUIZOTÍPICO	E	.46	.21	<b>.46</b> <sup>N</sup>		
	A	.54	.29	<b>.45</b> <sup>N</sup>	.18 <sup>O</sup>	-.22 <sup>A</sup>
LIMITE	E	.62	.38	<b>.54</b> <sup>N</sup>	-.18 <sup>C</sup>	
	A	.67	.45	<b>.61</b> <sup>N</sup>	-.21 <sup>A</sup>	
PARANOIDE	E	.45	.20	<b>.33</b> <sup>N</sup>	<b>-.19</b> <sup>A</sup>	-.18 <sup>O</sup>
	A	.55	.30	<b>.33</b> <sup>N</sup>	<b>-.38</b> <sup>A</sup>	
DEPRESIVO	E	.62	.39	<b>.56</b> <sup>N</sup>	<b>-.17</b> <sup>E</sup>	
	A	.73	.53	<b>.68</b> <sup>N</sup>	<b>-.13</b> <sup>E</sup>	

NEO-PI-R Facetas									
		r	r <sup>2</sup>	β					
ESQUIZOIDE	E	.63	.40	<b>-.32</b> <sup>E2</sup>	<b>-.15</b> <sup>E1</sup>	-.16 <sup>O6</sup>	-.27 <sup>E6</sup>		
	A	.54	.29	<b>-.31</b> <sup>E2</sup>	<b>-.21</b> <sup>E1</sup>	.20 <sup>N3</sup>			
EVITATIVO	E	.63	.40	<b>.25</b> <sup>N4</sup>	<b>.24</b> <sup>N3</sup>	-.21 <sup>E1</sup>	-.16 <sup>E3</sup>		
	A	.72	.52	<b>.31</b> <sup>N4</sup>	<b>.39</b> <sup>N3</sup>	-.24 <sup>E2</sup>			
DEPENDIENTE	E	.58	.34	<b>.52</b> <sup>N3</sup>	<b>.19</b> <sup>A4</sup>	-.17 <sup>O5</sup>			
	A	.63	.40	<b>.23</b> <sup>N3</sup>	<b>.19</b> <sup>A4</sup>	.26 <sup>N6</sup>	.26 <sup>N4</sup>		
HISTRIONICO	E	.70	.49	<b>.33</b> <sup>E1</sup>	<b>.18</b> <sup>E3</sup>	.23 <sup>E2</sup>	.18 <sup>E6</sup>	-.15 <sup>A2</sup>	
	A	.61	.37	<b>.37</b> <sup>E1</sup>	<b>.23</b> <sup>E3</sup>	.16 <sup>E5</sup>	-.14 <sup>A5</sup>		
NARCISISTA	E	.67	.45	<b>-.22</b> <sup>A2</sup>	<b>-.26</b> <sup>A5</sup>	.17 <sup>E1</sup>	-.16 <sup>N4</sup>	.13 <sup>E5</sup>	
	A	.52	.27	<b>-.19</b> <sup>A2</sup>	<b>-.41</b> <sup>A5</sup>	.17 <sup>E3</sup>			
ANTISOCIAL	E	.65	.42	<b>-.28</b> <sup>C6</sup>	<b>-.19</b> <sup>A2</sup>	-.21 <sup>C5</sup>	.16 <sup>N2</sup>	.15 <sup>E5</sup>	
	A	.58	.34	<b>-.35</b> <sup>C6</sup>	<b>-.40</b> <sup>A2</sup>				
SADICO	E	.59	.34	<b>.36</b> <sup>N2</sup>	-.23 <sup>A4</sup>	-.16 <sup>C6</sup>			
	A	.59	.34	<b>.40</b> <sup>N2</sup>	-.32 <sup>A2</sup>				
COMPULSIVO	E	.68	.45	<b>.27</b> <sup>C6</sup>	<b>.32</b> <sup>C5</sup>	<b>-.15</b> <sup>O1</sup>	-.13 <sup>O6</sup>	.16 <sup>N4</sup>	.15 <sup>C1</sup>
	A	.64	.41	<b>.17</b> <sup>C6</sup>	<b>.24</b> <sup>C5</sup>	<b>-.14</b> <sup>O1</sup>	.16 <sup>C3</sup>	.24 <sup>C2</sup>	
PASIVO-AGRE.	E	.65	.42	<b>.27</b> <sup>N3</sup>	<b>.22</b> <sup>N2</sup>	-.16 <sup>O2</sup>	.17 <sup>N6</sup>	-.13 <sup>C6</sup>	
	A	.64	.41	<b>.32</b> <sup>N3</sup>	<b>.36</b> <sup>N2</sup>	-.16 <sup>A2</sup>			
MASOQUISTA	E	.54	.29	<b>.43</b> <sup>N3</sup>	-.14 <sup>C1</sup>				
	A	.63	.40	<b>.55</b> <sup>N3</sup>	-.16 <sup>A1</sup>				
ESQUIZOTÍPICO	E	.48	.23	<b>.37</b> <sup>N3</sup>	.17 <sup>N2</sup>				
	A	.57	.32	<b>.43</b> <sup>N3</sup>	-.17 <sup>E2</sup>	.18 <sup>O2</sup>	-.25 <sup>A2</sup>		
LIMITE	E	.64	.41	<b>.48</b> <sup>N3</sup>	<b>-.20</b> <sup>C6</sup>	.16 <sup>A5</sup>			
	A	.70	.49	<b>.59</b> <sup>N3</sup>	<b>-.16</b> <sup>C6</sup>	-.23 <sup>A4</sup>			
PARANOIDE	E	.50	.25	<b>-.16</b> <sup>A1</sup>	.26 <sup>N3</sup>	-.22 <sup>O6</sup>	-.15 <sup>A4</sup>		
	A	.56	.31	<b>-.32</b> <sup>A1</sup>	.28 <sup>N2</sup>	-.15 <sup>E2</sup>			
DEPRESIVO	E	.65	.42	<b>.69</b> <sup>N3</sup>	-.15 <sup>E6</sup>				
	A	.76	.58	<b>.69</b> <sup>N3</sup>	.13 <sup>N2</sup>				

E: muestra española, A: muestra americana. En negrita los dominios y facetas concordantes en ambas muestras. Tomado de Aluja, Cuevas, García y García (2007a), pág. 316.

### 1.3.2. Los trastornos de la personalidad y el modelo psicobiológico de los Cinco Alternativos de Zuckerman.

Pocos estudios se han realizado sobre la relación entre el modelo de los "*Cinco Alternativos*" de Zuckerman y los trastornos de la personalidad comparado con el modelo anterior.

La dimensión Búsqueda de sensaciones – Impulsividad no socializada fue la más estudiada en relación a los trastornos de la personalidad, en sus puntuaciones extremas se supone relacionada con el trastorno Antisocial de la personalidad (Zuckerman, 1999). También se ha relacionado con otros trastornos del Cluster B y trastornos donde la falta de control de impulsos es un problema (Ball, Carroll y Rounsaville, 1994; Thornquist y Zuckerman, 1995).

Wang, Du, Wang, Livesley y Jang (2004) estudiaron la relación entre el modelo y los trastornos de la personalidad, utilizaron la versión china del ZKPQ y el Cuestionario Básico para la Evaluación Dimensional de la Personalidad Patológica (DAPP-BQ, Livesley y Jackson, 2002) en una muestra de 149 universitarios sanos. Las relaciones se establecieron en un análisis factorial donde se extrajeron 5 factores (Tabla 1.18). El primero llamado "*Disregulación emocional*", está integrado por Neuroticismo-Ansiedad y escalas como humor inestable, ansiedad, distorsión cognitiva, problemas de identidad, vínculo inseguro, oposicionismo, expresividad restringida, autolesión, evitación social, sumisión y desconfianza. El factor II llamado "*Comportamiento antisocial*" lo componen Agresividad-Hostilidad y las escalas de insensibilidad, problemas de conducta, narcisismo, oposicionismo, rechazo, búsqueda de estimulación y desconfianza. La Búsqueda de sensaciones – Impulsividad no socializada carga en un tercer factor con compulsividad (en negativo), problemas de conducta y autolesión, este factor se denomina "*Impulsividad negligente*". Un cuarto factor definido como "*Inhibición*" lo compone Sociabilidad (en negativo), vínculo inseguro, problemas de intimidad y expresividad restringida. Por último, en el factor V, denominado "*Compulsión*", está Actividad y compulsividad.

---

Tabla 1.18.  
Análisis de componentes principales del ZKPQ y DAPP-BQ.

ESCALAS	FACTORES				
	I	II	III	IV	V
<b>ZKPQ</b>					
Búsqueda de sensaciones - Impulsividad	.06	.32	<b>.54</b>	-.20	.17
Neuroticismo - Ansiedad	<b>.78</b>	-.10	.05	.03	-.09
Agresividad - Hostilidad	-.05	<b>.44</b>	.26	-.35	-.39
Actividad	-.13	.04	.04	-.03	<b>.86</b>
Sociabilidad	-.17	.10	.06	<b>-.64</b>	.00
<b>DAPP-BQ</b>					
Humor inestable	<b>.68</b>	.34	.21	-.35	.03
Ansiedad	<b>.85</b>	.23	-.11	.10	.00
Insensibilidad	.26	<b>.65</b>	.35	.14	-.08
Distorsión cognitiva	<b>.77</b>	.13	.24	.06	.06
Compulsividad	.17	.15	<b>-.68</b>	-.04	.43
Problemas de conducta	.15	.40	<b>.65</b>	.03	-.08
Problemas de identidad	<b>.69</b>	.19	.18	.24	-.09
Vínculo inseguro	<b>.65</b>	.15	-.02	<b>-.47</b>	.06
Problemas con la intimidad	.03	-.11	.31	<b>.70</b>	-.05
Narcisismo	.27	<b>.81</b>	-.12	-.05	.17
Oposicionismo	<b>.58</b>	<b>.42</b>	.15	-.02	-.27
Rechazo	.03	<b>.80</b>	.05	-.18	-.06
Expresividad restringida	<b>.46</b>	.06	-.32	<b>.61</b>	.15
Autolesión	<b>.44</b>	.06	<b>.59</b>	.19	.18
Evitación social	<b>.72</b>	.29	-.13	.36	-.02
Búsqueda de estimulación	.28	<b>.57</b>	.31	-.27	.07
Sumisión	<b>.77</b>	.07	.00	.21	-.02
Desconfianza	<b>.50</b>	<b>.46</b>	.20	.19	.11
Eigenvalue	7.22	3.15	1.97	1.39	1.11
% Total de la Varianza	31.40	13.70	8.56	6.05	4.83

En negrita las cargas superiores a .40. Tomado de Wang, Du, Wang, Livesley y Jang (2004), pág. 160.

En un estudio previo Livesley et al. (1998) cuatro de estos factores fueron obtenidos y asociados según los autores a trastornos de la personalidad del DSM-IV. Así "*Disregulación emocional*" se correspondía al Trastorno Límite de la Personalidad. El factor "*Comportamiento antisocial*"



con otro trastorno del cluster B, el Antisocial. El tercer factor "*Inhibición*" se vincularía al Trastorno de la Personalidad por Evitación y al Esquizotípico. Por último, el factor denominado "*Compulsión*" se asemeja al Trastorno Obsesivo – Compulsivo de la Personalidad.

Aluja, Cuevas, García y García (2007b) exploraron las relaciones entre las dimensiones básicas del modelo de personalidad de Zuckerman (medido mediante el ZKPQ) y las 14 escalas de los trastornos de la personalidad del Inventario de Millon (MCMII-III). En la Tabla 1.19 vemos los factores obtenidos con un análisis de componentes principales con rotación Varimax incluyendo las escalas del MCMII-III y las dimensiones del ZKPQ.

Huang, He, Chen, Yu, Chen, Shen y Wang (2011) estudiaron la potencial predictibilidad del modelo de los "*Cinco Alternativos*" en el funcionamiento de estilos de trastornos de la personalidad en una muestra sana y muestra clínica, obteniendo un mayor poder predictivo en la segunda. Se encontró que los pacientes del cluster A puntuaron más bajo en Sociabilidad, los del cluster B más alto en Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada y Agresividad-Hostilidad, los del cluster C1 (tipos Evitativo y Dependiente) puntuaban más alto en Neuroticismo-Ansiedad y el cluster C2 (tipo Obsesivo-Compulsivo) más alto en Actividad.

Gomà-i-Freixenet et al. (2008) administraron el ZKPQ para probar la capacidad discriminante del modelo de Zuckerman en sujetos diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad respecto a sujetos normales. Los resultados mostraron puntuaciones más altas en Neuroticismo-Ansiedad, Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada y Agresividad-Hostilidad, y puntuaciones más bajas en Actividad y Sociabilidad.

---

Tabla 1.19.  
Análisis de componentes principales del ZKPQ y MCMI-III.

<b>MCMI-III ESCALAS</b>	<b>FACTORES</b>				
	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>
Esquizoide	<b>.46</b>	.03	<b>.75</b>	.00	.11
Evitación	<b>.77</b>	-.09	<b>-.40</b>	-.07	-.12
Dependencia	<b>.86</b>	-.02	.07	-.18	-.04
Histriónico	-.23	.23	<b>.78</b>	.10	.30
Narcisista	-.27	<b>.44</b>	.17	.32	<b>.61</b>
Antisocial	.27	<b>.83</b>	-.01	.23	.12
Sádico	<b>.49</b>	<b>.43</b>	-.10	<b>.50</b>	.29
Obsesivo-Compulsivo	.03	<b>-.80</b>	-.14	-.09	.37
Pasivo-Agresivo	<b>.77</b>	.25	-.08	.35	.05
Masoquista	<b>.83</b>	.13	-.20	.01	-.01
Esquizotípico	<b>.79</b>	.20	-.24	.06	.17
Límite	<b>.78</b>	<b>.41</b>	.01	.18	.01
Paranoide	<b>.67</b>	.11	-.29	.25	.39
Depresiva	<b>.87</b>	-.02	-.13	.10	-.06
<b>ZKPQ dimensiones</b>					
Búsqueda de sensaciones - Impulsividad	.11	<b>.73</b>	.30	.07	.14
Neuroticismo - Ansiedad	<b>.70</b>	-.16	.10	.33	-.34
Agresividad - Hostilidad	.12	.24	.07	<b>.87</b>	.06
Actividad	.05	-.13	.23	.01	<b>.67</b>
Sociabilidad	.01	.20	<b>.82</b>	-.01	.15
% Total de la Varianza	32.9	14.5	12.9	8.3	8.1

En negrita las cargas superiores a .40. Tomado de Aluja, Cuevas, García y García (2007b), pág. 1316.

### 1.3.3. Los trastornos de la personalidad y el modelo psicobiológico de Cloninger.

Svrakic et al. (1993) confirmaron en una muestra clínica, de pacientes ingresados, la hipótesis que las puntuaciones bajas en Autodirección y Cooperación predecían el riesgo de presencia de trastorno de la personalidad entre un 11% a un 94%. Los pacientes de los clusters A,

B, y C se diferenciaron por una baja Dependencia de la recompensa, alta Búsqueda de novedad y alta Evitación del daño, respectivamente.

Tabla 1.20.

Correlaciones entre las dimensiones de Temperamento y Carácter y número de síntomas de los trastornos de la personalidad (Total, Cluster A, Cluster B, y Cluster C).

	Total	Cluster A	Cluster B	Cluster C
<b>Temperamento</b>				
Evitación del daño	<b>.55***</b>	<b>.51***</b>	<b>.37***</b>	<b>.61***</b>
Búsqueda de novedad	<b>.30**</b>	.08	<b>.46***</b>	<b>.21*</b>
Dependencia de la recompensa	-.18	<b>-.41***</b>	-.04	-.09
Persistencia	.13	-.06	.13	-.10
<b>Carácter</b>				
Autodirección	<b>-.80***</b>	<b>-.66***</b>	<b>-.70***</b>	<b>-.77***</b>
Cooperación	<b>-.61***</b>	<b>-.55***</b>	<b>-.58***</b>	<b>-.50***</b>
Autotrascendencia	<b>.23*</b>	-.19	<b>.29*</b>	.11

Correlaciones significativas en negrita (\*\*\*) <.0001, \*\* <.001, \* <.01). Tomado de Svrakic et al. (2002), pág. 192.

En un artículo posterior del mismo equipo con pacientes psiquiátricos ambulatorios, con patología afectiva, con y sin trastornos de la personalidad (Svrakic et al., 2002), se obtuvieron conclusiones similares. Aunque realizado con otros instrumentos, en ambos se utilizó el TCI de Cloninger et al. (1994). En este estudio se observó que bajas puntuaciones en las dimensiones de Carácter correlacionaban con un elevado número de síntomas de los trastornos de la personalidad, además cada subtipo de trastorno de la personalidad creaba una única combinación de correlaciones con los cuatro rasgos de temperamento, ello se muestra en las Tabla 1.20 en función de los tres clusters, y en la Tabla 1.21. en función de cada uno de los trastornos de la personalidad.

Tabla 1.21.

Correlaciones entre las dimensiones de Temperamento y Carácter y número de síntomas para cada uno de los trastornos de la personalidad.

	<u>Temperamento</u>				<u>Carácter</u>		
	HA	NS	RD	PS	SD	CO	ST
<i>Síntomas TP</i>							
Antisocial	.11	<b>.51***</b>	-.11	.06	<b>-.46***</b>	<b>-.50***</b>	.11
Histriónico	.04	.10	.12	-.49	<b>-.43***</b>	<b>.28*</b>	<b>.40***</b>
Límite	<b>.45***</b>	<b>.37***</b>	-.09	.12	<b>-.67***</b>	<b>-.43***</b>	<b>.25*</b>
Narcisista	.17	<b>.31**</b>	-.03	.09	<b>-.49***</b>	<b>-.44***</b>	<b>.25*</b>
Evitativo	<b>.65***</b>	.00	<b>-.20*</b>	.07	<b>-.64***</b>	<b>-.44***</b>	-.07
Obsesivo	<b>.42***</b>	.09	-.13	<b>.19*</b>	<b>-.62***</b>	<b>-.38***</b>	.10
Dependiente	<b>.54***</b>	<b>.20*</b>	<b>.18*</b>	.03	<b>-.61***</b>	<b>-.22*</b>	.13
Esquizoide	<b>.31**</b>	-.10	<b>-.46***</b>	-.04	<b>-.36***</b>	<b>-.33**</b>	-.16
Esquizotípico	.53***	.09	-.28**	.00	<b>-.64***</b>	<b>-.48***</b>	<b>.31**</b>
Paranoide	<b>.33**</b>	<b>.21*</b>	<b>-.25**</b>	<b>.20*</b>	<b>-.54***</b>	<b>-.50***</b>	<b>.28*</b>

Correlaciones significativas en negrita (\*\*\* <.0001, \*\* <.001, \* <.01). HA: Evitación del daño, NS: Búsqueda de novedad, RD: Dependencia de la recompensa, PS: Persistencia, SD: Autodirección, CO: Cooperación y ST: Autotrascendencia. Tomado de Svrakic et al. (2002), pág. 192.

De Fruyt et al. (2006) en el trabajo citado con anterioridad hallaron resultados similares a los de Svrakic et al. (1993). Los trastornos del cluster C estaban relacionados con Evitación del daño. Los del cluster A se relacionaban negativamente con Dependencia de la recompensa en el estudio de Svrakic et al. (1993), aunque en este solo lo hizo el Trastorno de la Personalidad Esquizoide. Autodirección se relacionó de forma negativa con varios trastornos de la personalidad. Cooperación se relacionó negativamente con los trastornos de la personalidad Narcisista y Paranoide. Además se constata que las facetas propuestas por el modelo pueden diferenciar entre 9 de los 10 trastornos de la personalidad.

#### 1.3.4. Los trastornos de la personalidad y los modelos dimensionales.

En este punto reproducimos, en las Tablas 1.22., 1.23. y 1.24., de forma integrada las correlaciones encontradas, en los apartados anteriores,

respecto entre los diferentes trastornos de la personalidad y las dimensiones del Modelo de los Cinco Grandes (MCGF), del Modelo de los "Cinco Alternativos" de Zuckerman y el Modelo Psicobiológico de Cloninger. Además de facilitar el análisis de la información recogida y su comprensión constituirá una ayuda para generar hipótesis.

Tabla 1.22.

Relaciones entre dimensiones de personalidad y trastornos de la personalidad (I).

	<b>EVI</b>	<b>DEP</b>	<b>OBS</b>	<b>PAR</b>	<b>EST</b>
<b>ZKPQ-50-CC</b>					
Huang et al. (2011)	N-Anx Act-	N-Anx Act-	N-Anx Act Sy-	N-Anx Agg-Host	N-Anx Sy-
Aluja et al. (2007b)	N-Anx Sy-	N-Anx	ImpSS- Act	N-Anx Agg-Host	N-Anx ImpSS Sy-
<b>NEO-PI-R</b>					
De Fruyt et al. (2006)	E- N A-	N C-	E- A- N C	N A-	E- A- O
Samuel y Widiger (2008)	N E-	N C-	C	N A- E-	N E-
Bagby et al. (2005)	N E- C- A-	N C- E-	N A-	N A- E- C-	N A- E- C-
Dyce y O'Connor (1998)	N E-	N A	E- C	N A-	N O
Aluja et al. (2007a)	N E-	N A	C E-	N A-	N O
<b>TCI-R</b>					
De Fruyt et al. (2006)	HA SD- RD-	SD- HA	ST NS- RD- SD- PS	CO- SD- PS	ST RD- HA

Notas: Dirección de la relación entre la dimensión y el trastorno, si positiva en blanco y si negativa con el signo "-". **Trastornos de la personalidad:** Evitación (EVI), Dependencia (DEP), Obsesivo-compulsivo (OBS), Paranoide (PAR) y Esquizotípico (EST). **ZKPQ-50-CC:** Búsqueda de sensaciones-Impulsividad no socializada (ImpSS), Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx), Agresividad-Hostilidad (Agg-Host), Actividad (Act) y Sociabilidad (Sy). **NEO-PI-R:** Dimensiones: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C). **TCI-R:** Búsqueda de novedad (NS), Evitación del daño (HA), Dependencia de la recompensa (RD), Persistencia (PS), Autodirección (SD), Cooperación (CO) y Autotrascendencia (ST).

Tabla 1.23.

Relaciones entre dimensiones de personalidad y trastornos de la personalidad (II).

	<b>ESD</b>	<b>HIS</b>	<b>NAR</b>	<b>LIM</b>	<b>ANT</b>
<b>ZKPQ-50-CC</b>					
Huang et al. (2011)	Sy- Act- Agg-Host-	ImpSS N-Anx	ImpSS N-Anx	N-Anx ImpSS	Agg-Host ImpSS Act-
Aluja et al. (2007b)	Sy- N-Anx	Sy ImpSS N-Anx-	ImpSS N-Anx- Agg-Host Act	N-Anx ImpSS Agg-Host	ImpSS Agg-Host
<b>NEO-PI-R</b>					
De Fruyt et al. (2006)	E-	N A- O	A-	N O	C- A-
Samuel y Widiger (2008)	E- N	E	A-	N C- A-	A- C-
Bagby et al. (2005)	E- O- C-	O E	A- N C- O	N A- C- E-	A-
Dyce y O'Connor (1998)	E-	E	O A-	N A-	A- C-
Aluja et al. (2007a)	E-	E	A- O	N A-	A- C-
<b>TCI-R</b>					
De Fruyt et al. (2006)	RD-	SD- ST CO-	CO- SD- ST HA-	SD- ST	SD- NS RD-

Notas: Dirección de la relación entre la dimensión y el trastorno, si positiva en blanco y si negativa con el signo "-". **Trastornos de la personalidad:** Esquizoide (ESD), Histriónico (HIS), Narcisista (NAR), Límite (LIM) y Antisocial (ANT). **ZKPQ-50-CC:** Búsqueda de sensaciones-Impulsividad no socializada (ImpSS), Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx), Agresividad-Hostilidad (Agg-Host), Actividad (Act) y Sociabilidad (Sy). **NEO-PI-R:** Dimensiones: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C). **TCI-R:** Búsqueda de novedad (NS), Evitación del daño (HA), Dependencia de la recompensa (RD), Persistencia (PS), Autodirección (SD), Cooperación (CO) y Autotrascendencia (ST).

Tabla 1.24.

Relaciones entre dimensiones de personalidad y los clusters de los trastornos de la personalidad.

	<b>Cluster C</b>	<b>Cluster A</b>	<b>Cluster B</b>
<b>ZKPQ-50-CC</b>			
Huang et al. (2011)	N-Anx (C1) Act (C2)	Sy-	ImpSS Agg-Host
Aluja et al. (2007b)	N-Anx ImpSS-	N-Anx Sy- Agg-Host	ImpSS Agg-Host Sy

Notas: Dirección de la relación entre la dimensión y el trastorno, si positiva en blanco y si negativa con el signo "-". **Trastornos de la personalidad:** Cluster C (Evitación, Dependencia y Obsesivo-Compulsivo): C1 (tipos Evitativo y Dependiente) y C2 (tipo Obsesivo-Compulsivo). Cluster A (Paranoide, Esquizotípico y Esquizoide). Cluster B (Histriónico, Narcisista, Límite y Antisocial). **ZKPQ-50-CC:** Búsqueda de sensaciones-Impulsividad no socializada (ImpSS), Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx), Agresividad-Hostilidad (Agg-Host), Actividad (Act) y Sociabilidad (Sy).

1.4. Propuestas actuales de clasificación de los trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-5.

1.4.1. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición (DSM-5).

La aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición (DSM-5) (APA, 2013) no ha supuesto la transición esperada entre un sistema categorial a uno dimensional. No obstante, se han recogido las propuestas del Grupo de Trabajo que propone un modelo híbrido que se expone en la sección III (Modelos y Medidas Emergentes) de este Manual.

Prácticamente no se ha producido cambios en el DSM-5 en los criterios diagnósticos y códigos referentes a los 10 trastornos de la personalidad (sección II) respecto a su predecesor DSM-IV-TR (Anexo 2). Junto a ellos se añaden el "*Cambio de personalidad debido a otra afectación*

---

*médica*" (310.1), "*Otro trastorno de la personalidad especificado*" (301.89) y el "*Trastorno de la personalidad no especificado*" (301.9).

El "*Cambio de personalidad debido a otra afectación médica*"<sup>1</sup> (310.1) consiste en una alteración persistente de la personalidad que constituye un cambio respecto al patrón característico de la personalidad del individuo. Es necesario tener evidencias, a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio, de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afectación médica. Donde habrá que especificar el tipo de alteración: lábil, desinhibido, agresivo, apático, paranoide, otro tipo, combinado y no especificado.

El diagnóstico de "*Otro trastorno de la personalidad especificado*" (301.89) se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad, que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen con todos los criterios necesarios para ninguno de los 10 diagnósticos establecidos. Se opta por esta categoría cuando el clínico quiera explicar o comunicar el motivo concreto por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno de la personalidad específico. Cuando el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno de la personalidad específico, o no existe información suficiente, se diagnosticará como "*Trastorno de la personalidad no especificado*" (301.9).

Al no ser ampliamente aceptados los cambios sugeridos por el Grupo de Trabajo se opta por utilizar el sistema categorial en el ámbito clínico y el modelo "*híbrido*" para la investigación (APA, 2013). Con el nuevo modelo híbrido se intentaba paliar las críticas que recibe el sistema categorial. Entre ellas la confusión entre los trastornos de la personalidad y ciertos trastornos del Eje I del DSM-IV-TR, especialmente los que son más crónicos y de inicio en la infancia o la adolescencia. La excesiva co-ocurrencia entre los trastornos de la personalidad, la excesiva heterogeneidad en pacientes que

---

<sup>1</sup> Según la nomenclatura del DSM-5.

---



---

reciben el mismo diagnóstico, la arbitraria distinción entre personalidad normal, rasgo de personalidad y trastorno de la personalidad. La falta de utilidad clínica y su limitado alcance, junto a una inadecuada cobertura de la psicopatología de la personalidad ya que el diagnóstico más usado es el de trastorno de la personalidad no especificado (First, Bell, Cuthbert, Krystal, Malison, Oxford, Reiss, Tracie Shea, Widiger y Wisner, 2004; Widiger y Trull, 2007; Mallik, Johannsen y Beutler, 2008; Skodol y Bender, 2009).

La supresión en el DSM-5 del Eje II, tal como lo conocemos, devuelve estos trastornos al Eje I. Resultaba un problema la ubicación en el Eje II de los trastornos de la personalidad, aunque hay un consenso general del avance que supuso la inclusión de los trastornos de la personalidad en el mismo, no quedaba claro si ello ha tenido el efecto deseado o el contrario. Había una mayor tendencia a afirmar que el Eje II tenía una serie de problemas inherentes: desacuerdo entre el actual sistema de grupos y categorías y los resultados de los análisis factoriales, consistencia interna moderada, presencia de correlaciones entre los diferentes trastornos de la personalidad y una elevada comorbilidad (Westen y Shedler, 2000).

Se ha planteado introducir algún tipo de aproximación dimensional, la cual parte de un esquema de continuidad, donde el rasgo se desarrolla en diversos grados, desde la personalidad normal hasta la patológica. Para que esta sustitución de lo categorial a lo dimensional sea aceptada deberá estar de acuerdo con los postulados teóricos de los trastornos de la personalidad (estabilidad temporal, heredabilidad, correlatos neuroquímicos y desarrollo en la infancia). Aquellos estudios que serían particularmente relevantes y enriquecedores en la toma de esta decisión deberían (First et al., 2004):

- 1.- Identificar las dimensiones bioconductuales fundamentales del temperamento y la personalidad que se adapten mejor a los datos epidemiológicos, genéticos, neurobiológicos y conductuales existentes, y poder determinar si existen aspectos clínicamente importantes de algún trastorno de la personalidad que no estén o no puedan estar representados adecuadamente por el modelo dimensional de personalidad.

- 2.- Determinar si, y cómo, un modelo dimensional concreto podría generar un diagnóstico clínico de trastorno de la personalidad de manera que pudiera ser más fiable, específico y clínicamente enriquecedor que las categorías diagnósticas vigentes.

---

3.- Determinar si, y cómo, pueden utilizarse los modelos dimensionales de las características de personalidad para guiar de forma efectiva la toma de decisiones terapéuticas de modo que éstas puedan ser más fiables y clínicamente enriquecedoras que las categorías diagnósticas existentes.

4.- Determinar si los modelos dimensionales de la personalidad obtienen niveles adecuados de estabilidad temporal dentro de los marcos asistenciales clínicos.

5.- Analizar como las dimensiones de personalidad estudiadas mediante medidas conductuales y de autoinforme pueden estar relacionadas con los amplios sistemas cerebrales motivacionales y cognitivos, además de intentar dilucidar la heredabilidad de los mismos.

6.- Aportar un conocimiento longitudinal de la interacción entre temperamentos y ambiente que da lugar al desarrollo de los trastornos de la personalidad.

7.- Abordar los mecanismos sociales, culturales y neuropsicológicos que explican el impacto de los rasgos desadaptativos (y adaptativos) sobre las enfermedades (y sobre la salud física).

Widiger y Trull (2007) creen que un modelo dimensional como el de los cinco factores podría resolver la mayoría de estas limitaciones, además la heterogeneidad de las personas podría plasmarse en perfiles de descripciones multifactoriales, pudiendo integrarse los conocimientos de la psiquiatría y psicología. Además, hay estudios que muestran la heredabilidad (Bouchard y Loehlin, 2001), universalidad (Allik, 2005), antecedentes en la infancia (Mervielde, De Clerq, De Fruyt y Van Leeuwen, 2005; Caspi, Roberts y Shiner, 2005) y estabilidad temporal (Roberts y DelVecchio, 2000) de los factores propuestos.

Todavía hay varios problemas para implementar modelos dimensionales, por un lado los clínicos prefieren o están más acostumbrados a los modelos categoriales, por otro lado hay que llegar a un consenso sobre cuál es la estructura más idónea, en la actualidad tenemos 18 propuestas alternativas (Widiger y Simonsen, 2005).

Oldham y Skodol (2000) consideran que la solución pasa por la elaboración de sistemas diagnósticos híbridos donde coexisten las dos aproximaciones de forma inclusiva y no mutuamente excluyente.

---

En febrero de 2010 la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) creó la página web [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org) (APA, 2011) donde hacen la primera propuesta de criterios para la 5ª edición, en preparación, del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) cuya publicación estaba prevista para el año 2013. Las razones que han comportado este importante cambio conceptual se reflejan en la última actualización de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2012a)

En la primera propuesta se planteó una serie de cambios conceptuales. Así en el DSM-IV la definición de trastorno de la personalidad incluía un *"patrón dominante de pensar, sentir y comportarse"* que se cambiaría en el DSM-5 por *"fracaso en la adaptación"*, desde dos puntos de vista: defecto o deterioro del Yo o identidad personal por un lado y/o fracaso en las relaciones interpersonales por otro. Se redujeron inicialmente de 10 a 5 trastornos de la personalidad (Antisocial/Psicopático, Evitativo, Límite, Obsesivo-Compulsivo y Esquizotípico). Estos trastornos serían descritos en narraciones prototípicas donde habría que valorar el grado (escala Likert de 5 puntos) en que el paciente se ajustara al prototipo. Además, posibilitaba la evaluación del sujeto en seis rasgos dimensionales de personalidad con 37 facetas más específicas (escala Likert de 4 puntos) que se concretaban para cada trastorno.

La incorporación de los modelos dimensionales de personalidad en el DSM-5 hace necesario usar criterios de trastornos de la personalidad complementarios a estas dimensiones. Una puntuación extrema en una dimensión es una condición necesaria pero no suficiente para diagnosticar un trastorno de la personalidad (Wakefield, 2008).

Con el fin de flexibilizar el sistema de diagnóstico, y hacerlo más útil al contexto clínico, se plantea realizar un diagnóstico de los tipos de trastornos propuestos y reflejar los rasgos de personalidad disfuncionales en todos los individuos, aunque no se ajusten a dichos trastornos.

---

En la última revisión se da mayor importancia a evaluar un continuum del nivel de funcionamiento de la persona, basado en aspectos como la identidad, autodirección, empatía e intimidad (Bender, Morey y Skodol, 2011).

Así, la propuesta para diagnosticar los trastornos de la personalidad en el DSM-5 consistiría en dos pasos, primero determinar el nivel de deterioro en el Yo (Self) y en el funcionamiento interpersonal (criterio A), y después la descripción a base de rasgos de personalidad (criterio B).

Después de las aportaciones recibidas por el Grupo de Trabajo se han simplificado, racionalizado e integrado, los niveles de funcionamiento de la personalidad en lo que constituye el criterio A para los trastornos de la personalidad (actualización de junio de 2011; APA, 2011b). De esta manera la persona debe sufrir un deterioro significativo en los dos componentes: el Self (Identidad y Autodirección) y el Funcionamiento interpersonal (Empatía e Intimidad). Mediante una escala Likert de 5 puntos se mide el nivel de funcionamiento de la personalidad en cada uno de estos cuatro componentes (0: Nulo o leve deterioro, 1: Ligero, 2: Moderado, 3: Severo y 4: Extremo). Sería necesario un nivel de deterioro moderado para predecir la presencia de un trastorno de la personalidad (APA, 2013).

En el primer componente, el Self (Yo), la Identidad hace referencia a la experiencia de uno mismo como único, con los límites claros entre el yo y los otros, una autoestima estable y una adecuada autoevaluación, con capacidad y habilidad para regular las emociones. Por otro lado, la Autodirección implica capacidad para perseguir con coherencia y sentido las metas, tanto a corto como a largo plazo, la utilización de estándares internos de comportamiento constructivos y prosociales, junto a la habilidad para reflexionar de forma productiva.

En el segundo componente llamado Funcionamiento interpersonal, la Empatía hace referencia a la apreciación y comprensión de las experiencias y motivaciones de los demás, a la tolerancia hacia los que tienen

---

perspectivas diferentes y a la comprensión de los efectos de la propia conducta en los otros. Por otro lado, la Intimidad se define como la profundidad y duración de la conexión positiva con otros, el deseo y capacidad de cercanía, y el nivel de consideración mutua que se reflejan en el comportamiento interpersonal.

El deterioro del Yo y del Funcionamiento interpersonal es consistente con múltiples teorías sobre trastornos de la personalidad y sus modelos de investigación, incluyendo las teorías cognitivoconductual, interpersonal, psicodinámica, del apego, del desarrollo, cognitivo social y evolutiva (Clarkin y Huprich, 2011; Pincus, 2011).

El criterio B hace referencia a la presencia de uno o más rasgos patológicos de personalidad que se conceptualizan como Afectividad negativa, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo.

En la última actualización de las propuestas del Grupo de Trabajo para los trastornos de la personalidad para el DSM-5 de la APA se han elaborado criterios para 6 trastornos de la personalidad: Antisocial, Evitativo, Límite, Narcisista, Obsesivo-Compulsivo y Esquizotípico. Finalmente, y reformulando el Trastorno de la Personalidad no especificado del DSM-IV-TR tenemos el Trastorno de la Personalidad con Rasgo Específico, en el cual debe darse un deterioro en el funcionamiento del Yo e Interpersonal (criterio A) y un nivel patológico en algún rasgo o faceta (criterio B).

Se pretende resumir los 79 criterios de los trastornos de la personalidad del DSM-IV-TR en 25 facetas propuestas para el DSM-5, incluidas en 5 dominios principales (criterio B):

**AFFECTIVIDAD NEGATIVA** (frecuentes e intensas experiencias de emociones negativas) vs. Estabilidad emocional: Labilidad emocional, Ansiedad, Inseguridad de separación, Perseveración, Sumisión, Hostilidad, Afectividad restringida (falta de), Depresión y Susceptibilidad.

**DESAPEGO** (aislamiento de otras personas y de las interacciones sociales) vs. Extraversión: Afectividad restringida, Depresión, Susceptibilidad, Retraimiento, Anhedonia y Evitación de la intimidad.

---

ANTAGONISMO (participación en conductas que ponen en conflicto al sujeto con otras personas) vs. Amabilidad: Manipulación, Deshonestidad, Grandiosidad, Búsqueda de atención, Insensibilidad y Hostilidad.

DESINHIBICIÓN (participación en conductas impulsivas sin reflexión sobre las potenciales consecuencias futuras) vs. Escrupulosidad: Irresponsabilidad, Impulsividad, Distractibilidad, Temeridad y Rigidez perfeccionista (falta de).

PSICOTICISMO (experiencias bizarras e inusuales) vs. Lucidez: Creencias y experiencias inusuales, Excentricidad y Disregulación cognitiva y perceptiva.

Estos rasgos principales y sus facetas debería evaluarlos el clínico en una escala Likert de 4 puntos, en función de hasta qué punto describen al paciente (0.- poco o nada descriptivo, 1.- levemente descriptivo, 2.- moderadamente descriptivo y 3.- extremadamente descriptivo) (APA, 2011b). Según el posible trastorno de la personalidad se tendrán en cuenta unas determinadas dimensiones y facetas, como indica la Tabla 1.25.

Se ha construido un cuestionario preliminar para evaluar las 25 facetas, el Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5; Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol (2012)) y que puede obtenerse por e-mail en [krueg038@umn.edu](mailto:krueg038@umn.edu). Se han realizado estudios para determinar la estructura factorial (Wright, Thomas, Hopwood, Markon, Pincus y Krueger, 2012) que es similar a la agrupación de facetas realizada de forma racional.

Los restantes criterios quedarían como sigue:

Criterio C: El deterioro en el funcionamiento de la personalidad y la expresión individual extrema de los rasgos es relativamente estable en el tiempo y consistente a través de las diferentes situaciones.

Criterio D: El deterioro en el funcionamiento de la personalidad y la expresión individual extrema de los rasgos no se explican mejor por comportamientos normales al estado de desarrollo evolutivo del sujeto o por conductas propias del ambiente sociocultural.

---

Criterio E: El deterioro en el funcionamiento de la personalidad y la expresión individual extrema de los rasgos no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal severo).

El 5.06.12 se cerró la exposición pública del proyecto para la modificación de criterios de DSM-5, por el momento las diferencias entre criterios del DSM-IV-TR y DSM-5 están recogidas en la última actualización, donde se señalan los deterioros específicos, en cuanto a funcionamiento del yo (Identidad y/o Autodirección) y funcionamiento interpersonal (Empatía y/o Intimidad). Hay que tener en cuenta que para cada trastorno de la personalidad propuesto se señalan unos rasgos patológicos específicos (APA, 2012b).

Finalmente en la Sección III del DSM-5 (APA, 2013) se recogen los criterios generales que se sugieren para un trastorno de la personalidad en el modelo híbrido propuesto:

- A. El déficit en el funcionamiento de la personalidad (Yo / Interpersonal) muestra niveles moderado o superior.
  - B. Uno o más rasgos patológicos de personalidad.
  - C. Los déficits en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad son relativamente inflexibles y dominantes en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
  - D. Los déficits en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad son relativamente estables en el tiempo, y su inicio puede remontarse a la adolescencia o al inicio de la edad adulta.
  - E. Los déficits en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad no se explican mejor cómo una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
  - F. Los déficits en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad no son solo atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica (por ejemplo, traumatismo craneal severo).
  - G. Los déficits en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad no se explican mejor cómo funcionamiento propio de la etapa de desarrollo o de su entorno cultural.
-

Los trastornos de la personalidad específicos que pueden diagnosticarse con este modelo son el Antisocial, Evitación, Límite, Narcisista, Obsesivo-Compulsivo y Esquizotípico. También el Trastorno de la personalidad - Rasgo disfuncional específico, que puede usarse cuando se considera la existencia de un trastorno de la personalidad pero no se encuentran criterios para un diagnóstico de trastorno de la personalidad específico. Así, el diagnóstico de trastorno de la personalidad requerirá unos niveles moderado, severo o extremo de déficit en el funcionamiento de la personalidad en dos o más de las cuatro áreas del criterio A (Identidad, Autodirección, Empatía e Intimidad), una evaluación de los rasgos patológicos de personalidad (criterio B) junto a los criterios C a G señalados anteriormente.

Los rasgos patológicos de la personalidad en el DSM-5 están organizados en los dominios que ya se revisaron aunque las facetas han sufrido algunas modificaciones como vemos en la Tabla 1.25.

Los diagnósticos de Trastorno de la Personalidad Paranoide, Esquizoide, Histriónico y Dependiente (DSM-IV-TR y Sección II del DSM-5) que no se reflejan en el modelo híbrido de forma específica se diagnosticarían como Trastorno de la personalidad – Rasgo específico.

Como se mencionó al principio del apartado, la publicación definitiva del DSM-5 (APA, 2013) no ha supuesto la transición esperada entre los dos sistemas y todo queda sujeto a futuras investigaciones y revisiones quedando plasmado lo anterior en la sección III (Modelos y Medidas Emergentes) de este Manual. Así, prácticamente no se ha producido cambios en el DSM-5 en los criterios diagnósticos y códigos (sección II) referentes a los 10 trastornos de la personalidad de su predecesor DSM-IV-TR (Anexo 2), junto a ellos tenemos el Cambio de personalidad debido a otra afectación médica (310.1), Otro trastorno de la personalidad especificado (301.89) y el Trastorno de la personalidad no especificado (301.9).

---



Tabla 1.25.  
 Dominios y facetas en los trastorno de la personalidad  
 (criterio B en la Sección III del DSM-5).

Trastorno de la Personalidad	Dominio	Facetas
ANTISOCIAL	Antagonismo	Manipulación Insensibilidad Deshonestidad Hostilidad
	Desinhibición	Temeridad Impulsividad Irresponsabilidad
EVITACIÓN	Afectividad negativa Desapego	Ansiedad Retraimiento Anhedonia Evitación de la intimidad
LÍMITE	Afectividad negativa	Inestabilidad emocional Ansiedad Inseguridad de separación Depresión
	Desinhibición	Impulsividad Temeridad Hostilidad
	Antagonismo	
NARCISISTA	Antagonismo	Grandiosidad Búsqueda de atención
OBSESIVO-COMPULSIVO	Escrupulosidad Afectividad negativa Desapego	Rigidez perfeccionista Perseveración Evitación de la intimidad Afectividad restringida
ESQUIZOTÍPICO	Psicoticismo	Disregulación cognitiva y perceptiva Creencias y experiencias inusuales Excentricidad
	Desapego	Afectividad restringida Retraimiento
	Afectividad negativa	Susceptibilidad
RASGO DISFUNCIONAL ESPECÍFICO		

Tomado de los criterios de la Sección III del DSM-5 (APA, 2013), págs. 764 a 770.

## 1.5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

### 1.5.1. Objetivos del estudio.

A continuación se refieren los objetivos generales de este estudio.

1.-El primer objetivo general del presente estudio es comprobar si la estructura de la personalidad medida mediante tres instrumentos psicométricos (NEO-PI-R, ZKPQ-50-CC y TCI-R), pertenecientes a los tres modelos de personalidad más importantes analizados, presenta diferencias al evaluarse en población general y clínica.

2.-El segundo objetivo general es averiguar la capacidad predictiva de los tres modelos de personalidad en referencia a las puntuaciones dimensionales en el IPDE tanto en pacientes como en sujetos sanos.

En referencia a si existen diferencias entre la estructura de la personalidad normal y la patológica, estudios previos han demostrado que poseen la misma estructura básica (Widiger y Costa, 1994; Livesley et al., 1998; O'Connor, 2002; Clark y Livesley, 2002). Las medias de las dimensiones y facetas son cuantitativamente diferentes, pues los pacientes tienden a puntuar más alto o más bajo en determinados factores o facetas que los sujetos de la población general. Diferentes estudios avalan este supuesto (O'Connor y Dyce, 2001; Widiger y Costa, 2002; Saulsman y Page, 2004). No obstante la estructura factorial de estos instrumentos es muy similar tanto en grupos de pacientes como grupos de la población general. Lo cual avalaría la hipótesis de que la estructura de la personalidad normal y patológica es la misma (Markon, Krueger y Watson, 2005).

A partir de los dos objetivos generales nos planteamos varias inferencias e hipótesis en la línea de los hallazgos encontrados por otros autores en diferentes contextos socio-culturales (más abajo). Con la finalidad de comprobar si las estructuras de personalidad de los tres cuestionarios son similares o diferentes, entre los grupos de pacientes y de la población general (en adelante grupo sano), nos hemos propuesto

---

calcular los coeficientes de congruencia factorial después de obtener matrices factoriales procrustes a partir de las soluciones factoriales de los sujetos sanos y clínicos. Coeficientes por encima de 0.90 indican que ambas estructuras son muy parecidas y si los coeficientes son mayores de 0.95 indican que tienden a ser equivalentes descartando diferencias en la estructura.

Adicionalmente se estudia la estructura factorial mixta de cada uno de los tres instrumentos psicométricos con el IPDE (auto-informado) en el grupo clínico y sano, con la finalidad de observar si existe un patrón de asociación entre determinadas escalas psicométricas y puntuaciones en determinados trastornos. Posteriormente se analizará la congruencia factorial entre las matrices de sujetos sanos y clínicos, con la finalidad de conocer si ambas estructuras son similares o no.

En referencia al segundo objetivo de comprobar el poder predictivo de los instrumentos psicométricos analizados, respecto a las puntuaciones en los cuestionarios de trastorno de la personalidad, en la sección introductoria ya se han expuesto y analizado diferentes estudios. Como se ha observado, en los estudios revisados, el poder predictivo de los tres instrumentos se ha evaluado mediante ecuaciones de regresión lineal, tomando como variables dependientes las puntuaciones en escalas clínicas de los trastornos de la personalidad (p. e.: el MCMI, SCID-II o IPDE). Con la finalidad de observar mejor las relaciones entre los instrumentos psicométricos y las medidas de los trastornos de la personalidad también se han utilizado procedimientos de regresión no paramétrica, que dan información a través de gráficos LOESS.

Gran parte de los rasgos de personalidad desadaptativos, incluidos en los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad del DSM-IV-TR, están presentes en muchos individuos de la población general que nunca recibirán uno de estos diagnósticos, o lo que es lo mismo, muchos criterios pueden considerarse variantes desadaptativas de rasgos de la población general (Widiger y Costa, 2002; Saulsman y Page, 2004). Se observa también una estructura estable y similar en las dimensiones

---

obtenidas en los diferentes modelos tanto en muestras clínicas como de población general (Livesley et al., 1998; Clark y Livesley, 2002; O'Connor, 2002). Por tanto los trastornos de la personalidad serían exageraciones desadaptativas de rasgos normales (Widiger y Costa, 2002).

En el modelo de los Cinco Grandes (MCGF) se realizó mediante el consenso de expertos las predicciones sobre como las dimensiones y facetas del NEO-PI-R se relacionarían con los diferentes trastornos de la personalidad del DSM-IV (Lynam y Widiger, 2001; Widiger et al., 2002). Posteriormente con una muestra heterogénea de pacientes psiquiátricos se confirmaron ampliamente las predicciones realizadas (De Fruyt et al., 2006; Aluja et al., 2007; Samuel y Widiger, 2008), donde la mayoría de los trastornos de la personalidad correlacionaron positivamente, y sin excepción, con N y de forma negativa varios de ellos con E, A y C.

El modelo de los "Cinco Alternativos" de Zuckerman y los trastornos de la personalidad se ha relacionado con muestras de la población general (Wang et al., 2004; Aluja et al., 2007b). Huang et al. (2011) estudiaron la potencial predictibilidad del modelo en una muestra sana y muestra clínica, obteniendo un mayor poder predictivo en la segunda. Se encontró que los pacientes del cluster A puntuaron más bajo en Sy, los del cluster B más alto en ImpSS y Agg-Host, los del cluster C1 (tipos Evitativo y Dependiente) puntuaban más alto en N-Anx y el cluster C2 (tipo Obsesivo-compulsivo) más alto en Act.

El modelo psicobiológico de Cloninger se estudió en una muestra clínica, de pacientes ingresados, por Svrakic et al. (1993) confirmando la hipótesis que las puntuaciones bajas en SD y CO predecían el riesgo de presencia de un trastorno de la personalidad entre un 11% a un 94%. Los pacientes de los clusters A, B, y C se diferenciaron por una baja RD, alta NS y alta HA, respectivamente. Posteriormente Svrakic et al. (2002) con pacientes psiquiátricos ambulatorios obtuvieron conclusiones similares al estudio anterior. De Fruyt et al. (2006) en el trabajo citado con anterioridad hallaron resultados similares a los de Svrakic et al. (1993).

---

Se pretende establecer predicciones en función de la configuración de los rasgos de personalidad de los diagnósticos categoriales propios del modelo médico. Ello está en línea de las tendencias actuales de generar un modelo híbrido propio de las nuevas formulaciones de las clasificaciones internacionales como el DSM y de incorporar los modelos dimensionales a las futuras clasificaciones (Bagby, Costa, Widiger, Ryder y Marshall, 2005).

Pretendemos comparar el comportamiento de los modelos de Costa y McCrae, Zuckerman y Cloninger en una muestra de sujetos sanos de la población general con un grupo clínico constituido por sujetos pacientes de un Servicio de Psiquiatría con el diagnóstico de algún trastorno de la personalidad.

#### 1.5.2. Hipótesis.

*Hipótesis 1:* La estructura factorial del IPDE con el NEO-FFI-R, el ZKPQ-50-CC y el TCI-R será similar en el grupo de sujetos clínicos y sanos en atención a los coeficientes de congruencia obtenidos. De ser así los coeficientes de congruencia factorial serán superiores a 0.90.

*Hipótesis 2:* Los sujetos clínicos tendrán puntuaciones medias significativamente diferentes en todas las escalas de los trastornos de la personalidad y en las escalas de los cuestionarios de personalidad.

- En el caso del ZKPQ-50-CC se espera que los sujetos clínicos tengan puntuaciones más altas en N-Anx, Agg-Host y más bajas en Sy, ImpSS obtendría puntuaciones más altas en el cluster B y más bajas en el cluster C.
  - Para el NEO-FFI-R se esperan puntuaciones estadísticamente más altas en N y más bajas en E.
  - Para el TCI-R se esperan puntuaciones más elevadas en el grupo clínico para HA y bajas para RD, PS, SD y CO.
-

De la revisión de la literatura (De Fruyt et al., 2006; Samuel y Widiger, 2008; Bagby et al., 2005; Dyce y O'Connor, 1998; Huang et al., 2011; Aluja et al., 2007b, Aluja et al., 2007a) obtenemos las siguientes predicciones para cada uno de los trastornos de la personalidad del DSM-IV con los respectivos cuestionarios:

*Hipótesis 3:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno de la Personalidad por Evitación sean: N-Anx, Act- y Sy- (ZKPQ-50-CC), N y E- (NEO-FFI-R) y HA, SD- y RD- (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

*Hipótesis 4:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno de la Personalidad por Dependencia sean: N-Anx y Act- (ZKPQ-50-CC), N, A y C- (NEO-FFI-R) y SD- y HA (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

*Hipótesis 5:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad sean: Act, N-Anx, Sy- e ImpSS- (ZKPQ-50-CC), N, C, A- y E- (NEO-FFI-R) y ST, NS-, RD-, SD- y PS (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

*Hipótesis 6:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Paranoide de la Personalidad sean: N-Anx y Agg-Host (ZKPQ-50-CC), N y A- (NEO-FFI-R) y CO-, SD- y PS (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

*Hipótesis 7:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad sean: N-Anx y Sy- (ZKPQ-50-CC), N, E-, O y A- (NEO-FFI-R) y ST, RD- y HA (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

---

*Hipótesis 8:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Esquizoide de la Personalidad sean: Sy- (ZKPQ-50-CC), E- (NEO-FFI-R) y RD- (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

*Hipótesis 9:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Histriónico de la Personalidad sean: ImpSS y Sy (ZKPQ-50-CC), E (NEO-FFI-R) y SD-, ST y CO- (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

*Hipótesis 10:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Narcisista de la Personalidad sean: ImpSS (ZKPQ-50-CC), A- y O (NEO-FFI-R) y CO-, SD-, ST y HA- (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

*Hipótesis 11:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Límite de la Personalidad sean: N-Anx e ImpSS (ZKPQ-50-CC), N y A- (NEO-FFI-R) y SD- y ST (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

*Hipótesis 12:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Antisocial de la Personalidad sean: ImpSS y Agg-Host (ZKPQ-50-CC), A- y C- (NEO-FFI-R) y SD-, NS y RD- (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

*Hipótesis cluster A:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan los Trastornos de la Personalidad del Cluster A sea Sy- (ZKPQ-50-CC), en la muestra clínica y sana.

---

*Hipótesis cluster B:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan los Trastornos de la Personalidad del Cluster B sean ImpSS y Agg-Host (ZKPQ-50-CC), en la muestra clínica y sana.

*Hipótesis cluster C:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan los Trastornos de la Personalidad del Cluster C sea N-Anx (ZKPQ-50-CC), en la muestra clínica y sana.

---



## **2. Parte Práctica.**

---



## 2. PARTE PRÁCTICA.

Esta investigación se realiza con los sujetos del grupo sano y clínico. Consiste en el análisis de los cuestionarios autoinformados con el objetivo de averiguar las diferencias hipotetizadas, tanto el screening dimensional de los trastornos de la personalidad medidos a través del IPDE como en los tres cuestionarios de personalidad. Los sujetos integrantes del grupo clínico están diagnosticados mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID II). Además del diagnóstico categorial de trastorno de la personalidad se dispone de información dimensional al utilizar este instrumento como una medida adicional dimensional, el mismo procedimiento se realiza con el IPDE.

### 2.1. MÉTODO.

#### 2.1.1. Sujetos.

Para la realización de este estudio se han investigado dos grupos diferentes: un grupo formado por pacientes ambulatorios de varios Servicios de Salud Mental de Lleida y comarcas limítrofes, -que llamaremos grupo clínico en adelante-, y una muestra de sujetos voluntarios sanos provenientes de la población general, -que en adelante llamaremos grupo sano-. Entre el grupo clínico y sano suman 627 individuos, de ellos 307 hombres (49%) y 320 mujeres (51%), el rango de edad oscila entre 18 y 66 años para los hombres (media de 38.41 y desviación estándar de 10.63) y entre 18 y 58 años para las mujeres (media de 37.03 y desviación estándar de 9.93).

En la Tabla 2.1. aparecen los valores de la variable edad por grupo (clínico vs. sano) y la comparación entre ambos ( $t$ -test) que no obtuvo una diferencia significativa.

---

Tabla 2.1.

Medias y desviación de la edad de la muestra por grupo.

Grupo	N	Mínimo	Máximo	Media	De	<i>t</i> -test	<i>p</i> <	<i>d</i>
Clínico	198	18	66	37.35	10.88	-.58	<i>n. s.</i>	-.24
Sano	429	21	64	37.88	10.02			

#### 2.1.1.1. Sujetos grupo clínico.

El grupo clínico fue obtenido básicamente de pacientes ambulatorios del Centro de Salud Mental de Lleida, los cuales fueron derivados al Servicio de Psicología para exploración psicométrica de la personalidad. Se completó la muestra con pacientes diagnosticados de trastorno de la personalidad procedentes del Hospital de Día Psiquiátrico de Adultos. Ambas Unidades situadas en el Hospital de Santa María de Lleida. Adicionalmente se incorporó a pacientes de Centros de Salud Mental de Tàrrega, Mollerussa, Manresa y la Seu d'Urgell, además de un subgrupo de internos del Centro Penitenciario de Ponent en Lleida. Fueron recogidos los casos entre los años 2004 a 2007.

El grupo clínico está compuesto por 198 sujetos, de ellos 106 hombres (53.5%) y 92 mujeres (48.5%), el rango de edad oscila entre 18 a 66 años con media de 37.75 y una desviación estándar de 10.88. En la Tabla 2.2 aparecen los valores de la variable edad por sexo y en las Figuras 2.1 y 2.2 los gráficos de frecuencias. La comparación de medias muestra una diferencia significativa ( $p < .003$ ) entre hombres y mujeres, siendo mayor la primera, no obstante, el efecto del tamaño de la muestra (*d* de Cohen) es algo inferior a .50, por lo tanto se considera medio.

Tabla 2.2.

Medias y desviación de la edad del grupo clínico por sexo.

Sexo	N	Mínimo	Máximo	Media	De	<i>t</i> -test	<i>P</i> <	<i>d</i>
Hombre	106	18	66	39.48	10.46	3.01	.003	.43
Mujer	92	18	58	34.89	10.89			

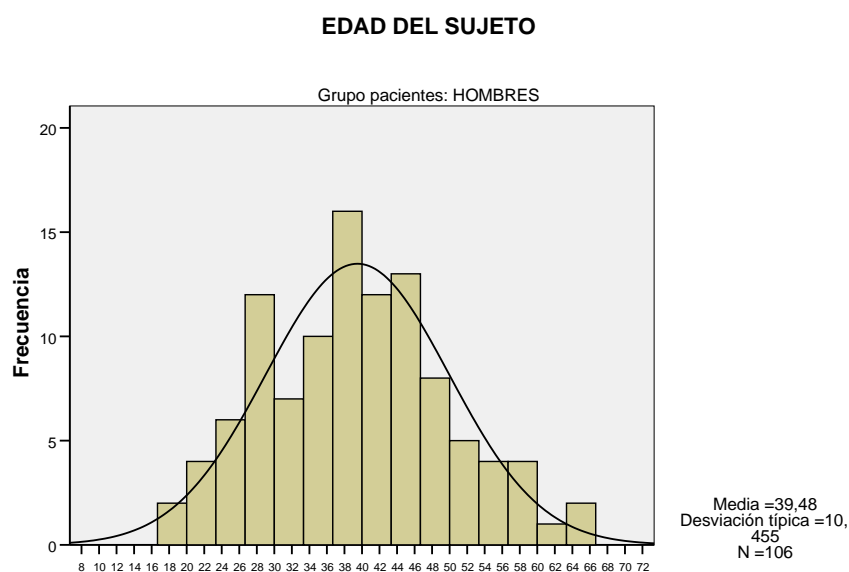


Figura 2.1.

Gráfica de frecuencias de edad en hombres del grupo clínico.

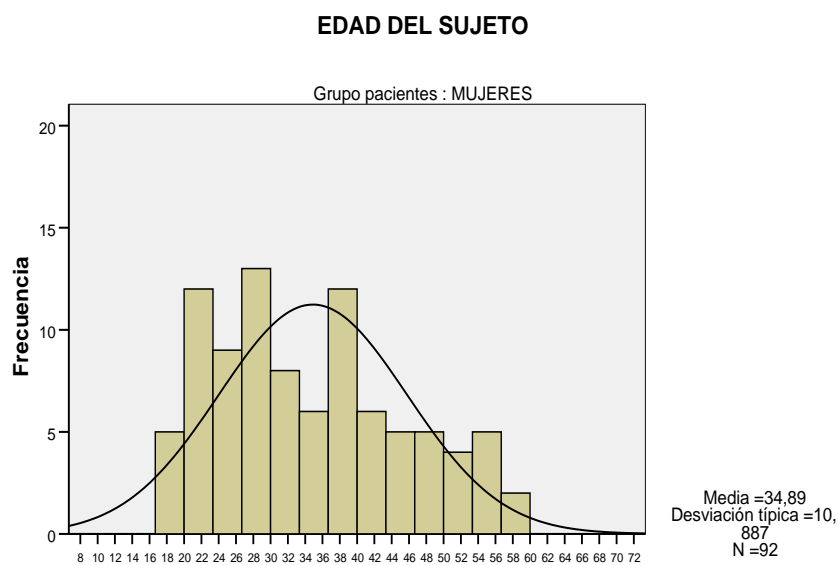


Figura 2.2.

Gráfica de frecuencias de edad en mujeres del grupo clínico.

Se describen a continuación las frecuencias de diagnósticos en el Eje I y II de los 198 pacientes de grupo clínico. Los correspondientes al Eje I son obtenidos de la historia clínica, tenemos que decir que sólo se recogió el diagnóstico principal en aquellos sujetos que podían tener más de uno. Vemos estos datos en la Tabla 2.3.

Tabla 2.3.  
Diagnósticos en el Eje I del grupo clínico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Trastornos relacionados con sustancias	8	4.0	5.0
Esquizofrenia y otros T psicóticos	2	1.0	1.2
Trastornos del estado de ánimo	48	24.2	29.8
T ansiedad	66	33.3	41.0
T somatomorfos	2	1.0	1.2
T conducta alimentaria	7	3.5	4.3
T control impulsos	7	3.5	4.3
T adaptativos	21	10.6	13.0
<i>Total</i>	<i>161</i>	<i>81.3</i>	<i>100.0</i>
No diagnóstico en el Eje I	37	18.7	
<i>Total</i>	<i>198</i>	<i>100.0</i>	

La mayoría de pacientes presentan trastornos de ansiedad (33.3 %) y del estado de ánimo (24.2 %), seguidos de trastornos adaptativos (10.6 %) y ya en menor medida, entre el 1 y el 4 %, trastornos relacionados con sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del control de impulsos, trastornos somatomorfos y trastornos psicóticos. El 18% de la muestra, 37 individuos, no tienen diagnóstico en el Eje I, son sujetos que lo tienen únicamente en el Eje II, en este grupo también tenemos los casos procedentes del Centro Penitenciario.

El diagnóstico categorial de los Trastornos de la Personalidad (TP) se hizo a través de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad SCID II (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith, 1999). Previamente el paciente había completado la versión autoinformada de este instrumento (ver Anexo 1). En la Tabla 2.4 se listan las frecuencias y porcentajes (sobre los 198 sujetos del grupo clínico) de los trastornos de la personalidad diagnosticados mediante el SCID II. Nótese que algunos pacientes pueden tener más de un trastorno en el Eje II. El mayor número de diagnósticos corresponden al TP Límite (n=47), mientras que no se encontró a ningún paciente con criterios suficientes para el diagnóstico de TP Histriónico.

Tabla 2.4.

Diagnósticos categoriales en el eje II del grupo clínico obtenidos con el SCID-II.

	Frecuencia	Porcentaje
TP Evitación	26	13 %
TP Dependencia	2	1 %
TP Obsesivo-Compulsivo	24	12 %
TP Pasivo-Agresivo	6	3 %
TP Depresivo	24	12 %
TP Paranoide	22	11 %
TP Esquizotípico	2	1 %
TP Esquizoide	5	3 %
TP Histriónico	0	0 %
TP Narcisista	9	5 %
TP Límite	47	24 %
TP Antisocial	18	9 %

Respecto a la comorbilidad de los trastornos de la personalidad con los diagnósticos del Eje I puede consultarse el Anexo 5 donde las Figuras muestran la comorbilidad y/o concurrencia entre el Eje I y el Eje II en el grupo clínico.

Referente al Eje I tenemos en el TP por Evitación (n=26) la mayoría de los pacientes presenta trastornos de ansiedad (45%) y trastornos del estado de ánimo (35%), en el TP por Dependencia (n=2) concurren también estos diagnósticos al 50%, los pacientes con TP Obsesivo-Compulsivo (n=24) que en un 21% no presentan diagnóstico en el Eje I, los trastornos de ansiedad se dan en un 42%, seguidos por los trastornos del estado de ánimo (17%) y trastornos adaptativos (8%). Se aprecia que en los TPs del cluster C son los trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo los más frecuentes. Una distribución de diagnósticos del Eje I similar se da en el TP Depresivo (n=24) y en el TP Pasivo-Agresivo (n=6), en este último aparecen algunos sujetos con trastornos relacionados con sustancias.

En el TP Paranoide (n=22) el 55% de los casos corresponde a trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo, suele aparecer una mayor asociación con los trastornos relacionados con sustancias (9%), trastorno de control de impulsos (9%) y trastornos adaptativos (9%). Tenemos pocos casos en el grupo clínico de TP Esquizotípico (n=2) y

---

Esquizoide (n=5), vemos que en ellos el 28.5% no presentan diagnóstico en el Eje I, el 43% corresponde a trastornos del estado de ánimo y el 28.5% restante a trastornos de ansiedad. Puede apreciarse un patrón similar de coincidencias en el cluster C y A aunque en este último aparecen mayor porcentaje de otros trastornos.

En el TP Narcisista (n=9) la mayoría de casos (56%) no tienen diagnóstico en el Eje I, destaca un 33% con trastornos del estado de ánimo y un 11% con trastornos relacionados con sustancias. El TP Límite (n=44) muestra una amplia variedad de diagnósticos en el Eje I, excepto en el 30% que carecen del mismo, presentan trastornos del estado de ánimo (25%), trastornos de ansiedad (16%), trastornos relacionados con sustancias (11%), trastornos adaptativos (9%) y trastornos de la conducta alimentaria (9%). La mayoría de TPs Antisocial (n=18) no tienen diagnóstico en el Eje I (66%), muchos de ellos no proceden del ámbito clínico sino del penitenciario, no obstante, el 22% presentan trastornos de ansiedad, el 6% trastorno de la conducta alimentaria y el 6% restante trastornos relacionados con sustancias. Vemos así que en el cluster B se dan más casos sin diagnóstico en el Eje I que otros clusters, y los pacientes que sí lo poseen muestran una amplia variedad de los mismos.

Respecto a la concurrencia de trastornos de la personalidad del Eje II vemos que en nuestra muestra la comorbilidad es alta, de los 96 sujetos que presentan diagnósticos de TP del grupo clínico, 51 de ellos sólo tienen un diagnóstico (53.12%). Mientras que con dos diagnósticos tenemos a 21 sujetos (21.87%), con tres a 15 (15.62%), con cuatro a 6 (6.25%) y con cinco, seis y hasta siete diagnósticos a un individuo (1.04%). Los porcentajes respecto al grupo clínico y a los sujetos con diagnóstico en Eje II pueden verse en la Tabla 2.5.

---



Tabla 2.5.

Porcentaje de sujetos con concurrencia de diagnósticos Eje II.

Nº de diagnósticos TP en el SCID-II	Frecuencia	Porcentaje grupo	Porcentaje TPs
0	102	51.51 %	
1	51	25.75 %	53.12 %
2	21	10.60 %	21.87 %
3	15	7.57 %	15.62 %
4	6	3.03 %	6.25 %
5	1	0.50 %	1.04 %
6	1	0.50 %	1.04 %
7	1	0.50 %	1.04 %

La información puede verse detallada en el Anexo 5, a modo de resumen podemos mencionar las asociaciones más frecuentes. El TP por Evitación con el Depresivo y por Dependencia. El TP por Dependencia con varios sin predominar ninguno. El TP Obsesivo-Compulsivo con el Depresivo, Límite y por Evitación. El TP Pasivo-Agresivo con el Narcisista. El TP Depresivo con el Límite, Obsesivo-Compulsivo y por Evitación. El TP Paranoide con el Límite. El TP Esquizotípico con varios. El TP Esquizoide con el Límite. El Narcisista con el Pasivo-Agresivo como hemos señalado anteriormente. El TP Límite básicamente con el Antisocial, el Depresivo y el Paranoide. Finalmente el TP Antisocial con el Límite y el Paranoide.

#### 2.1.1.2. Sujetos grupo sano.

El grupo sano se extrajo de una base de datos normativa de la población general procedente del grupo de investigación en el que se enmarca el presente estudio. Lo componen familiares y amigos de estudiantes universitarios no graduados de la Universidad de Lleida y de la Universidad Europea de Madrid. Se les proporcionó protocolos para familiares y amigos con el objetivo de ampliar el rango de edad del estudio y poder equiparar esta variable en las dos muestras. Además participaron trabajadores de diversas empresas de zonas rurales y urbanas de Lleida, Barcelona y Zaragoza.

Este grupo sano (no clínico) está compuesto por 429 sujetos, de ellos 201 hombres (46.9%) y 228 mujeres (53.1%), el rango de edad oscila entre 21 a 64 años con media de 37.88 y una desviación estándar de 10.02. En la Tabla 2.6 aparecen los valores de la variable edad por sexo y la comparación entre ambos (*t*-test) que no obtuvo una diferencia significativa. En las Figuras 2.3 y 2.4 tenemos los gráficos de frecuencias de la edad.

Las muestras fueron depuradas eliminando casos con respuestas ausentes o inválidas. Además de estudiantes universitarios entre 18 y 24 años del grupo de población general, para mejorar la distribución normal con respecto a la edad y optimizar la comparación con el grupo clínico.

Tabla 2.6.

Medias y desviación de la edad del grupo sano por sexo.

Sexo	N	Mínimo	Máximo	Media	De	<i>t</i> -test	<i>P</i> <	<i>d</i>
Hombre	201	21	64	37.85	10.71	-.49	<i>n. s.</i>	-.005
Mujer	228	21	57	37.90	9.40			

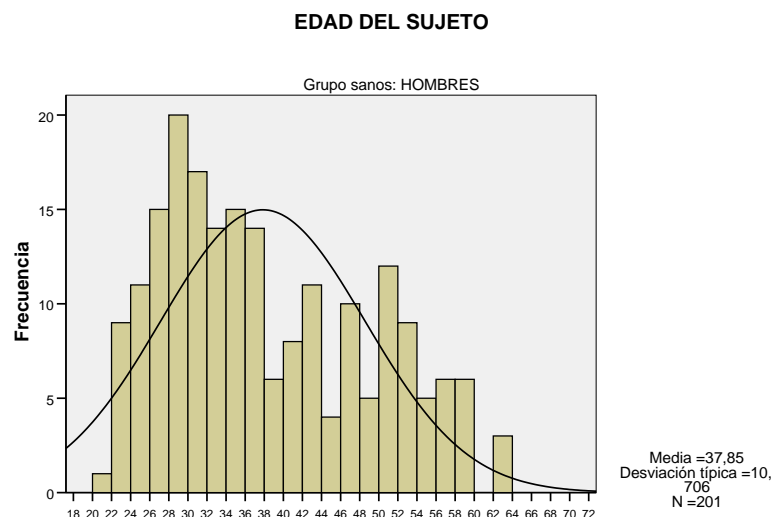


Figura 2.3.

Gráfica de frecuencias de edad en hombres del grupo sano.

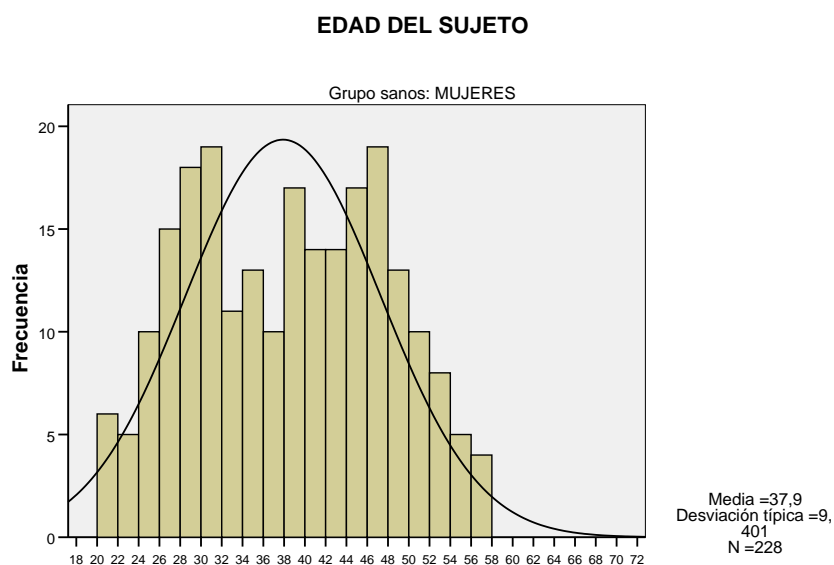


Figura 2.4.

Gráfica de frecuencias de edad en mujeres del grupo sano.

### 2.1.2. Instrumentos.

En el Anexo 1 se muestra el protocolo de investigación aplicado al grupo clínico con las diferentes pruebas y escalas administradas, en él se recogen datos sociodemográficos y clínicos. Las escalas SCID-II, IPDE, ZKPQ-50-CC, TCI-R y NEO-PI-R, las cuales detallaremos en los siguientes apartados. En el mismo anexo aparece la información sobre el proyecto: *"PREDICCIÓN DE LOS TRASTORNOS CATEGORIALES DE LA PERSONALIDAD DEL EJE II DEL DSM-IV-TR A PARTIR DE DIFERENTES MODELOS DIMENSIONALES: ZUCKERMAN, CLONINGER Y COSTA Y McCRAE"*, que se facilita al paciente para que pueda firmar el documento de consentimiento informado. Además disponemos de la corrección de las escalas y cuestionarios.

#### 2.1.2.1. SCID-II.

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del eje II del DSM-IV (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith, 1999). Permite la evaluación de los 10 trastornos de la personalidad del DSM-IV, así como el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (ambos incluidos en el apéndice B del DSM-IV: "*Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores*").

Inicialmente se administró un inventario autoaplicado de 119 ítems con respuestas SI / NO que recoge los diferentes criterios de los trastornos de la personalidad. En el protocolo de nuestro estudio añadimos 18 ítems que corresponden al criterio A del TP antisocial (120 a 137), no presentes en la versión original que sólo incluye los referentes al criterio C de este trastorno. Posteriormente el entrevistador revisó las respuestas afirmativas para determinar si se cumple el criterio, es decir, que las conductas descritas sean patológicas (fuera del margen de variación normal), persistentes (presentes frecuentemente durante al menos 5 años desde el inicio de la edad adulta) y de presencia generalizada (presentes en varios contextos, como el trabajo, el hogar, o, en el caso de ítems que hagan referencia a relaciones interpersonales, en diversos tipos de relaciones). Según el número de criterios que se cumplan en cada trastorno (4 o 5) podremos establecer el diagnóstico categorial.

#### 2.1.2.2. IPDE.

International Personality Disorders Examination (Loranger, Sartorius, Andreoli, Berger, Buchheim, Channabasavanna, Coid, Dahl, Diekstra, Ferguson, Jacobsberg, Mombour, Pull, Ono y Regier, 1994). Es una entrevista semiestructurada que fue diseñada para identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad DSM-IV y/o CIE-10.

---

El examinador explora la manera de ser habitual del paciente en las siguientes 6 áreas: trabajo, Yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos. Esta prueba cuenta con un breve cuestionario de evaluación IPDE autoaplicado, de screening, en el que mediante respuesta dicotómica (verdadero-falso) el sujeto describe su conducta habitual en los últimos 5 años. Este breve cuestionario de screening (75 ítems) proporciona una rápida información acerca de qué trastorno de la personalidad es probable que esté presente y, a continuación la administración del módulo completo del IPDE permite confirmar o descartar el diagnóstico de screening. En la primera parte de este trabajo se ha utilizado únicamente el modo de screening autoaplicado, el cual posee una elevada sensibilidad pero una baja especificidad (San Narciso, Gutiérrez, Saiz, González, Bascarán y Bobes, 2000).

#### 2.1.2.3. ZKPQ-50-CC.

Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire, Cross-Cultural 50-items versión (Aluja, Rossier, García, Angleitner, Kuhlman y Zuckerman, 2006) es una versión reducida del Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (Zuckerman et al., 1993). Compuesto por 50 preguntas que miden las 5 escalas correspondientes a las 5 dimensiones del modelo de Zuckerman, incluye 10 ítems por escala. Los enunciados deben contestarse de forma dicotómica como verdadero o falso. Este cuestionario se desarrolló a partir de muestras de cuatro lenguas diferentes: Alemán, Castellano (España), Francés (Suiza) e Inglés (Estados Unidos). Los resultados indican que la misma estructura se reprodujo en los cuatro idiomas.

#### 2.1.2.4. NEO-PI-R.

Inventario de Personalidad NEO – Revisado (Costa y McCrae, 1992a). Validación española de Aluja et al. (2002). Compuesto por 240 frases o proposiciones que se contestan en una escala tipo Likert de 1 a 5 según el grado de acuerdo con el enunciado. Se obtienen 5 dimensiones y 30 facetas

---

que permiten la evaluación global de la personalidad según modelo de los Cinco Grandes.

#### 2.1.2.5. NEO-FFI-R.

Neuroticism, Extraversion, Openness Five-Factor Inventory – Revised (Costa y McCrae, 2004). Versión reducida de 60 ítems del NEO-PI-R que mide las 5 dimensiones del modelo de los Cinco Grandes. Se utiliza la versión española (Aluja et al., 2005).

#### 2.1.2.6. TCI-R.

Temperament and Character Inventory-Revised. (Cloninger et al., 1993a). Se utiliza la traducción autorizada de Carmen Bayón, validada en población española (Dolcet, 2005). Consta de 240 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos. Mide las 4 dimensiones de temperamento y las 3 de carácter del modelo de Cloninger con sus 29 facetas. Los valores de consistencia interna son aceptables para las siete dimensiones (alfas de Cronbach entre 0.78 y 0.89).

#### 2.1.3. Procedimiento.

El presente estudio se llevó a cabo en el marco del Programa Universitario de Doctorado de *“Educació, Societat i Qualitat de vida”*, y realizado en el marco del grupo de investigación *“Grup de Recerca en Models Estadístics d’Avaluació Psicològica i Psicobiologia de la Personalitat”* de la Universitat de Lleida.

Una vez realizado y aprobado el proyecto de investigación por la Universidad de Lleida se procedió a elaborar el protocolo de evaluación. Para la evaluación de los pacientes del grupo clínico se contó con los permisos necesarios del Comité de Investigación y Ética de la Universitat de

---

Lleida y del Hospital de Santa María de Lleida. Los sujetos del grupo sano se obtuvieron de una base de datos reciente perteneciente al grupo de investigación, como se ha comentado más arriba.

Los pacientes psiquiátricos que participaron en el estudio fueron informados de la naturaleza del mismo y consintieron su participación voluntaria y no remunerada firmando un documento de consentimiento. Los pacientes completaron posteriormente el protocolo de cuestionarios autoinformados. A todos los participantes se les comunicaba los resultados de las diferentes pruebas y su interpretación, además se realizaba un informe para los terapeutas de referencia.

Como novedad y debido al escaso número de sujetos obtenidos en algunos de los diagnósticos de trastorno de la personalidad se procedió a considerar la puntuación de la Entrevista del SCID-II de una manera dimensional. Así la puntuación con la que se valoran los ítems en 1 = ausente o falsa, 2 = subumbral y 3 = umbral o verdadera, se recodificó en 0, 1 y 2 respectivamente, más adelante veremos los valores obtenidos.

#### 2.1.4. Análisis estadísticos.

Los estadísticos utilizados en el análisis de datos han sido los siguientes:

- a) Descriptivos (media, desviación estándar, asimetría y curtosis),
  - b) Comparación de medias ( $t$ -test y  $d$  de Cohen),
  - c) Consistencia interna de las escalas (alfa de Cronbach),
  - d) Análisis correlacional y factorial,
  - e) Coeficientes de congruencia factorial,
  - f) Análisis de regresión lineal múltiple, y
  - g) Análisis gráfico de regresión no paramétrica (LOESS).
-

## 2.2. RESULTADOS: Comparación del grupo clínico y sano en los instrumentos autoinformados.

Se presentan los resultados comparativos en el grupo clínico y sano en los instrumentos autoinformados comunes. Primero se presentan descriptivos y comparaciones de medias por grupo de los instrumentos administrados. Posteriormente se analizan los cuestionarios mediante análisis de Componentes Principales y por último se realizan análisis mediante ecuaciones de regresión.

### 2.2.1. Descriptivos, comparaciones t-test por grupo y consistencia interna.

#### 2.2.1.1. IPDE.

En la Tabla 2.7. se muestran las medias, desviaciones, valores de distribución, diferencias de medias y consistencia interna del IPDE administrado al grupo clínico y sano. El grupo de pacientes obtienen puntuaciones medias más altas que en grupo sano. Estas diferencias son estadísticamente significativas en todos los casos menos en la escala del Trastorno de la Personalidad Narcisista. Los valores de distribución de frecuencias de asimetría y curtosis indican que la mayoría de las escalas obtienen valores normales al no exceder de  $\pm 1$ . Nótese que en el grupo sano la escala del Trastorno Antisocial de la Personalidad obtiene valores de distribución excesivos, indicando que su distribución no es normal. Como puede verse la consistencia interna de las escalas es baja en ambos grupos. Dado que las escalas tienen pocos ítems no es esperable alfas elevadas, pero los valores inferiores a 0.50 indican claramente que su fiabilidad interna es muy baja.

---



Tabla 2.7.  
Estadísticos descriptivos, comparaciones *t*-test y *d* de Cohen para los grupos, y alfa de las escalas del IPDE.

	Pacientes					Sanos					<i>t</i> -t	<i>p</i> <	<i>d</i>
	M	De	As	K	$\alpha$	M	De	As	K	$\alpha$			
PAR_i	2.69	1.82	.49	-.52	.34	1.62	1.31	.90	.52	.33	7.47	.001	.72
ESD_i	2.99	1.63	.39	-.47	.13	1.99	1.36	.53	-.20	.04	7.57	.001	.69
EST_i	2.82	2.06	.48	-.62	.36	1.42	1.52	1.23	1.26	.30	8.54	.001	.82
HIS_i	2.59	1.80	.62	-.16	.56	2.19	1.59	.55	-.24	.43	2.66	.008	.24
ANT_i	1.55	1.54	1.13	.77	.59	1.00	1.15	1.48	2.62	.43	4.40	.001	.43
NAR_i	2.30	1.76	.94	.82	.56	2.39	1.52	.78	.39	.37	-.64	<i>n.s.</i>	-.06
LIM_i	3.88	2.28	.08	-.93	.70	2.18	1.74	.83	.35	.57	9.30	.001	.88
OBS_i	3.24	1.84	.12	-.72	.57	2.86	1.62	.46	-.18	.43	2.51	.013	.22
DEP_i	2.53	1.93	.32	-.99	.62	1.69	1.48	.79	.08	.51	5.45	.001	.51
EVI_i	4.28	2.37	-.18	-.90	.74	2.90	1.96	.40	-.61	.63	7.15	.001	.66

Nota: M: Media, De: Desviación estándar, As: Asimetría, K: Curtosis,  $\alpha$ : Alfa de Cronbach, *t*-t: *t*-test, *d*: *d* de Cohen. Escalas: Paranoide (PAR\_i), Esquizoide (ESD\_i), Esquizotípico (EST\_i), Histriónico (HIS\_i), Antisocial (ANT\_i), Narcisista (NAR\_i), Límite (LIM\_i), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_i), Dependencia (DEP\_i) y Evitación (EVI\_i).

#### 2.2.1.2. SCID-II (Dimensional).

En la Tabla 2.8 se presentan las medias, desviaciones, valores de distribución y consistencia interna alfa de las puntuaciones del grupo clínico en el SCID II, versión dimensional. Como puede verse los valores de distribución de asimetría y curtosis indican en la mayoría de escalas que las distribuciones no son normales. Los rangos de las consistencia interna oscilan entre 0.45 (Histriónico) a 0.92 (Antisocial).

Tabla 2.8.  
Descriptivos, valores de distribución y consistencia interna del SCID-II dimensional.

	Ítems	Mín	Máx	Media	De	As	K	$\alpha$
EVI_sd	7	0	14	3.29	3.59	1.04	.07	.78
DEP_sd	8	0	11	2.08	2.45	1.32	1.24	.61
OBS_sd	9	0	14	3.71	3.19	.83	.011	.67
PAG_sd	8	0	10	2.09	2.35	1.33	1.61	.58
DPR_sd	8	0	14	4.62	3.78	.45	-.83	.76
PAR_sd	8	0	14	2.78	3.54	1.17	.22	.81
EST_sd	14	0	12	2.25	2.71	1.16	.553	.66
ESD_sd	7	0	12	2.03	2.37	1.30	1.45	.58
HIS_sd	9	0	7	1.01	1.62	1.77	2.65	.45
NAR_sd	7	0	16	1.63	3.07	2.42	5.91	.83
LIM_sd	15	1	19	6.56	5.04	.71	-.59	.87
ANT_sd	48	0	40	3.74	7	2.78	8.76	.92

Nota: SCID-II dimensional: Evitación (EVI\_sd), Dependencia (DEP\_sd), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_sd), Pasivo-Agresivo (PAG\_sd), Depresivo (DPR\_sd), Paranoide (PAR\_sd), Esquizotípico (EST\_sd), Esquizoide (ESD\_sd), Histriónico (HIS\_sd), Narcisista (NAR\_sd), Límite (LIM\_sd) y Antisocial (ANT\_sd).

### 2.2.1.2.1. Equivalencia entre el IPDE y el SCID II dimensional.

A efectos comparativos se ha realizado una correlación producto-momento de Pearson entre los cuestionarios IPDE (77 ítems) y SCID II (132 ítems). En la Tabla 2.9 se muestran los resultados. Como puede verse, las correlaciones entre cada par de trastornos homónimos de ambos cuestionarios son en todos los casos altas y estadísticamente significativas. Estas correlaciones oscilan entre .41 (TP Narcisista) y .70 (TP Límite).

Tabla 2.9.

Correlaciones entre el SCID-II-Dimensional y el IPDE para cada par de trastornos de la personalidad homónimos.

	EVI_i	DEP_i	OBS_i	PAR_i	EST_i	ESD_i	HIS_i	NAR_i	LIM_i	ANT_i
EVI_sd	.65									
DEP_sd		.62								
OBS_sd			.57							
PAR_sd				.63						
EST_sd					.58					
ESD_sd						.52				
HIS_sd							.54			
NAR_sd								.41		
LIM_sd									.70	
ANT_sd										.67

$p < 0.001$

Nota: **IPDE**: Evitación (EVI\_i), Dependencia (DEP\_i), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_i), Paranoide (PAR\_i), Esquizotípico (EST\_i), Esquizoide (ESD\_i), Histriónico (HIS\_i), Narcisista (NAR\_i), Límite (LIM\_i) y Antisocial (ANT\_i). **SCID-II dimensional**: Evitación (EVI\_sd), Dependencia (DEP\_sd), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_sd), Paranoide (PAR\_sd), Esquizotípico (EST\_sd), Esquizoide (ESD\_sd), Histriónico (HIS\_sd), Narcisista (NAR\_sd), Límite (LIM\_sd) y Antisocial (ANT\_sd).

En el Anexo 6 se muestran unos diagramas de barras comparativos de las puntuaciones en las diferentes escalas dimensionales del IPDE y el SCID-II-D que obtienen los pacientes diagnosticados mediante el SCID-II categorial, en cada uno de los 12 TPs. Con la finalidad de poder comparar mejor las puntuaciones dimensionales en ambos cuestionarios se han convertido las puntuaciones directas en notas Z (media=0 y De=1). En cada figura se marca con una flecha el Trastorno de la Personalidad que representa al diagnóstico que coincide con la escala analizada. Como es esperable las más altas puntuaciones las obtienen los sujetos

diagnosticados con el Trastorno de la Personalidad correspondiente, tanto en el SCID-II-D como en el IPDE. Reflejándose patrones similares en las diferentes escalas, cabe resaltar como una excepción en la Figura 2.39 que en la escala de Evitación puntúan más los sujetos con el TP por Dependencia que los propios sujetos con el TP por Evitación.

#### 2.1.2.1.2. ZKPQ-50-CC.

En la Tabla 2.10 aparecen las medias, desviaciones, valores de distribución, diferencias de medias y consistencia interna del ZKPQ-50-CC administrado al grupo clínico y sano.

Las medias entre pacientes y sanos obtienen diferencias significativas en todas las escalas excepto en Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada. Por otro lado, las puntuaciones en Neuroticismo-Ansiedad y Agresividad-Hostilidad son superiores en el grupo de pacientes, con una diferencia marcada en el primer caso. Las dimensiones de Actividad y Sociabilidad obtienen una medias mayores en el grupo sano. Los valores de distribución de frecuencias de asimetría y curtosis no exceden el valor  $\pm 1$ , lo que indica que la mayoría de las escalas se ajustan a una distribución de valores normal, excepto en el valor de curtosis de tres escalas del grupo pacientes (N-Anx, Agg-Host y Act) que oscilan entre -1.08 y -1.15. La consistencia interna de las escalas ha sido analizada a través del alfa de Cronbach, en los dos grupos de obtienen alfas elevadas, superiores a 0.73, excepto en el grupo sano donde Actividad (0.64) y Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (0.68) son inferiores, no obstante podemos afirmar que la consistencia interna de las dimensiones del ZKPQ-50-CC es aceptable.

---

Tabla 2.10.  
Estadísticos descriptivos, comparaciones *t*-test y *d* de Cohen para los grupos y alfa de las escalas del ZKPQ-50-CC.

	ítems	Pacientes					Sanos					<i>t</i> -t	<i>p</i> <	<i>d</i>
		M	De	As	K	$\alpha$	M	De	As	K	$\alpha$			
ImpSS	10	4.72	2.61	.03	-.95	.73	4.96	2.44	-.04	-.78	.68	-1.09	<i>n.s.</i>	-.10
N-Anx	10	5.84	3.04	-.28	-1.15	.84	2.93	2.59	.79	-.31	.80	11.64	.001	1.10
Agg-Host	10	5.09	2.73	.18	-1.15	.76	4.13	2.33	.24	-.56	.64	4.30	.001	.39
Act	10	3.91	2.88	.32	-1.08	.80	4.50	2.57	.07	-.80	.74	-2.48	.014	-.23
Sy	10	3.72	2.58	.21	-.96	.74	5.61	2.58	-.32	-.77	.75	-8.53	.001	-.73

Nota: M: Media, De: Desviación estándar, As: Asimetría, K: Curtosis,  $\alpha$ : Alfa de Cronbach, *t*-t: *t*-test, *d*: *d* de Cohen. Escalas: Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS), Neuroticismo - Ansiedad (N-Anx), Agresividad - Hostilidad (Agg-Host), Actividad (Act) y Sociabilidad (Sy).

### 2.1.2.1.3. NEO-FFI-R.

Los estadísticos descriptivos y la consistencia interna para el grupo de pacientes y sanos del NEO-FFI-R, así como la comparación de medias se muestran en la Tabla 2.11.

Tabla 2.11.  
Estadísticos descriptivos, comparaciones *t*-test y *d* de Cohen para los grupos, y alfa de las escalas del NEO-FFI-R.

	ítems	Pacientes					Sanos					<i>t</i> -t	<i>p</i> <	<i>d</i>
		M	De	As	K	$\alpha$	M	De	As	K	$\alpha$			
N	12	30.01	9.93	-.29	-.68	.83	19.59	8.23	.31	-.37	.78	12.87	.001	1.18
E	12	20.53	9.41	-.23	-.98	.79	28.67	7.95	-.37	-.16	.79	-10.55	.001	-.96
O	12	26.79	8.61	.17	-.24	.73	27.98	6.92	.11	-.10	.65	-1.71	<i>n.s.</i>	-.16
A	12	31.13	8.05	-.59	.33	.76	36.41	6.56	-.95	1.60	.73	-8.09	.001	-.75
C	12	31.81	8.92	-.65	.49	.82	36.52	7.08	-.75	.82	.80	-6.53	.001	-.61

Nota: M: Media, De: Desviación estándar, As: Asimetría, K: Curtosis,  $\alpha$ : Alfa de Cronbach, *t*-t: *t*-test, *d*: *d* de Cohen. Escalas: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C).

Las medias entre pacientes y sanos obtienen diferencias significativas en todas las escalas excepto en Apertura a la experiencia (O). Las puntuaciones en Neuroticismo (N) son superiores en el grupo de pacientes y en el grupo sano las dimensiones de Extraversión (E), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C) son superiores de forma significativa. Los valores de distribución de frecuencias de asimetría y curtosis no exceden el valor  $\pm 1$ ,

---

excepto en Amabilidad ( $K = 1.60$ ) del grupo sano. Podemos decir que la distribución en las diferentes dimensiones y grupos tiende a la normalidad. Las alfas de Cronbach son superiores a 0.73, excepto en Apertura a la experiencia (0.65) indicando una aceptable consistencia interna de las dimensiones del NEO-FFI-R.

#### 2.1.2.1.4. TCI-R.

En la Tabla 2.12 se muestran las medias, desviaciones, valores de distribución, diferencias de medias y consistencia interna del TCI-R administrado al grupo clínico y sano.

Los valores de curtosis para cada una de las dimensiones y facetas se sitúan entre -1 y +1, indicando que la mayoría de las distribuciones de puntuaciones tienden a la normalidad, excepto en dos casos: las dimensiones de Carácter Autodirección (1.01) y Cooperación (2.93) en el grupo sano, tendencia que se observa en estudios anteriores (Dolcet, 2005).

La asimetría obtiene la mayoría de valores en el rango  $\pm 1$ , tanto en las dimensiones como en las facetas, excepto en CO (Cooperación) y CO4 (Capacidad de perdonar) del grupo sano, cuyos valores son -1.01 y -1.18 respectivamente, mostrando unas distribuciones que tienden a concentrarse alrededor de la puntuación media.

La consistencia interna de las dimensiones principales del cuestionario es buena, como vemos mediante el alfa de Cronbach que oscila entre 0.77 y 0.91 en el grupo clínico y sano, no así en las facetas, cuyas alfas suelen obtener coeficientes menores que oscilan entre 0.47 y 0.89, ello suele ser debido al menor número de ítems de las facetas respecto a las dimensiones.

La comparación de medias nos muestra que se obtienen diferencias significativas en las dimensiones principales excepto en Búsqueda de novedad (NS), donde el grupo clínico y sano ofrecen puntuaciones similares.

---

No obstante, si analizamos las facetas de esta dimensión vemos medias similares sólo en NS3 (Malbaratamiento), pero en NS1 (Exploración) y NS4 (Antinormatividad) es mayor en el grupo sano, en la NS2 (Falta de reflexión) es mayor en el grupo clínico. La dimensión Evitación del daño (HA) obtiene medias significativamente superiores en el grupo clínico, al igual que todas sus facetas: HA1 (Preocupación), HA2 (Miedo a la incertidumbre), HA3 (Timidez) y HA4 (Fatigabilidad). Un comportamiento diferente lo observamos en la dimensión Dependencia de la recompensa (RD) donde la media es superior en el grupo sano, al igual que dos de sus facetas: RD2 (Apego) y RD3 (Apertura), no ocurre lo mismo con RD1 (Sentimentalismo) y RD4 (Dependencia) cuyas medias no presentan diferencias significativas entre los dos grupos. En la escala de Persistencia (PS) las medias son mayores en el grupo sano tanto en la dimensión como en todas sus facetas: PS1 (Esforzado), PS2 (Tolerancia al fracaso), PS3 (Ambición) y PS4 (Autoexigencia).

En las dimensiones de Carácter la escala de Autodirección (SD) obtiene unas medias superiores en el grupo sano, al igual que la mayoría de sus facetas: SD1 (Locus de control interno), SD2 (Propósitos/metas), SD3 (Recursos) y SD5 (Buenos hábitos). La faceta SD4 (Autoaceptación) es algo mayor en el grupo clínico ( $p < 0.033$ ). Cooperación (CO) es una dimensión que obtiene medias significativamente más altas en el grupo sano, también en casi todas sus facetas: CO1 (Tolerancia social), CO2 (Empatía), CO3 (Altruismo) y CO4 (Capacidad de perdonar), excepto CO5 (Integridad) cuyas medias son similares en los dos grupos. Finalmente, la dimensión de Autotrascendencia (ST) tiende a ser superior en el grupo sano, como su faceta ST2 (Identificación personal), las otras dos facetas ST1 (Ensimismamiento) y ST3 (Espiritualidad) obtienen medias similares en ambos.

---

Tabla 2.12.  
Estadísticos descriptivos, comparaciones *t*-test y  
*d* de Cohen para los grupos, y alfa de las dimensiones y facetas del TCI-R.

		Pacientes						Sanos							
	Escalas	Ítems	M	De	As	K	α	M	De	As	K	α	<i>t</i> - <i>t</i>	<i>p</i> <	<i>d</i>
NS1	Exploración	10	29.45	6.25	-.11	-.32	.55	31.42	5.35	-.12	-.16	.55	-3.84	.001	-.35
NS2	Falta de reflexión	9	23.83	6.36	.32	-.34	.67	22.61	5.53	.17	.05	.68	2.34	.020	.21
NS3	Malbaratamiento	9	27.91	5.23	-.09	-.69	.80	27.49	4.05	-.15	-.06	.71	1.00	<i>n.s.</i>	.09
NS4	Antinormatividad	7	17.46	4.90	.18	-.15	.50	18.41	4.30	.26	-.14	.47	-3.32	.021	-.21
<b>NS</b>	<b>Búsqueda de novedad</b>	<b>35</b>	<b>98.66</b>	<b>15.47</b>	<b>.16</b>	<b>-.01</b>	<b>.81</b>	<b>99.93</b>	<b>12.44</b>	<b>.04</b>	<b>.12</b>	<b>.77</b>	<b>-1.01</b>	<b><i>n.s.</i></b>	<b>-.09</b>
HA1	Preocupación	11	36.28	7.48	.04	-.33	.68	30.14	6.15	.50	.66	.67	10.07	.001	.93
HA2	Miedo a la incertidumbre	7	26.46	6.27	-.61	-.02	.76	24.31	5.28	-.33	-.08	.73	4.18	.001	.38
HA3	Timidez	7	24.08	6.43	.01	-.79	.78	20.72	5.39	.17	-.29	.75	6.39	.001	.59
HA4	Fatigabilidad	8	28.04	7.22	-.31	-.51	.79	22.05	5.40	.23	.10	.70	10.42	.001	.99
<b>HA</b>	<b>Evitación del daño</b>	<b>33</b>	<b>114.85</b>	<b>21.04</b>	<b>-.26</b>	<b>-.21</b>	<b>.88</b>	<b>97.22</b>	<b>16.96</b>	<b>.19</b>	<b>.38</b>	<b>.86</b>	<b>10.34</b>	<b>.001</b>	<b>.96</b>
RD1	Sentimentalismo	8	28.70	5.36	-.29	.01	.59	28.40	4.89	-.19	.16	.61	.68	<i>n.s.</i>	.06
RD2	Apego	10	31.91	8.47	-.15	-.57	.79	35.63	7.04	-.20	-.22	.79	-5.38	.001	-.49
RD3	Apertura	6	19.15	6.46	-.20	-.98	.81	21.23	5.09	-.35	-.37	.75	-4.00	.001	-.37
RD4	Dependencia	6	20.34	4.46	-.13	-.28	.57	20.91	3.88	-.32	.19	.52	-1.55	<i>n.s.</i>	-.14
<b>RD</b>	<b>Dependencia de la recompensa</b>	<b>30</b>	<b>100.10</b>	<b>18.34</b>	<b>-.20</b>	<b>-.18</b>	<b>.84</b>	<b>106.17</b>	<b>15.81</b>	<b>-.27</b>	<b>.09</b>	<b>.85</b>	<b>-4.20</b>	<b>.001</b>	<b>-.36</b>
PS1	Esforzado	9	28.46	7.36	-.14	-.30	.75	31.00	5.46	-.10	-.23	.65	-4.33	.001	-.41
PS2	Tolerancia al fracaso	8	24.38	6.67	-.03	-.41	.74	27.32	5.40	-.27	-.03	.72	-5.42	.001	-.50
PS3	Ambición	10	26.76	7.48	.23	.03	.76	29.69	6.88	.20	-.13	.80	-4.68	.001	-.41
PS4	Autoexigencia	8	24.15	6.60	.11	-.43	.72	26.01	5.51	-.10	-.05	.73	-3.46	.001	-.32
<b>PS</b>	<b>Persistencia</b>	<b>35</b>	<b>103.75</b>	<b>23.63</b>	<b>.01</b>	<b>.02</b>	<b>.90</b>	<b>114.02</b>	<b>18.91</b>	<b>-.02</b>	<b>-.13</b>	<b>.89</b>	<b>-5.37</b>	<b>.001</b>	<b>-.50</b>
SD1	Locus de control interno	8	27.01	7.35	-.03	-.96	.81	31.32	5.53	-.72	.78	.75	-7.34	.001	-.70
SD2	Propósitos / metas	6	18.85	6.16	-.13	-.92	.77	23.21	4.39	-.84	.60	.69	-8.96	.001	-.87
SD3	Recursos	5	15.55	5.01	.03	-.80	.72	18.54	3.69	-.45	.04	.66	-7.50	.001	-.72
SD4	Autoaceptación	10	34.82	7.39	-.45	-.47	.67	33.50	6.65	-.42	.16	.70	2.14	.033	.19
SD5	Buenos hábitos	11	34.67	7.20	.16	-.25	.67	39.38	5.80	-.34	.90	.67	-8.07	.001	-.75
<b>SD</b>	<b>Autodirección</b>	<b>40</b>	<b>130.90</b>	<b>24.44</b>	<b>.17</b>	<b>-.72</b>	<b>.89</b>	<b>145.94</b>	<b>18.52</b>	<b>-.50</b>	<b>1.01</b>	<b>.86</b>	<b>-7.70</b>	<b>.001</b>	<b>-.73</b>
CO1	Tolerancia social	8	29.29	6.56	-.74	.35	.80	31.74	5.11	-.80	1.20	.77	-4.64	.001	-.44
CO2	Empatía	5	16.83	4.05	-.56	.03	.57	18.40	3.21	-.57	.49	.50	-4.80	.001	-.45
CO3	Altruismo	8	29.51	5.77	-.46	-.17	.70	30.99	4.33	-.78	2.18	.62	-3.21	.001	-.31
CO4	Capacidad de perdonar	7	25.26	7.59	-.82	-.29	.89	27.79	5.49	-1.18	1.53	.85	-4.20	.001	-.41
CO5	Integridad	8	30.61	5.54	-.56	.07	.59	31.00	4.80	-.52	.22	.56	-.86	<i>n.s.</i>	-.08
<b>CO</b>	<b>Cooperación</b>	<b>36</b>	<b>131.49</b>	<b>23.18</b>	<b>-.70</b>	<b>.06</b>	<b>.91</b>	<b>139.91</b>	<b>17.45</b>	<b>-1.01</b>	<b>2.93</b>	<b>.88</b>	<b>-4.55</b>	<b>.001</b>	<b>-.43</b>
ST1	Ensimismamiento	10	31.10	9.10	-.09	-.61	.79	31.24	7.21	-.08	-.33	.74	-.20	<i>n.s.</i>	-.02
ST2	Identificación personal	8	18.05	6.19	.49	-.05	.71	20.58	6.01	.28	-.17	.75	-4.81	.001	-.42
ST3	Espiritualidad	8	18.45	6.87	.76	.36	.77	19.27	6.59	.91	.78	.80	-1.39	<i>n.s.</i>	-.12
<b>ST</b>	<b>Autotrascendencia</b>	<b>26</b>	<b>67.60</b>	<b>18.11</b>	<b>.21</b>	<b>-.57</b>	<b>.87</b>	<b>71.09</b>	<b>16.15</b>	<b>.50</b>	<b>.37</b>	<b>.87</b>	<b>-2.32</b>	<b>.021</b>	<b>-.21</b>

## 2.2.2. RELACIONES MULTIVARIANTES:

### Análisis de Componentes Principales.

Mediante el análisis de componentes principales pretendemos condensar la información que nos proporcionan un gran número de variables y determinar las dimensiones subyacentes comunes (factores). Para ello analizaremos el IPDE respecto a los tres cuestionarios aplicados (ZKPQ-50-CC, NEO-FFI-R y TCI-R) tanto en el grupo clínico como en el grupo sano, diferenciaremos en el TCI-R las dimensiones de temperamento y carácter.

#### 2.2.2.1. IPDE vs. ZKPQ-50-CC.

##### 2.2.2.1.1. IPDE vs. ZKPQ-50-CC en grupo clínico.

Se realiza un análisis de componentes principales rotados mediante el método Varimax forzando una solución de 5 factores, se utilizan las 5 dimensiones del ZKPQ-50-CC y las 10 escalas del IPDE. La media de adecuación muestral KMO obtiene un valor de 0.83, la prueba de esfericidad de Bartlett ofrece un  $\chi^2 = 1107.58$ , con 120 g.l. y una significación  $p < 0.001$ .

Los diferentes factores explican el 70.35% de la varianza, el primer factor explica el 19.09%, el segundo el 17.65%, el tercero el 16.55%, el cuarto el 9.15% y el quinto el 7.90%. Las matrices de pesos factoriales resultantes las podemos ver en la Tabla 2.13. El primer factor queda integrado por la escala Esquizoide, Esquizotípico, Evitación y Sociabilidad en negativo, con un peso secundario de Paranoide y Neuroticismo - Ansiedad. El segundo factor queda integrado por Dependencia, Límite, Histriónico y Neuroticismo - Ansiedad, con pesos secundarios de Evitación y Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada. El tercer factor lo constituyen Agresividad - Hostilidad, Antisocial, Paranoide y Narcisista, con pesos secundarios de Límite, Esquizotípico, Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada e Histriónico. El cuarto factor quedaría con

---



Actividad y Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada y peso secundario de Narcisista. El quinto factor, y último, lo compone Obsesivo-Compulsivo con peso secundario de Narcisista en positivo, y Sociabilidad y Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada en negativo.

Tabla 2.13.

Pesos factoriales para 5 factores del IPDE y ZKPQ-50-CC en el grupo clínico.

	<i>F-I</i>	<i>F-II</i>	<i>F-III</i>	<i>F-IV</i>	<i>F-V</i>
ESD_i	<b>.85</b>	.01	-.03	-.01	-.02
EST_i	<b>.76</b>	.23	<b>.36</b>	.04	-.07
<b>Sy</b>	<b>-.71</b>	.07	-.10	.17	<b>-.32</b>
EVI_i	<b>.67</b>	<b>.38</b>	.05	-.06	.26
DEP_i	.11	<b>.83</b>	-.07	-.14	.09
<b>N-Anx</b>	<b>.35</b>	<b>.73</b>	.07	-.12	.08
LIM_i	.21	<b>.73</b>	<b>.46</b>	.07	.08
HIS_i	-.27	<b>.63</b>	<b>.32</b>	.16	.08
ANT_i	.16	.07	<b>.79</b>	.09	-.11
<b>Agg-Host</b>	.03	.09	<b>.75</b>	-.16	.18
PAR_i	<b>.47</b>	.18	<b>.60</b>	.12	.02
NAR_i	-.08	.14	<b>.56</b>	<b>.43</b>	<b>.32</b>
<b>Act</b>	.00	-.22	-.06	<b>.87</b>	.11
<b>ImpSS</b>	-.26	<b>.37</b>	<b>.36</b>	<b>.52</b>	<b>-.30</b>
OBS_i	.19	.21	.10	.10	<b>.86</b>
% Var.	19.09	17.65	16.55	9.15	7.90

Nota: IPDE: Paranoide (PAR\_i), Esquizoide (ESD\_i), Esquizotípico (EST\_i), Histriónico (HIS\_i), Antisocial (ANT\_i), Narcisista (NAR\_i), Límite (LIM\_i), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_i), Dependencia (DEP\_i) y Evitación (EVI\_i). ZKPQ-50-CC: Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS), Neuroticismo - Ansiedad (N-Anx), Agresividad - Hostilidad (Agg-Host), Actividad (Act) y Sociabilidad (Sy).

#### 2.2.2.1.2. IPDE vs. ZKPQ-50-CC en grupo sano.

Se realiza un análisis de componentes principales rotados mediante el método Varimax forzando una solución de 5 factores, se utilizan las 5 dimensiones del ZKPQ-50-CC y las 10 escalas del IPDE.

La media de adecuación muestral KMO obtiene un valor de 0.82, la prueba de esfericidad de Bartlett ofrece un  $\chi^2 = 2018.13$ , con 120 g.l. y una significación  $p < .001$ .

Los diferentes factores explican el 67.01% de la varianza, el primer factor explica el 17.48%, el segundo el 15.83%, el tercero el 14.64%, el cuarto el 9.84% y el quinto el 9.22%.

Tabla 2.14.

Pesos factoriales para 5 factores del IPDE y ZKPQ-50-CC en el grupo sano.

	<i>F-I</i>	<i>F-II</i>	<i>F-III</i>	<i>F-IV</i>	<i>F-V</i>
DEP_i	<b>.81</b>	-.06	.11	-.09	.14
<b>N-Anx</b>	<b>.79</b>	<b>.30</b>	.02	.05	-.06
LIM_i	<b>.68</b>	.29	.29	.29	-.08
EVI_i	<b>.52</b>	<b>.42</b>	.28	<b>-.37</b>	.03
HIS_i	<b>.52</b>	-.14	.22	.39	.20
ESD_i	.09	<b>.84</b>	-.02	-.02	.05
<b>Sy</b>	.08	<b>-.73</b>	-.12	<b>.40</b>	.08
EST_i	<b>.35</b>	<b>.70</b>	.19	.11	.13
<b>Agg-Host</b>	.12	-.02	<b>.76</b>	.05	-.21
NAR_i	.07	-.07	<b>.65</b>	.03	<b>.47</b>
ANT_i	.15	.22	<b>.63</b>	<b>.37</b>	.07
PAR_i	.24	<b>.36</b>	<b>.60</b>	.05	.10
<b>ImpSS</b>	.08	-.09	.27	<b>.74</b>	.13
<b>Act</b>	-.02	.03	-.10	.27	<b>.82</b>
OBS_i	.27	.24	.28	<b>-.39</b>	<b>.56</b>
% Var.	17.48	15.83	14.64	9.84	9.22

Nota: IPDE: Paranoide (PAR\_i), Esquizoide (ESD\_i), Esquizotípico (EST\_i), Histriónico (HIS\_i), Antisocial (ANT\_i), Narcisista (NAR\_i), Límite (LIM\_i), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_i), Dependencia (DEP\_i) y Evitación (EVI\_i). ZKPQ-50-CC: Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS), Neuroticismo - Ansiedad (N-Anx), Agresividad - Hostilidad (Agg-Host), Actividad (Act) y Sociabilidad (Sy).

Las matrices de pesos factoriales resultantes las podemos ver en la Tabla 2.14. El primer factor queda integrado por la escala Dependencia, Neuroticismo - Ansiedad, Límite, Evitación e Histriónico, con un peso secundario de Esquizotípico. El segundo factor queda integrado por Esquizoide, Esquizotípico y Sociabilidad en negativo, con pesos secundarios de Evitación, Paranoide y Neuroticismo - Ansiedad. El tercer factor lo constituyen Agresividad - Hostilidad, Narcisista, Antisocial y Paranoide. El cuarto factor quedaría con Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada, con pesos secundarios de Sociabilidad y Antisocial en positivo, y Evitación y Obsesivo-Compulsivo en negativo. El quinto factor, y último, lo compone Actividad y Obsesivo-Compulsivo, con peso secundario de Narcisista.

### 2.2.2.1.3. Comparación de estructuras del IPDE y ZKPQ-50-CC con los coeficientes de congruencia factorial.

Se han calculado los coeficientes de congruencia entre las matrices factoriales en el IPDE vs. ZKPQ-50-CC del grupo clínico y sano para constatar que el comportamiento de las diferentes dimensiones es similar en las dos muestras (Tabla 2.15), y así evidenciar que el comportamiento de las dimensiones de personalidad es similar en el grupo clínico como en el grupo sano.

Tabla 2.15.

Comparación de matrices factoriales del IPDE y ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y el grupo sano, y coeficientes de congruencia.

	MATRIZ PACIENTES					MATRIZ SANOS					CC
	F-I	F-II	F-III	F-IV	F-V	F-I	F-II	F-III	F-IV	F-V	
ImpSS	-.26	<b>.37</b>	<b>.36</b>	<b>.52</b>	<b>-.30</b>	-.09	.08	.27	<b>.74</b>	.13	.97
N-Anx	<b>.35</b>	<b>.73</b>	.07	-.12	.08	<b>.30</b>	<b>.79</b>	.02	.05	-.06	.99
Agg-Host	.03	.09	<b>.75</b>	-.16	.18	-.02	.12	<b>.76</b>	.05	-.21	.99
Act	.00	-.22	-.06	<b>.87</b>	.11	.03	-.02	-.10	.27	<b>.82</b>	.96
Sy	<b>-.71</b>	.07	-.10	.17	<b>-.32</b>	<b>-.73</b>	.08	-.12	<b>.40</b>	.08	.97
PAR_i	<b>.47</b>	.18	<b>.60</b>	.12	.02	<b>.36</b>	.24	<b>.60</b>	.05	.10	.96
ESD_i	<b>.85</b>	.01	-.03	-.01	-.02	<b>.84</b>	.09	-.02	-.02	.05	.99
EST_i	<b>.76</b>	.23	<b>.36</b>	.04	-.07	<b>.70</b>	<b>.35</b>	.19	.11	.13	.97
HIS_i	-.27	<b>.63</b>	<b>.32</b>	.16	.08	-.14	<b>.52</b>	.22	<b>.39</b>	.20	.96
ANT_i	.16	.07	<b>.79</b>	.09	-.11	.22	.15	<b>.63</b>	<b>.37</b>	.07	.97
NAR_i	-.08	.14	<b>.56</b>	<b>.43</b>	<b>.32</b>	-.07	.07	<b>.65</b>	.03	<b>.47</b>	.98
LIM_i	.21	<b>.73</b>	<b>.46</b>	.07	.08	.29	<b>.68</b>	.29	.29	-.08	.96
OBS_i	.19	.21	.10	.10	<b>.86</b>	.24	.27	.28	<b>-.39</b>	<b>.56</b>	.96
DEP_i	.11	<b>.83</b>	-.07	-.14	.09	-.06	<b>.81</b>	.11	-.09	.14	.95
EVI_i	<b>.67</b>	<b>.38</b>	.05	-.06	.26	<b>.42</b>	<b>.52</b>	.28	<b>-.37</b>	.03	.94
CC						.98	.97	.99	.95	.90	.97
%	19.09	17.65	16.55	9.15	7.90	15.83	17.48	14.64	9.84	9.22	

Nota: IPDE: Paranoide (PAR\_i), Esquizoide (ESD\_i), Esquizotípico (EST\_i), Histriónico (HIS\_i), Antisocial (ANT\_i), Narcisista (NAR\_i), Límite (LIM\_i), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_i), Dependencia (DEP\_i) y Evitación (EVI\_i). ZKPQ-50-CC: Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS), Neuroticismo - Ansiedad (N-Anx), Agresividad - Hostilidad (Agg-Host), Actividad (Act) y Sociabilidad (Sy).

El punto de corte para decidir si dos factores son parecidos es 0.90 (Cattell, 1978), de esta manera se observa un coeficiente global de congruencia de 0.97, los coeficientes de congruencia por factores se sitúan entre 0.90 y 0.99, la congruencia factorial obtenida al comparar la estructura de 5 factores del IPDE y el ZKPQ-50-CC, en ambos grupos,

obtiene un rango entre 0.94 y 0.99, mostrándose una elevada consistencia entre ambas muestras.

#### 2.2.2.2. IPDE vs. NEO-FFI-R.

##### 2.2.2.2.1. IPDE vs. NEO-FFI-R en el grupo clínico.

Se realiza un análisis de componentes principales rotados mediante el método Varimax forzando una solución de 5 factores, se utilizan las 5 dimensiones del NEO-FFI-R y las 10 escalas del IPDE. La media de adecuación muestral KMO obtiene un valor de 0.83, la prueba de esfericidad de Bartlett ofrece un  $X^2 = 1194.18$ , con 105 g.l. y una significación  $p < 0.001$ .

Tabla 2.16.

Pesos factoriales para 5 factores del IPDE y NEO-FFI-R en el grupo clínico.

	<i>F-I</i>	<i>F-II</i>	<i>F-III</i>	<i>F-IV</i>	<i>F-V</i>
ESD_i	<b>.81</b>	-.05	.07	.00	-.11
<b>E</b>	<b>-.75</b>	-.13	.06	-.04	<b>.38</b>
EST_i	<b>.75</b>	.20	<b>.41</b>	-.02	.12
EVI_i	<b>.68</b>	.29	.07	<b>.35</b>	-.06
DEP_i	.16	<b>.78</b>	-.12	.21	-.12
LIM_i	.24	<b>.73</b>	<b>.38</b>	.18	.16
HIS_i	<b>-.30</b>	<b>.69</b>	.27	.09	.15
<b>C</b>	-.16	<b>-.67</b>	-.16	<b>.33</b>	.17
<b>N</b>	<b>.51</b>	<b>.66</b>	.02	.19	.06
ANT_i	.08	.14	<b>.82</b>	-.10	-.04
<b>A</b>	-.18	.01	<b>-.79</b>	-.06	.16
NAR_i	-.20	.16	<b>.67</b>	<b>.37</b>	.10
PAR_i	<b>.45</b>	.17	<b>.59</b>	.13	.23
OBS_i	.18	.14	.13	<b>.85</b>	-.05
<b>O</b>	-.15	.00	-.05	-.03	<b>.91</b>
% Var.	20.27	18.24	17.08	8.27	7.95

Nota: IPDE: Paranoide (PAR\_i), Esquizoide (ESD\_i), Esquizotípico (EST\_i), Histriónico (HIS\_i), Antisocial (ANT\_i), Narcisista (NAR\_i), Límite (LIM\_i), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_i), Dependencia (DEP\_i) y Evitación (EVI\_i). NEO-FFI-R: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C).

Los diferentes factores explican el 71.81% de la varianza, el primer factor explica el 20.27%, el segundo el 18.24%, el tercero el 17.08%, el cuarto el 8.27% y el quinto el 7.95%. Las matrices de pesos factoriales

---

resultantes las podemos ver en la Tabla 2.16. El primer factor queda integrado por la escala Esquizoide, Esquizotípico, Evitación y Extraversión en negativo, con un peso secundario de Neuroticismo, Paranoide e Histriónico, este último en negativo. El segundo factor queda integrado por Dependencia, Límite, Histriónico, Neuroticismo, y Responsabilidad en negativo. El tercer factor lo constituyen Antisocial, Narcisista, Paranoide, y Amabilidad en negativo, con un peso secundario de Esquizotípico y Límite. El cuarto factor quedaría con Obsesivo-Compulsivo con pesos secundarios de Narcisista, Evitación y Responsabilidad. El quinto, y último, factor lo compone Apertura a la experiencia con peso secundario de Extraversión.

#### 2.2.2.2.2. IPDE vs. NEO-FFI-R en el grupo sano.

Se realiza un análisis de componentes principales rotados mediante el método Varimax forzando una solución de 5 factores, se utilizan las 5 dimensiones del NEO-FFI-R y las 10 escalas del IPDE. La media de adecuación muestral KMO obtiene un valor de 0.81, la prueba de esfericidad de Bartlett ofrece un  $\chi^2 = 2064.32$ , con 105 g.l. y una significación  $p < .001$ .

Los diferentes factores explican el 67.20% de la varianza, el primer factor explica el 17.75%, el segundo el 17.49%, el tercero el 15.89%, el cuarto el 8.27% y el quinto el 7.80%. Las matrices de pesos factoriales resultantes las podemos ver en la Tabla 2.17. El primer factor queda integrado por la escala Esquizoide, Esquizotípico, Evitación y Extraversión en negativo, con un peso secundario de Neuroticismo, Paranoide, Límite y Obsesivo-Compulsivo. El segundo factor queda integrado por Antisocial, Narcisista, Paranoide y Amabilidad en negativo, con pesos secundarios de Histriónico, Esquizotípico y Límite. El tercer factor lo constituyen Dependencia, Límite, Histriónico y Neuroticismo, con un peso secundario de Evitación y Responsabilidad, este último en negativo. El cuarto factor quedaría con Obsesivo-Compulsivo y Responsabilidad y un peso secundario de Narcisista. El quinto, y último, factor lo compone Apertura a la experiencia con peso secundario de Extraversión.

---

Tabla 2.17.

Pesos factoriales para 5 factores del IPDE y NEO-FFI-R en el grupo sano.

	<i>F-I</i>	<i>F-II</i>	<i>F-III</i>	<i>F-IV</i>	<i>F-V</i>
ESD_i	<b>.77</b>	.13	-.05	.11	.01
<b>E</b>	<b>-.71</b>	.11	-.02	.26	<b>.34</b>
EST_i	<b>.65</b>	<b>.37</b>	.25	-.02	.03
EVI_i	<b>.60</b>	.07	<b>.50</b>	.19	-.14
<b>A</b>	-.13	<b>-.79</b>	-.07	.23	.21
ANT_i	.12	<b>.75</b>	.15	-.11	.05
NAR_i	-.11	<b>.71</b>	.17	<b>.34</b>	-.02
PAR_i	<b>.42</b>	<b>.61</b>	.18	.08	.10
DEP_i	.08	.11	<b>.79</b>	.03	-.11
LIM_i	<b>.31</b>	<b>.32</b>	<b>.65</b>	-.18	.18
HIS_i	-.25	<b>.38</b>	<b>.61</b>	.01	.08
<b>N</b>	<b>.50</b>	-.04	<b>.60</b>	-.18	.09
<b>C</b>	-.14	-.27	<b>-.35</b>	<b>.74</b>	.16
OBS_i	<b>.33</b>	.23	.29	<b>.57</b>	-.26
<b>O</b>	-.09	-.04	.03	.00	<b>.91</b>
% Var.	17.75	17.49	15.89	8.27	7.80

Nota: IPDE: Paranoide (PAR\_i), Esquizoide (ESD\_i), Esquizotípico (EST\_i), Histriónico (HIS\_i), Antisocial (ANT\_i), Narcisista (NAR\_i), Límite (LIM\_i), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_i), Dependencia (DEP\_i) y Evitación (EVI\_i). NEO-FFI-R: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C).

#### 2.2.2.2.3. Comparación de estructuras del IPDE y NEO-FFI-R con los coeficientes de congruencia factorial.

Se han calculado los coeficientes de congruencia entre las matrices factoriales en el IPDE vs. NEO-FFI-R del grupo clínico y sano para constatar que el comportamiento de las diferentes dimensiones es similar en las dos muestras (Tabla 2.18), y así evidenciar que el comportamiento de las dimensiones de personalidad es similar en el grupo clínico como en el grupo sano.

El punto de corte para decidir si dos factores son parecidos es 0.90 (Cattell, 1978), de esta manera se observa un coeficiente global de congruencia de 0.97, los coeficientes de congruencia por factores se sitúan entre 0.91 y 0.99, la congruencia factorial obtenida al comparar la estructura de 5 factores del IPDE y el NEO-FFI-R, en ambos grupos, obtiene un rango entre 0.95 y 0.99, mostrándose una elevada consistencia entre ambas muestras.

Tabla 2.18.

Comparación de matrices factoriales del IPDE y NEO-FFI-R en el grupo clínico y el grupo sano, y coeficientes de congruencia.

	MATRIZ PACIENTES					MATRIZ SANOS					CC
	F-I	F-II	F-III	F-IV	F-V	F-I	F-II	F-III	F-IV	F-V	
N	<b>.51</b>	<b>.66</b>	.02	.19	.06	<b>.50</b>	<b>.60</b>	-.04	-.18	.09	.98
E	<b>-.75</b>	-.13	.06	-.04	<b>.38</b>	<b>-.71</b>	-.02	.11	.26	<b>.34</b>	.98
O	-.15	.00	-.05	-.03	<b>.91</b>	-.09	.03	-.04	.00	<b>.91</b>	.98
A	-.18	.01	<b>-.79</b>	-.06	.16	-.13	-.07	<b>-.79</b>	.23	.21	.95
C	-.16	<b>-.67</b>	-.16	<b>.33</b>	.17	-.14	<b>-.35</b>	-.27	<b>.74</b>	.16	.96
PAR_i	<b>.45</b>	.17	<b>.59</b>	.13	.23	<b>.42</b>	.18	<b>.61</b>	.08	.10	.99
ESD_i	<b>.81</b>	-.05	.07	.00	-.11	<b>.77</b>	-.05	.13	.11	.01	.96
EST_i	<b>.75</b>	.20	<b>.41</b>	-.02	.12	<b>.65</b>	.25	<b>.37</b>	-.02	.03	.98
HIS_i	<b>-.30</b>	<b>.69</b>	.27	.09	.15	-.25	<b>.61</b>	<b>.38</b>	.01	.08	.98
ANT_i	.08	.14	<b>.82</b>	-.10	-.04	.12	.15	<b>.75</b>	-.11	.05	.98
NAR_i	-.20	.16	<b>.67</b>	<b>.37</b>	.10	-.11	.17	<b>.71</b>	<b>.34</b>	-.02	.99
LIM_i	.24	<b>.73</b>	<b>.38</b>	.18	.16	<b>.31</b>	<b>.65</b>	<b>.32</b>	-.18	.18	.98
OBS_i	.18	.14	.13	<b>.85</b>	-.05	<b>.33</b>	.29	.23	<b>.57</b>	-.26	.98
DEP_i	.16	<b>.78</b>	-.12	.21	-.12	.08	<b>.79</b>	.11	.03	-.11	.96
EVI_i	<b>.68</b>	.29	.07	<b>.35</b>	-.06	<b>.60</b>	<b>.50</b>	.07	.19	-.14	.98
CC						.99	.98	.98	.91	.97	.97
%	20.27	18.24	17.08	8.27	7.95	17.75	15.89	17.49	8.27	7.80	

Nota: IPDE: Paranoide (PAR\_i), Esquizoide (ESD\_i), Esquizotípico (EST\_i), Histriónico (HIS\_i), Antisocial (ANT\_i), Narcisista (NAR\_i), Límite (LIM\_i), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_i), Dependencia (DEP\_i) y Evitación (EVI\_i). NEO-FFI-R: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C).

### 2.2.2.3. IPDE vs. Temperamento del TCI-R.

#### 2.2.2.3.1. IPDE vs. Temperamento del TCI-R en el grupo clínico.

Se realiza un análisis de componentes principales rotados mediante el método Varimax forzando una solución de 4 factores, se utilizan las 4 dimensiones de Temperamento del TCI-R y las 10 escalas del IPDE. La media de adecuación muestral KMO obtiene un valor de 0.78, la prueba de esfericidad de Bartlett ofrece un  $\chi^2 = 1178.50$ , con 91 g.l. y una significación  $p < 0.001$ .

Los diferentes factores explican el 70.25% de la varianza, el primer factor explica el 20.02%, el segundo el 18.40%, el tercero el 16.44% y el cuarto el 13.39%. Las matrices de pesos factoriales resultantes las

podemos ver en la Tabla 2.19. El primer factor queda integrado por las escalas Esquizotípico, Paranoide, Esquizoide, Antisocial y Dependencia de la recompensa en negativo, con un peso secundario de Evitación y Límite. El segundo factor queda integrado por Límite, Dependencia e Histriónico, con pesos secundarios en Dependencia de la recompensa, Evitación del daño, Evitación y Narcisista. El tercer factor lo constituyen Evitación del daño, Obsesivo-Compulsivo, Evitación, y Búsqueda de novedad en negativo, con un peso secundario de Esquizoide y Dependencia, y en negativo Antisocial. El cuarto, y último factor, quedaría con Persistencia y Narcisista, y pesos secundarios de Obsesivo-Compulsivo y Evitación del daño, esta última en negativo.

Tabla 2.19.

Pesos factoriales para 4 factores del IPDE y Temperamento del TCI-R en el grupo clínico.

	<i>F-I</i>	<i>F-II</i>	<i>F-III</i>	<i>F-IV</i>
EST <sub>i</sub>	<b>.80</b>	.23	.18	-.04
<b>RD</b>	<b>-.76</b>	<b>.33</b>	-.06	.04
PAR <sub>i</sub>	<b>.69</b>	.29	.01	.23
ESD <sub>i</sub>	<b>.67</b>	-.09	<b>.37</b>	-.24
ANT <sub>i</sub>	<b>.59</b>	.27	<b>-.40</b>	.25
LIM <sub>i</sub>	<b>.38</b>	<b>.80</b>	.02	.11
DEP <sub>i</sub>	.00	<b>.77</b>	<b>.31</b>	-.17
HIS <sub>i</sub>	-.05	<b>.74</b>	-.27	.18
<b>NS</b>	-.05	.26	<b>-.82</b>	.09
<b>HA</b>	.24	<b>.32</b>	<b>.66</b>	<b>-.48</b>
OBS <sub>i</sub>	.13	.26	<b>.61</b>	<b>.52</b>
EVI <sub>i</sub>	<b>.52</b>	<b>.32</b>	<b>.54</b>	-.07
<b>PS</b>	-.13	-.12	-.05	<b>.84</b>
NAR <sub>i</sub>	.27	<b>.32</b>	-.18	<b>.64</b>
% Var.	22.02	18.40	16.44	13.39

Nota: IPDE: Paranoide (PAR<sub>i</sub>), Esquizoide (ESD<sub>i</sub>), Esquizotípico (EST<sub>i</sub>), Histriónico (HIS<sub>i</sub>), Antisocial (ANT<sub>i</sub>), Narcisista (NAR<sub>i</sub>), Límite (LIM<sub>i</sub>), Obsesivo-Compulsivo (OBS<sub>i</sub>), Dependencia (DEP<sub>i</sub>) y Evitación (EVI<sub>i</sub>). TCI-R (Temperamento): Búsqueda de novedad (NS), Evitación del daño (HA), Dependencia de la recompensa (RD), y Persistencia (PS).

#### 2.2.2.3.2. IPDE vs. Temperamento del TCI-R en grupo sano.

Se realiza un análisis de componentes principales rotados mediante el método Varimax forzando una solución de 4 factores, se utilizan las 4 dimensiones de Temperamento del TCI-R y las 10 escalas del IPDE. La



media de adecuación muestral KMO obtiene un valor de 0.77, la prueba de esfericidad de Bartlett ofrece un  $\chi^2 = 1951.73$ , con 91 g. l. y una significación  $p < 0.001$ . Los diferentes factores explican el 64.87% de la varianza, el primer factor explica el 18.59%, el segundo el 18.53%, el tercero el 14.86% y el cuarto el 12.89%.

Tabla 2.20.

Pesos factoriales para 4 factores del IPDE y Temperamento del TCI-R en el grupo sano.

	<i>F-I</i>	<i>F-II</i>	<i>F-III</i>	<i>F-IV</i>
<b>RD</b>	<b>-.84</b>	.16	.12	.03
ESD_i	<b>.71</b>	.20	-.15	-.04
EST_i	<b>.68</b>	<b>.37</b>	.18	.05
PAR_i	<b>.54</b>	.29	<b>.32</b>	.25
DEP_i	-.04	<b>.76</b>	.22	.07
<b>HA</b>	.14	<b>.70</b>	-.26	<b>-.43</b>
EVI_i	<b>.40</b>	<b>.68</b>	-.09	.08
LIM_i	.26	<b>.61</b>	<b>.47</b>	-.02
<b>NS</b>	-.17	-.17	<b>.79</b>	-.13
HIS_i	-.13	<b>.39</b>	<b>.62</b>	.20
ANT_i	<b>.43</b>	.10	<b>.57</b>	.24
<b>PS</b>	-.15	-.16	-.02	<b>.82</b>
NAR_i	.19	.08	<b>.40</b>	<b>.64</b>
OBS_i	<b>.31</b>	<b>.42</b>	-.25	<b>.59</b>
% Var.	18.59	18.53	14.86	12.89

Nota: IPDE: Paranoide (PAR\_i), Esquizoide (ESD\_i), Esquizotípico (EST\_i), Histriónico (HIS\_i), Antisocial (ANT\_i), Narcisista (NAR\_i), Límite (LIM\_i), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_i), Dependencia (DEP\_i) y Evitación (EVI\_i). TCI-R (Temperamento): Búsqueda de novedad (NS), Evitación del daño (HA), Dependencia de la recompensa (RD), y Persistencia (PS).

Las matrices de pesos factoriales resultantes las podemos ver en la Tabla 2.20. El primer factor queda integrado por las escalas Esquizoide, Esquizotípico, Paranoide, y Dependencia de la recompensa en negativo, con un peso secundario de Antisocial, Evitación y Obsesivo-Compulsivo. El segundo factor queda integrado por Dependencia, Evitación del daño, Evitación y Límite, con pesos secundarios en Obsesivo-Compulsivo, Histriónico y Esquizotípico. El tercer factor es constituido por Búsqueda de novedad, Histriónico y Antisocial, con pesos secundarios en Límite, Narcisista y Paranoide. El cuarto, y último factor, quedaría con Persistencia,

Narcisista y Obsesivo-Compulsivo, y pesos secundarios de Evitación del daño en negativo.

### 2.2.2.3.3. Comparación de estructuras del IPDE y Temperamento del TCI-R con los coeficientes de congruencia factorial.

Se han calculado los coeficientes de congruencia entre las matrices factoriales en el IPDE vs. Temperamento del TCI-R del grupo clínico y sano para constatar que el comportamiento de las diferentes dimensiones es similar en las dos muestras (Tabla 2.21), y así evidenciar que el comportamiento de las dimensiones de personalidad es similar en el grupo clínico como en el grupo sano.

Tabla 2.21.

Comparación de matrices factoriales del IPDE y Temperamento del TCI-R en el grupo clínico y el grupo sano, y coeficientes de congruencia.

	MATRIZ PACIENTES				MATRIZ SANOS				CC
	F-I	F-II	F-III	F-IV	F-I	F-II	F-III	F-IV	
NS	-.05	.26	<b>-.82</b>	.09	-.17	-.17	<b>.79</b>	-.13	.98
HA	.24	<b>.32</b>	<b>.66</b>	<b>-.48</b>	.14	<b>.70</b>	-.26	<b>-.43</b>	.98
RD	<b>-.76</b>	<b>.33</b>	-.06	.04	<b>-.84</b>	.16	.12	.03	1
PS	-.13	-.12	-.05	<b>.84</b>	-.15	-.16	-.02	<b>.82</b>	.99
PAR_i	<b>.69</b>	.29	.01	.23	<b>.54</b>	.29	<b>.32</b>	.25	1
ESD_i	<b>.67</b>	-.09	<b>.37</b>	-.24	<b>.71</b>	.20	-.15	-.04	.98
EST_i	<b>.80</b>	.23	.18	-.04	<b>.68</b>	<b>.37</b>	.18	.05	1
HIS_i	-.05	<b>.74</b>	-.27	.18	-.13	<b>.39</b>	<b>.62</b>	.20	.99
ANT_i	<b>.59</b>	.27	<b>-.40</b>	.25	<b>.43</b>	.10	<b>.57</b>	.24	.99
NAR_i	.27	<b>.32</b>	-.18	<b>.64</b>	.19	.08	<b>.40</b>	<b>.64</b>	1
LIM_i	<b>.38</b>	<b>.80</b>	.02	.11	.26	<b>.61</b>	<b>.47</b>	-.02	.98
OBS_i	.13	.26	<b>.61</b>	<b>.52</b>	<b>.31</b>	<b>.42</b>	-.25	<b>.59</b>	.97
DEP_i	.00	<b>.77</b>	<b>.31</b>	-.17	-.04	<b>.76</b>	.22	.07	.98
EVI_i	<b>.52</b>	<b>.32</b>	<b>.54</b>	-.07	<b>.40</b>	<b>.68</b>	-.09	.08	.99
CC					.99	.99	1	.97	.99
%	22.02	18.40	16.44	13.39	18.59	18.53	14.86	12.89	

Nota: IPDE: Paranoide (PAR\_i), Esquizoide (ESD\_i), Esquizotípico (EST\_i), Histriónico (HIS\_i), Antisocial (ANT\_i), Narcisista (NAR\_i), Límite (LIM\_i), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_i), Dependencia (DEP\_i) y Evitación (EVI\_i). TCI-R (Temperamento): Búsqueda de novedad (NS), Evitación del daño (HA), Dependencia de la recompensa (RD), y Persistencia (PS).

El punto de corte para decidir si dos factores son parecidos es 0.90 (Cattell, 1978), de esta manera se observa un coeficiente global de congruencia de 0.99, los coeficientes de congruencia por factores se sitúan

entre 0.97 y 1, la congruencia factorial obtenida al comparar la estructura de 4 factores del IPDE y el Temperamento del TCI-R, en ambos grupos, obtiene un rango entre 0.97 y 1, mostrándose una elevada consistencia entre ambas muestras.

#### 2.2.2.4. IPDE vs. Carácter del TCI-R.

##### 2.2.2.4.1. IPDE vs. Carácter del TCI-R en grupo clínico.

Se realiza un análisis de componentes principales rotados mediante el método Varimax forzando una solución de 3 factores, se utilizan las 3 dimensiones de Carácter del TCI-R y las 10 escalas del IPDE. La media de adecuación muestral KMO obtiene un valor de 0.79, la prueba de esfericidad de Bartlett ofrece un  $\chi^2 = 1074.44$ , con 78 g.l. y una significación  $p < 0.001$ . Los diferentes factores explican el 61.01% de la varianza, el primer factor explica el 22.75%, el segundo el 19.64% y el tercero el 18.62%.

Tabla 2.22.

Pesos factoriales para 3 factores del IPDE y Carácter del TCI-R en el grupo clínico.

	<i>F-I</i>	<i>F-II</i>	<i>F-III</i>
ESD <sub>i</sub>	<b>.81</b>	-.23	.05
EVI <sub>i</sub>	<b>.81</b>	.27	.01
EST <sub>i</sub>	<b>.76</b>	.11	<b>.36</b>
<b>SD</b>	<b>-.58</b>	-.54	-.25
DEP <sub>i</sub>	<b>.34</b>	<b>.73</b>	-.21
LIM <sub>i</sub>	<b>.38</b>	<b>.73</b>	<b>.34</b>
HIS <sub>i</sub>	-.14	<b>.70</b>	.26
<b>ST</b>	-.09	<b>.52</b>	.18
OBS <sub>i</sub>	<b>.30</b>	<b>.37</b>	.10
ANT <sub>i</sub>	.13	.13	<b>.81</b>
<b>CO</b>	<b>-.40</b>	-.05	<b>-.71</b>
NAR <sub>i</sub>	-.11	<b>.33</b>	<b>.68</b>
PAR <sub>i</sub>	<b>.49</b>	.19	<b>.57</b>
% Var.	22.75	19.64	18.62

Nota: IPDE: Paranoide (PAR<sub>i</sub>), Esquizoide (ESD<sub>i</sub>), Esquizotípico (EST<sub>i</sub>), Histriónico (HIS<sub>i</sub>), Antisocial (ANT<sub>i</sub>), Narcisista (NAR<sub>i</sub>), Límite (LIM<sub>i</sub>), Obsesivo-Compulsivo (OBS<sub>i</sub>), Dependencia (DEP<sub>i</sub>) y Evitación (EVI<sub>i</sub>). TCI-R (Carácter): Autodirección (SD), Cooperación (CO) y Autotrascendencia (ST).

Las matrices de pesos factoriales resultantes las podemos ver en la Tabla 2.22. El primer factor queda integrado por las escalas Esquizoide, Evitación y Esquizotípico en positivo y Autodirección en negativo, con un peso secundario de Cooperación en negativo, y en positivo Paranoide, Límite, Dependencia y Obsesivo-Compulsivo. El segundo factor queda integrado por Dependencia, Límite, Histriónico, Autotrascendencia y Obsesivo-Compulsivo, con peso secundario en Narcisista. El tercer factor lo constituyen Antisocial, Narcisista, Paranoide, y Cooperación en negativo, con pesos secundarios en Límite y Esquizotípico.

#### 2.2.2.4.2. IPDE vs. Carácter del TCI-R en grupo sano.

Se realiza un análisis de componentes principales rotados mediante el método Varimax forzando una solución de 3 factores. Se utilizan las 3 dimensiones de carácter del TCI-R y las 10 escalas del IPDE. La media de adecuación muestral KMO obtiene un valor de 0.83, la prueba de esfericidad de Bartlett ofrece un  $\chi^2 = 1752.38$ , con 78 g.l. y una significación  $p < 0.001$ . Los diferentes factores explican el 54.96% de la varianza, el primer factor explica el 24.32%, el segundo el 17.23% y el tercero el 13.41%.

Las matrices de pesos factoriales resultantes las podemos ver en la Tabla 2.23. El primer factor queda integrado por las escalas Evitación, Esquizotípico, Esquizoide, Límite, Obsesivo-Compulsivo y Autodirección en negativo, con un peso secundario de Cooperación en negativo, y en positivo Paranoide y Dependencia. El segundo factor queda integrado por Antisocial, Narcisista, Paranoide y Cooperación en negativo, con peso secundario en Histriónico. El tercer factor lo constituye Autotrascendencia, Histriónico y Dependencia, con pesos secundarios en Límite y Autodirección, esta última en negativo.

---

Tabla 2.23.

Pesos factoriales para 3 factores del IPDE y Carácter TCI-R en el grupo sano.

	<i>F-I</i>	<i>F-II</i>	<i>F-III</i>
EVI_i	<b>.74</b>	.04	.21
EST_i	<b>.73</b>	.24	.09
ESD_i	<b>.73</b>	-.01	-.22
<b>SD</b>	<b>-.61</b>	-.29	<b>-.34</b>
LIM_i	<b>.52</b>	.28	<b>.52</b>
OBS_i	<b>.48</b>	.17	.12
ANT_i	.20	<b>.76</b>	.11
NAR_i	-.03	<b>.71</b>	.24
<b>CO</b>	<b>-.48</b>	<b>-.64</b>	.15
PAR_i	<b>.48</b>	<b>.55</b>	.10
<b>ST</b>	-.02	-.02	<b>.68</b>
HIS_i	.01	<b>.43</b>	<b>.59</b>
DEP_i	<b>.41</b>	.09	<b>.57</b>
% Var.	24.32	17.23	13.41

Nota: IPDE: Paranoide (PAR\_i), Esquizoide (ESD\_i), Esquizotípico (EST\_i), Histriónico (HIS\_i), Antisocial (ANT\_i), Narcisista (NAR\_i), Límite (LIM\_i), Obsesivo-Compulsivo (OBS\_i), Dependencia (DEP\_i) y Evitación (EVI\_i). TCI-R (Carácter): Autodirección (SD), Cooperación (CO) y Autotrascendencia (ST).

#### 2.2.2.4.3. Comparación de estructuras del IPDE y Carácter del TCI-R con los coeficientes de congruencia factorial.

Se han calculado los coeficientes de congruencia entre las matrices factoriales en el IPDE vs. Carácter del TCI-R del grupo clínico y sano para constatar que el comportamiento de las diferentes dimensiones es similar en las dos muestras (Tabla 2.24), y así evidenciar que el comportamiento de las dimensiones de personalidad es similar en el grupo clínico como en el grupo sano.

El punto de corte para decidir si dos factores son parecidos es 0.90 (Cattell, 1978), de esta manera se observa un coeficiente global de congruencia de 0.98, los coeficientes de congruencia por factores se sitúan entre 0.96 y 0.98, la congruencia factorial obtenida al comparar la estructura de 3 factores del IPDE y el Carácter del TCI-R, en ambos grupos, obtiene un rango entre 0.90 y 1, mostrándose una buena consistencia entre ambas muestras.

Tabla 2.24.

Comparación de matrices factoriales del IPDE y Carácter del TCI-R en el grupo clínico y el grupo sano, y coeficientes de congruencia.

	<i>MATRIZ PACIENTES</i>			<i>MATRIZ SANOS</i>			<i>CC</i>
	<i>F-I</i>	<i>F-II</i>	<i>F-III</i>	<i>F-I</i>	<i>F-II</i>	<i>F-III</i>	
SD	<b>-.58</b>	-.54	-.25	<b>-.61</b>	<b>-.34</b>	-.29	1
CO	<b>-.40</b>	-.05	<b>-.71</b>	<b>-.48</b>	.15	<b>-.64</b>	.99
ST	-.09	<b>.52</b>	.18	-.02	<b>.68</b>	-.02	.89
PAR <sub>i</sub>	<b>.49</b>	.19	<b>.57</b>	<b>.48</b>	.10	<b>.55</b>	1
ESD <sub>i</sub>	<b>.81</b>	-.23	.05	<b>.73</b>	-.22	-.01	.99
EST <sub>i</sub>	<b>.76</b>	.11	<b>.36</b>	<b>.73</b>	.09	.24	.98
HIS <sub>i</sub>	-.14	<b>.70</b>	.26	.01	<b>.59</b>	<b>.43</b>	.99
ANT <sub>i</sub>	.13	.13	<b>.81</b>	.20	.11	<b>.76</b>	.99
NAR <sub>i</sub>	-.11	<b>.33</b>	<b>.68</b>	-.03	.24	<b>.71</b>	1
LIM <sub>i</sub>	<b>.38</b>	<b>.73</b>	<b>.34</b>	<b>.52</b>	<b>.52</b>	.28	.99
OBS <sub>i</sub>	<b>.30</b>	<b>.37</b>	.10	<b>.48</b>	.12	.17	.90
DEP <sub>i</sub>	<b>.34</b>	<b>.73</b>	-.21	<b>.41</b>	<b>.57</b>	.09	.95
EVI <sub>i</sub>	<b>.81</b>	.27	.01	<b>.74</b>	.21	.04	1
CC				.99	.96	.98	.98
%	22.75	19.64	18.62	24.32	13.41	17.23	

Nota: IPDE: Paranoide (PAR<sub>i</sub>), Esquizoide (ESD<sub>i</sub>), Esquizotípico (EST<sub>i</sub>), Histriónico (HIS<sub>i</sub>), Antisocial (ANT<sub>i</sub>), Narcisista (NAR<sub>i</sub>), Límite (LIM<sub>i</sub>), Obsesivo-Compulsivo (OBS<sub>i</sub>), Dependencia (DEP<sub>i</sub>) y Evitación (EVI<sub>i</sub>). TCI-R (Carácter): Autodirección (SD), Cooperación (CO) y Autotrascendencia (ST).

### 2.2.3. Análisis de Regresión.

#### 2.2.3.1. Análisis de Regresión Múltiple.

Se pretende estudiar la contribución de cada una de las escalas del ZKPQ-50-CC, NEO-FFI-R y del TCI-R al total de la varianza de cada uno de los 3 clusters de trastornos de la personalidad del DSM-IV, formados a partir del sumatorio de las puntuaciones de los trastornos respectivos en el IPDE. Se ha realizado un análisis de regresión, el cual permite obtener una ecuación de regresión en la que entran las variables independientes significativas en la predicción de la variable dependiente (clusters A, B y C). Se toman como variables dependientes cada cluster de trastornos de la personalidad, y como variables independientes las 5 escalas del ZKPQ-50-CC, las 5 escalas del NEO-FFI-R, las 4 escalas de Temperamento del TCI-R y las 3 escalas de Carácter del TCI-R respectivamente. Ello nos permitirá conocer el total de la varianza explicada por las variables entrantes en la ecuación y también el porcentaje de la varianza explicada por cada una de las variables de forma independiente.

Los cuadros del Anexo 4 incluyen, de forma jerárquica, las variables independientes que entran en las ecuaciones de regresión para cada variable dependiente. Así puede observarse la contribución de cada variable independiente a la predicción total y el efecto acumulativo de cada una de las variables después de cada paso. En la parte superior de cada cuadro se reproduce la fórmula de regresión para cuyo cómputo se ha empleado los pesos betas no estandarizados y la constante. En la gráfica de regresión en el eje de ordenadas tenemos la variable dependiente (clusters A, B y C) y en el eje de las abscisas el valor de la ecuación de regresión (dimensiones del ZKPQ-50-CC, NEO-FFI-R y Temperamento y Carácter del TCI-R), en estos gráficos podemos apreciar visualmente la dispersión de puntuaciones.

#### 2.2.3.2. Análisis de regresión gráfico no paramétrico (LOESS).

Para complementar el análisis de regresión múltiple se realiza una regresión local gráfica no paramétrica LOESS, en el eje de abscisas tenemos en notas T las escalas de personalidad del cluster correspondiente A, B y C; y en el eje de ordenadas, en notas z, las dimensiones de las escalas de personalidad ZKPQ-50-CC, NEO-FFI-R y del TCI-R. Así, a mayor puntuación en un determinado cluster vemos como las líneas que representan las escalas van oscilando entre  $\pm 2$  d.e.. Estas oscilaciones están en función de si el coeficiente de regresión muestra una tendencia positiva, negativa o neutra, es decir, si la relación es directamente proporcional, inversamente proporcional o no existe una relación clara entre las variables. Estas gráficas se muestran en las figuras del Anexo 4, junto a los cuadros de los diferentes análisis de regresión múltiple realizados.

#### 2.2.3.3. Análisis de regresión en el cluster A y las dimensiones del ZKPQ-50-CC, NEO-FFI-R y TCI-R en el grupo clínico y sano.

##### 2.2.3.3.1. Análisis de regresión en el cluster A y las dimensiones del ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.

El cluster A mantiene una relación con la escala Sy en negativo y con N-Anx y Agg-Host en positivo en el grupo clínico, sucede lo mismo en el

---

grupo sano donde podemos añadir Act en positivo. El cuadro 2.1. del Anexo 4 muestra las ecuaciones de regresión múltiple, las varianzas y los gráficos. La varianza explicada por la ecuación obtenida para la predicción del cluster A es del 39% en el grupo clínico y 38% en el grupo sano. Al analizar las ecuaciones de regresión tendremos en cuenta que el signo menos indicará que el peso de la variable es negativo. Vemos que en el grupo clínico la variable más predictiva es Sy- con una contribución del 27%, seguida de N-Anx con un 9% y Agg-Host con un 3%. En el grupo sano los pesos de las variables que entran en la ecuación y contribuyen a la varianza total son: Sy- con un 22%, N-Anx con un 14% y Agg-Host junto a Act con un 1%.

La Figura 2.5. nos muestra una relación inversamente proporcional de Sy y una relación directamente proporcional de N-Anx y Agg-Host con las puntuaciones del cluster A, tanto en el grupo clínico como sano, siendo más acusada esta relación en el primero.

#### 2.2.3.3.2. Análisis de regresión en el cluster A y las dimensiones del NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.

El cluster A mantiene una relación con la escala A y E en negativo y con N en positivo en el grupo clínico, sucede lo mismo en el grupo sano. El cuadro 2.2. del Anexo 4 muestra las ecuaciones de regresión múltiple, las varianzas y los gráficos. La varianza explicada por la ecuación obtenida para la predicción del cluster A es del 45% en el grupo clínico y 35% en el grupo sano. Vemos que en el grupo clínico la variable más predictiva es E- con una contribución del 25%, seguida de A- con un 12% y N con un 8%. En el grupo sano los pesos de las variables que entran en la ecuación y contribuyen a la varianza total son las mismas pero con diferentes pesos: A- con un 17%, E- con un 13% y N con un 5%.

En la regresión gráfica no paramétrica LOESS que vemos en la Figura 2.6. observamos la misma tendencia en las relaciones del grupo clínico y sano, aunque más acusadas en el primero. Así, la puntuación en el cluster A

---



---

mantiene una relación directamente proporcional con N e inversamente proporcional con las otras dimensiones: A, E, O y C.

#### 2.2.3.3.3. Análisis de regresión en el cluster A y las dimensiones del TCI-R en el grupo clínico y sano.

En las páginas siguientes, para una mejor y más fluida comprensión del texto, se señalará entre paréntesis el nombre de las dimensiones y su contribución a la varianza total, es decir en qué porcentaje predicen la variable independiente.

El cluster A mantiene una relación con las escalas de Temperamento y Carácter del TCI-R. Las de Temperamento las vemos en el cuadro 2.3. del Anexo 4, donde RD (Dependencia de la recompensa 25%) mantiene una relación negativa y HA (Evitación del daño 12%) y PS (Persistencia 2%) positiva en los pacientes. En el grupo sano las relaciones son similares, RD (Dependencia de la recompensa 23%) en negativo y en positivo HA (Evitación del daño 6%) y PS (Persistencia 3%). La varianza explicada por la ecuación obtenida para la predicción del cluster A es del 39% en el grupo clínico y 32% en el grupo sano.

La Figura 2.7. muestra las regresiones gráficas LOESS, donde aparece una relación positiva (directamente proporcional) entre la puntuación del cluster A y HA (Evitación del daño), y negativa (inversamente proporcional) con RD (Dependencia de la recompensa) y en menor medida con PS (Persistencia) y NS (Búsqueda de novedad), en el grupo clínico. En el sano solamente se da una relación negativa entre cluster A y RD.

En las dimensiones de Carácter del TCI-R podemos observar en el cuadro 2.4. del Anexo 4 que SD (Autodirección 30%) y CO (Cooperación 8%) mantienen una relación negativa con la puntuación del cluster A en el grupo clínico, en el grupo sano son SD (Autodirección 23%) y CO (Cooperación 7%) las que mantienen una relación en el mismo sentido,

---

---

añadir ST (Autotrascendencia 1%) en positivo. La varianza explicada por la ecuación obtenida para la predicción del cluster A es del 38% en el grupo clínico y 31% en el grupo sano.

Gráficamente en la Figura 2.8. se aprecia una clara relación negativa entre el cluster A y SD (Autodirección) y CO (Cooperación), tanto en el grupo clínico como en el sano, junto con una ligera relación positiva en ST (Autotrascendencia) en este último.

#### 2.2.3.4. Análisis de regresión en el cluster B y las dimensiones del ZKPQ-50-CC, NEO-FFI-R y TCI-R en el grupo clínico y sano.

##### 2.2.3.4.1. Análisis de regresión en el cluster B y las dimensiones del ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.

El cluster B mantiene una relación positiva con las dimensiones N-Anx, ImpSS y Agg-Host en el grupo clínico, sucede lo mismo en el grupo sano donde podemos añadir Act también en positivo. El cuadro 2.5. del Anexo 4 muestra las ecuaciones de regresión múltiple, las varianzas y los gráficos. La varianza explicada por la ecuación obtenida para la predicción del cluster B es del 44% en el grupo clínico y 39% en el grupo sano. En el grupo clínico la variable más predictiva es ImpSS con una contribución del 22%, seguida de N-Anx con un 15% y Agg-Host con un 7%. En el grupo sano los pesos de las variables que entran en la ecuación y contribuyen a la varianza total son: N-Anx con un 19%, ImpSS con un 12%, Agg-Host con un 7% y Act con un 1%.

El análisis de la relación entre el cluster B y las dimensiones del ZKPQ-50-CC mediante regresión gráfica no paramétrica LOESS se muestra en la Figura 2.9. Esta relación es directamente proporcional para ImpSS, N-Anx y Agg-Host, en menor medida con Act y en último término con Sy, tanto en los individuos del grupo clínico como sano.

---

#### 2.2.3.4.2. Análisis de regresión en el cluster B y las dimensiones del NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.

El cluster B mantiene una relación con la escala A y C en negativo y con N y E en positivo en el grupo clínico, sucede lo mismo en el grupo sano. El cuadro 2.6. del Anexo 4 muestra las ecuaciones de regresión múltiple, las varianzas y los gráficos. La varianza explicada por la ecuación obtenida para la predicción del cluster B es del 41% en el grupo clínico y 36% en el grupo sano. Vemos que en el grupo clínico la variable más predictiva es A- con una contribución del 20%, seguida de N con un 12%, E con un 5% y C- con un 4%. En el grupo sano los pesos de las variables que entran en la ecuación y contribuyen a la varianza total son las mismas pero con diferentes pesos: A- con un 25%, N con un 6%, E con un 4% y C- con un 1%.

Si comparamos los gráficos del grupo clínico y sano que aparecen en la Figura 2.10. vemos que A y C mantienen una relación inversamente proporcional con la puntuación del cluster B, en los dos grupos. Para E y O esta relación sería neutra para ambos grupos y N presenta una clara relación positiva en el grupo clínico y en menor medida en el sano.

#### 2.2.3.4.3. Análisis de regresión en el cluster B y las dimensiones del TCI-R en el grupo clínico y sano.

El cluster B mantiene una relación con las escalas de Temperamento y Carácter del TCI-R. Las de Temperamento las vemos en el cuadro 2.7. del Anexo 4 donde NS (Búsqueda de novedad 12%), HA (Evitación del daño 4%) y PS (Persistencia 5%) mantienen una relación positiva en los pacientes. En el grupo sano la relación en positivo corresponde a NS (Búsqueda de novedad 9%), HA (Evitación del daño 2%) y PS (Persistencia 3%), y en negativo a RD (Dependencia de la recompensa 2%). La varianza explicada por la ecuación obtenida para la predicción del cluster B es del 21% en el grupo clínico y 16% en el grupo sano.

La Figura 2.11. muestra únicamente una relación directamente proporcional entre NS (Búsqueda de novedad) y la puntuación del cluster B, tanto en el grupo clínico como en el sano.

En las dimensiones de Carácter del TCI-R podemos observar en el cuadro 2.8. del Anexo 4 que SD (Autodirección 33%) y CO (Cooperación 9%) mantienen una relación negativa con la puntuación del cluster B en el grupo clínico, y positiva con ST (Autotrascendencia 8%). En el grupo sano son SD (Autodirección 26%) y CO (Cooperación 6%) las que mantienen una relación en sentido negativo y ST (Autotrascendencia 4%) en positivo. La varianza explicada por la ecuación obtenida para la predicción del cluster B es del 50% en el grupo clínico y 36% en el grupo sano.

Como ya ocurría en el cluster A, en el análisis del cluster B que vemos en la Figura 2.12. se evidencia una clara relación negativa con SD (Autodirección) y CO (Cooperación), en los dos grupos.

#### 2.2.3.5. Análisis de regresión en el cluster C y las dimensiones del ZKPQ-50-CC, NEO-FFI-R y TCI-R en el grupo clínico y sano.

##### 2.2.3.5.1. Análisis de regresión en el cluster C y las dimensiones del ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.

El cluster C mantiene una relación positiva con la escala de N-Anx y negativa con Sy en el grupo clínico, sucede lo mismo en el grupo sano donde podemos añadir Act y Agg-Host también en positivo. El cuadro 2.9. del Anexo 4 muestra las ecuaciones de regresión múltiple, las varianzas y los gráficos. La varianza explicada por la ecuación obtenida para la predicción del cluster C es del 41% en el grupo clínico y 39% en el grupo sano. En el grupo clínico la variable más predictiva es N-Anx con una contribución del 34% seguida de Sy- con un 7%. En el grupo sano los pesos de las variables que entran en la ecuación y contribuyen a la varianza total son: N-Anx con un 31%, Sy- con un 5%, Act con un 2% y finalmente Agg-Host con un 1%.

La Figura 2.13. nos permiten ver la regresión gráfica no paramétrica LOESS donde observamos una relación inversamente proporcional entre la puntuación del cluster C y Sy, en menor medida con ImpSS y Act; y directamente proporcional con N-Anx, en menor medida con Agg-Host. Como venimos observando estas tendencias son mayores en el grupo clínico.

#### 2.2.3.5.2. Análisis de regresión en el cluster C y las dimensiones del NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.

El cluster C mantiene una relación con la escala E en negativo y con N en positivo en el grupo clínico, sucede lo mismo con N y E en el grupo sano pero debemos añadir A en negativo. El cuadro 2.10. del Anexo 4 muestra las ecuaciones de regresión múltiple, las varianzas y los gráficos. La varianza explicada por la ecuación obtenida para la predicción del cluster C es del 47% en el grupo clínico y 31% en el grupo sano. Vemos que en el grupo clínico la variable más predictiva es N con una contribución del 42% seguida de E- con un 5%. En el grupo sano los pesos de las variables que entran en la ecuación y contribuyen a la varianza total son las mismas pero con diferentes pesos: N con un 25%, E- con un 4% y A- con un 2%.

Claramente vemos en los gráficos de regresión LOESS (Figura 2.14) que se da una relación directamente proporcional entre el cluster C y N, e inversamente proporcional con las restantes dimensiones, sobre todo con E y en menor medida con C, A y O. Tendencia similar en los dos grupos pero más acusada en el clínico.

#### 2.2.3.5.3. Análisis de regresión en el cluster C y las dimensiones del TCI-R en el grupo clínico y sano.

El cluster C mantiene una relación con las escalas de Temperamento y Carácter del TCI-R. Las de Temperamento las vemos en el cuadro 2.11. del Anexo 4 donde HA (Evitación del daño 37%) y PS (Persistencia 7%) mantienen una relación positiva en el grupo clínico. En el grupo sano la relación en positivo corresponde a HA (Evitación del daño 19%) y PS

(Persistencia 6%); y en negativo a RD (Dependencia de la recompensa 5%). La varianza explicada por la ecuación obtenida para la predicción del cluster C es del 43% en el grupo clínico y 30% en el grupo sano.

Las dimensiones de Temperamento del TCI-R se relacionan con las puntuaciones del cluster C como vemos en los gráficos (Figura 2.15), muestran una relación positiva con HA (Evitación del daño) y negativa con NS (Búsqueda de novedad), la relación de RD (Dependencia de la recompensa) y PS (Persistencia) es menor aunque en el mismo sentido que NS. Similares relaciones se producen en el grupo clínico y sano, aunque de una manera más acusada en el primero.

En las dimensiones de Carácter del TCI-R podemos observar en el cuadro 2.12. del Anexo 4 que SD (Autodirección 32%) mantiene una relación negativa con la puntuación del cluster B en el grupo clínico y es positiva la relación con ST (Autotrascendencia 1%); en el grupo sano son SD (Autodirección 26%) y CO (Cooperación 1%) las que mantienen una relación en sentido negativo. La varianza explicada por la ecuación obtenida para la predicción del cluster C es del 33% en el grupo clínico y 27% en el grupo sano.

Tal como sucede en todos los trastornos de la personalidad las dimensiones de Carácter SD (Autodirección) y CO (Cooperación) presentan una relación inversamente proporcional con las puntuaciones del cluster C, en los dos grupos, siendo esta relación más marcada en el grupo clínico. La Figura 2.16. es una muestra de ello.

#### 2.2.3.6. Predicción mediante el ZKPQ-50-CC de los clusters A, B y C en grupo clínico y sano.

Como complemento a los apartados anteriores y a modo de resumen, en la Tabla 2.25. se aprecia el poder predictivo de las dimensiones del modelo de Zuckerman, evaluadas mediante el ZKPQ-50-CC, en los diferentes clusters de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. El

---



socializada está presente solamente en el cluster B. La dimensión Actividad se halla presente en los tres clusters del grupo sano pero no en el clínico.

#### 2.2.3.7. Predicción mediante el NEO-FFI-R de los clusters A, B y C en grupo clínico y sano.

En la Tabla 2.26. se aprecia el poder predictivo de las dimensiones del modelo de Costa y McCrae, evaluadas mediante el NEO-FFI-R, en los diferentes clusters de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. El cluster A, con una varianza del 45 % en el grupo clínico y 35% en el grupo sano, se predice por E-, A- y N en ambos grupos. El cluster B, con una varianza del 41% en el grupo clínico, se predice por A-, N, E y C-, la misma combinación se presenta en el grupo sano (varianza = 36%). Finalmente el cluster C, en el grupo clínico es predicho por N y E- con una varianza del 47%, en el grupo sano debemos añadir a esta combinación E- (varianza = 31%).

La dimensión Neuroticismo es predictora en los tres clusters en ambos grupos, también la Extraversión pero con un comportamiento distinto, lo es en negativo en el clusters A y C, y en positivo en B. Amabilidad predice en negativo en los clusters A y B en ambos grupos, además del cluster C en el grupo sano. Responsabilidad en negativo es característico del cluster B en ambos grupos. Apertura a la experiencia no aparece como variable predictora en ningún cluster.

---



Tabla 2.26.

Predicción de los clusters del DSM-IV (IPDE) a partir de las 5 dimensiones del NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.

GRUPO CLÍNICO				GRUPO SANO			
Cluster A				Cluster A			
R <sup>2</sup> :0.45	β	t	Sig.	R <sup>2</sup> :0.35	β	t	Sig.
<i>(Constante)</i>				<i>(Constante)</i>			
		8.353	.001			12.419	.001
E	-.324	-5.500	.001	E	-.278	-6.715	.001
A	-.309	-5.661	.001	A	-.337	-8.527	.001
N	.310	5.265	.001	N	.258	6.190	.001
Cluster B				Cluster B			
R <sup>2</sup> :0.41	β	t	Sig.	R <sup>2</sup> :0.36	β	t	Sig.
<i>(Constante)</i>				<i>(Constante)</i>			
		5.516	.001			10.158	.001
A	-.381	-6.681	.001	A	-.422	-9.917	.001
N	.380	5.875	.001	N	.288	6.767	.001
E	.277	4.513	.001	E	.225	5.331	.001
C	-.214	-3.497	.001	C	-.139	-3.066	.002
Cluster C				Cluster C			
R <sup>2</sup> :0.47	β	t	Sig.	R <sup>2</sup> :0.31	β	t	Sig.
<i>(Constante)</i>				<i>(Constante)</i>			
		4.210	.001			8.007	.001
N	.546	9.522	.001	N	.419	9.730	.001
E	-.244	-4.257	.001	E	-.160	-3.746	.001
				A	-.180	-4.394	.001

Nota: NEO-FFI-R: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C)

#### 2.2.3.8. Predicción mediante el TCI-R de los clusters A, B y C en grupo clínico y sano.

Las dimensiones de Temperamento y Carácter del modelo de Cloninger son evaluadas mediante el TCI-R en los diferentes clusters de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. Para una mejor comprensión veremos estas por separado. La Tabla 2.27. muestra las dimensiones de Temperamento, así el cluster A, con una varianza del 39 % en el grupo clínico y 32% en el grupo sano, se predice por RD-, NS y PS en ambos grupos. El cluster B, con una varianza del 21% en el grupo clínico, se predice por NS, HA y PS; en el grupo sano a esta combinación debemos añadir RD (varianza = 16%). Finalmente el cluster C, en el grupo clínico es

predicho por HA y PS con una varianza del 43%, en el grupo sano debemos añadir a esta combinación RD (varianza = 30%).

Tabla 2.27.

Predicción de los clusters del DSM-IV (IPDE) a partir de las dimensiones de Temperamento (TCI-R) en el grupo clínico y sano.

GRUPO CLÍNICO				GRUPO SANO			
Cluster A				Cluster A			
R <sup>2</sup> :0.39	β	t	Sig.	R <sup>2</sup> :0.32	β	t	Sig.
(Constante)		2.317	.022	(Constante)		3.806	.001
RD	-.477	-8.435	.001	RD	-.497	-12.244	.001
HA	.424	6.619	.001	HA	.318	7.202	.001
PS	.167	2.593	.010	PS	.192	4.288	.001
Cluster B				Cluster B			
R <sup>2</sup> :0.21	β	t	Sig.	R <sup>2</sup> :0.16	β	t	Sig.
(Constante)		-4.412	.001	(Constante)		-4.201	.001
NS	.479	6.582	.001	NS	.383	8.174	.001
HA	.348	4.225	.001	HA	.216	4.228	.001
PS	.250	3.394	.001	PS	.238	4.737	.001
				RD	-.145	-3.159	.002
Cluster C				Cluster C			
R <sup>2</sup> :0.43	β	t	Sig.	R <sup>2</sup> :0.30	β	t	Sig.
(Constante)		-5.822	.001	(Constante)		-3.060	.002
HA	.742	11.965	.001	HA	.553	12.319	.001
PS	.281	4.541	.001	PS	.302	6.657	.001
				RD	-.224	-5.434	.001

Nota: TCI-R (Temperamento): Búsqueda de novedad (NS), Evitación del daño (HA), Dependencia de la recompensa (RD), y Persistencia (PS).

La dimensión Evitación del daño (HA) es predictora en los tres clusters en sentido positivo en ambos grupos, al igual que Persistencia (PS) en menor medida. Dependencia de la recompensa (RD) en sentido negativo se asocia al cluster A en el grupo clínico y también a todos los clusters en el grupo sano. La dimensión Búsqueda de novedad (NS) es predictora del cluster B en ambos grupos. Las asociaciones más fuertes son cluster A y Dependencia de la recompensa en negativo, cluster B y Búsqueda de novedad, y finalmente cluster C y Evitación del daño.

Las dimensiones de Carácter se presentan en la Tabla 2.28. El cluster A, con una varianza del 38 % en el grupo clínico y 30% en el grupo sano, se



#### 2.2.3.9. Predicción de los trastornos de la personalidad en función de dimensiones del ZKPQ-50-CC, NEO-FFI-R y TCI-R.

Mediante las puntuaciones del IPDE, en el grupo clínico y sano, se han realizado análisis de regresión en el que se toma como variable dependiente los diferentes trastornos de la personalidad y clusters, y como variable independiente las dimensiones de los instrumentos estudiados. Para ello se utilizan ecuaciones de regresión lineal múltiple.

Presentamos las Tablas 2.29., 2.30. y 2.31., con los trastornos de la personalidad del IPDE y las escalas de cada cuestionario que entran en la ecuación final, el valor de la R múltiple y el valor  $R^2$  junto con los coeficientes estandarizados. Observamos que en el modelo de los Cinco Grandes con el NEO-FFI-R no ha entrado ninguna escala en las ecuaciones del grupo sano, circunstancia que no se da en las otras combinaciones.

Con el fin de integrar la información analizaremos los datos para cada trastorno de la personalidad.

---

Tabla 2.29.

Análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables dependientes las puntuaciones dimensionales del IPDE, y como variables independientes las dimensiones del ZKPQ-50-CC, en el grupo sano y el grupo clínico.

<b>Grupo sano</b>	R	R <sup>2</sup>	<u>Dimensiones</u>				
			$\beta$				
Evitación	.59	.35	.40	N-Anx	-.37	Sy	
Dependencia	.45	.21	.46	N-Anx			
Obsesivo-Compulsivo	.46	.21	.23	N-Anx	.27	Act	-.25 Sy .16 Agg-Host
Paranoide	.43	.19	.25	Agg-Host	.22	N-Anx	-.18 Sy
Esquizotípico	.55	.31	.34	N-Anx	-.40	Sy	.14 ImpSS
Esquizoide	.56	.31	-.45	Sy	.25	N-Anx	
Histriónico	.47	.22	.27	ImpSS	.27	N-Anx	.21 Sy
Narcisista	.32	.10	.27	Agg-Host	.19	Act	
Límite	.65	.43	.53	N-Anx	.21	Agg-Host	.16 ImpSS
Antisocial	.39	.15	.30	Agg-Host	.19	ImpSS	
<i>Promedio</i>	<i>.49</i>	<i>.25</i>					
Cluster C	.62	.38	.48	N-Anx	-.25	Sy	.14 Act .13 Agg-Host
Cluster A	.62	.39	-.42	Sy	.35	N-Anx	.13 Agg-Host
Cluster B	.58	.34	.27	Agg-Host	.30	N-Anx	.30 ImpSS
<i>Promedio</i>	<i>.61</i>	<i>.37</i>					
<b>Grupo clínico</b>	R	R <sup>2</sup>	<u>Dimensiones</u>				
			$\beta$				
Evitación	.62	.38	-.41	Sy	.37	N-Anx	
Dependencia	.55	.30	.55	N-Anx			
Obsesivo-Compulsivo	.30	.09	-.30	Sy			
Paranoide	.46	.21	.37	Agg-Host	-.23	Sy	
Esquizotípico	.56	.31	-.39	Sy	.32	N-Anx	
Esquizoide	.53	.29	-.54	Sy			
Histriónico	.49	.24	.38	ImpSS	.28	N-Anx	
Narcisista	.41	.17	.29	ImpSS	.24	Agg-Host	
Límite	.71	.51	.52	N-Anx	.27	ImpSS	.22 Agg-Host
Antisocial	.45	.20	.35	Agg-Host	.23	ImpSS	
<i>Promedio</i>	<i>.51</i>	<i>.27</i>					
Cluster C	.64	.41	.51	N-Anx	-.29	Sy	
Cluster A	.60	.36	-.45	Sy	.31	N-Anx	
Cluster B	.67	.45	.39	ImpSS	.30	N-Anx	.30 Agg-Host
<i>Promedio</i>	<i>.64</i>	<i>.41</i>					

**ZKPQ-50-CC:** Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS), Neuroticismo - Ansiedad (N-Anx), Agresividad - Hostilidad (Agg-Host), Actividad (Act) y Sociabilidad (Sy).

Tabla 2.30.

Análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables dependientes las puntuaciones dimensionales del IPDE, y como variables independientes las dimensiones del NEO-FFI-R, en el grupo clínico.

<b>Grupo clínico</b>	R	R <sup>2</sup>	<u>Dimensiones</u>			
			$\beta$			
Evitación	.65	.42	.39 <sup>N</sup>	-.38 <sup>E</sup>		
Dependencia	.58	.33	.58 <sup>N</sup>			
Obsesivo-Compulsivo	.30	.10	.30 <sup>N</sup>			
Paranoide	.55	.30	-.38 <sup>A</sup>	.33 <sup>N</sup>		
Esquizotípico	.64	.42	-.31 <sup>E</sup>	-.31 <sup>A</sup>	.29 <sup>N</sup>	
Esquizoide	.57	.33	-.57 <sup>E</sup>			
Histriónico	.49	.24	-.28 <sup>C</sup>	.36 <sup>E</sup>	.32 <sup>N</sup>	
Narcisista	.40	.16	-.40 <sup>A</sup>			
Límite	.66	.43	.54 <sup>N</sup>	-.21 <sup>C</sup>		
Antisocial	.54	.29	-.54 <sup>A</sup>			
<i>Promedio</i>	<i>.54</i>	<i>.29</i>				
Cluster C	.68	.47	.55 <sup>N</sup>	-.24 <sup>E</sup>		
Cluster A	.67	.45	-.32 <sup>E</sup>	-.31 <sup>A</sup>	.31 <sup>N</sup>	
Cluster B	.64	.41	-.38 <sup>A</sup>	.38 <sup>N</sup>	.28 <sup>E</sup>	-.21 <sup>C</sup>
<i>Promedio</i>	<i>.66</i>	<i>.44</i>				

**TPs:** Evitación (EVI), Dependencia (DEP), Obsesivo-Compulsivo (OBS), Paranoide (PAR), Esquizotípico (EST), Esquizoide (ESD), Histriónico (HIS), Narcisista (NAR), Límite (LIM) y Antisocial (ANT).

**NEO-PI-R:** Dimensiones: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C).

Tabla 2.31.

Análisis de regresión lineal múltiple tomando como variables dependientes las puntuaciones dimensionales del IPDE, y como variables independientes las dimensiones del TCI-R, en el grupo sano y el grupo clínico.

<b>Grupo sano</b>			<b>Dimensiones</b>					
	R	R <sup>2</sup>	$\beta$					
Evitación	.61	.37	.37 HA	-.31 SD	-.13 NS	-.17 RD	.17 PS	
Dependencia	.48	.23	-.39 SD	.17 RD	.16 HA			
Obsesivo-Compulsivo	.52	.27	-.28 NS	-.33 SD	.33 PS	-.20 RD		
Paranoide	.50	.25	-.48 CO	.20 ST				
Esquizotípico	.58	.33	-.40 SD	-.34 RD				
Esquizoide	.51	.26	-.29 RD	.10 HA	-.26 NS	-.20 ST		
Histriónico	.51	.26	.21 NS	-.19 SD	.34 RD	-.26 CO		
Narcisista	.48	.23	-.36 CO	.17 PS	-.19 HA	.17 ST		
Límite	.63	.40	-.63 SD					
Antisocial	.53	.28	-.34 CO	-.28 HA	-.30 SD			
<i>Promedio</i>	<i>.54</i>	<i>.29</i>						
Cluster C	.65	.43	-.36 SD	-.22 NS	.30 HA	.24 PS	-.17 CO	
Cluster A	.66	.43	-.34 SD	-.32 RD	-.20 NS	.14 ST	-.17 CO	
Cluster B	.66	.44	-.40 SD	-.20 HA	-.41 CO	.18 ST	.19 RD	
<i>Promedio</i>	<i>.66</i>	<i>.43</i>						
<b>Grupo clínico</b>			<b>Dimensiones</b>					
	R	R <sup>2</sup>	$\beta$					
Evitación	.69	.47	.58 HA	-.30 RD	.23 ST			
Dependencia	.63	.39	-.44 SD	.28 RD	.27 HA			
Obsesivo-Compulsivo	.50	.25	-.37 NS	.32 ST	-.30 CO			
Paranoide	.60	.36	-.37 CO	-.27 SD	.21 ST			
Esquizotípico	.64	.41	-.45 SD	-.38 RD				
Esquizoide	.61	.38	-.42 RD	.40 HA				
Histriónico	.57	.32	-.40 SD	.30 NS	.24 RD			
Narcisista	.54	.29	-.43 CO	.37 PS				
Límite	.75	.56	-.66 SD	.26 ST				
Antisocial	.60	.36	-.56 CO	.24 ST				
<i>Promedio</i>	<i>.61</i>	<i>.38</i>						
Cluster C	.75	.56	.43 HA	-.45 SD	.28 PS	-.20 NS		
Cluster A	.69	.48	-.48 SD	-.42 RD				
Cluster B	.76	.58	-.41 SD	.18 PS	-.32 CO	.22 NS	.19 ST	
<i>Promedio</i>	<i>.73</i>	<i>.54</i>						

**TPs:** Evitación (EVI), Dependencia (DEP), Obsesivo-Compulsivo (OBS), Paranoide (PAR), Esquizotípico (EST), Esquizoide (ESD), Histriónico (HIS), Narcisista (NAR), Límite (LIM) y Antisocial (ANT).

**Temperamento (TCI-R): Dimensiones:** Búsqueda de novedad (NS), Evitación del daño (HA), Dependencia de la recompensa (RD) y Persistencia (PS).

#### 2.2.3.9.1. Trastorno de la Personalidad por Evitación.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el Trastorno de la Personalidad por Evitación es predicho por la escala de Sociabilidad en

negativo y Neuroticismo-Ansiedad en positivo explicando un 35% de la varianza en el grupo sano y en el grupo clínico.

Las dimensiones del NEO-FFI-R que predicen son Neuroticismo en positivo y Extraversión en negativo explicando el 42% del total de la varianza en el grupo clínico.

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 37% del total de la varianza en el grupo sano y un 47% en el grupo clínico, en el primero de ellos se incluyen en la ecuación Evitación del daño (HA+) en positivo, Autodirección (SD-) en negativo, Búsqueda de novedad (NS-) en negativo, Dependencia de la recompensa (RD-) en negativo y Persistencia (PS+) en positivo. En el grupo clínico tenemos Evitación del daño (HA+) en positivo, Dependencia de la recompensa (RD-) en negativo y Autotrascendencia (ST+) en positivo.

Para simplificar la lectura, en adelante, continuaremos colocando junto al acrónimo de la dimensión el signo "+" (positivo) o "-" (negativo) según la dirección que corresponda, a su vez, cuando se citen conjuntamente las varianzas explicadas la primera será del grupo sano y la segunda del grupo clínico.

#### 2.2.3.9.2. Trastorno de la Personalidad por Dependencia.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el Trastorno de la Personalidad por Dependencia es predicho por la escala de Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+) explicando un 21% de la varianza en el grupo sano y el 30% de la varianza en el grupo clínico.

La dimensión del NEO-FFI-R que predice es Neuroticismo (N+) explicando el 33% del total de la varianza en el grupo clínico.

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 23% del total de la varianza en el grupo sano y un 39% en el grupo clínico, en el

---



primero de ellos se incluyen en la ecuación Autodirección (SD-), Dependencia de la recompensa (RD+) y Evitación del daño (HA+). En el grupo clínico tenemos las mismas dimensiones en la misma dirección.

#### 2.2.3.9.3. Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad es predicho por la escala de Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+), Actividad (Act+), Sociabilidad (Sy-) y Agresividad – Hostilidad (Agg – Host+) explicando un 21% de la varianza en el grupo sano y el 9% de la varianza en el grupo clínico solamente predicho por Sociabilidad (Sy-).

La dimensión del NEO-FFI-R que predice es Neuroticismo (N+) explicando el 10% del total de la varianza en el grupo clínico.

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 27% del total de la varianza en el grupo sano y un 25% en el grupo clínico, en el primero de ellos se incluyen en la ecuación Búsqueda de novedad (NS-), Autodirección (SD-), Persistencia (PS+) y Dependencia de la recompensa (RD-). En el grupo clínico tenemos como predictoras las dimensiones de Búsqueda de novedad (NS-), Autotrascendencia (ST+) y Cooperación (CO).

#### 2.2.3.9.4. Trastorno Paranoide de la Personalidad.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el Trastorno Paranoide de la Personalidad es predicho por la escala de Agresividad – Hostilidad (Agg – Host+), Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+) y Sociabilidad (Sy-) explicando un 19% de la varianza en el grupo sano y el 21% de la varianza en el grupo clínico predicho por Agresividad – Hostilidad (Agg – Host+) y Sociabilidad (Sy-).

---

Las dimensiones del NEO-FFI-R que predicen son Amabilidad (A-) y Neuroticismo (N+) explicando el 30% del total de la varianza en el grupo clínico.

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 25% del total de la varianza en el grupo sano y un 36% en el grupo clínico, en el primero de ellos se incluyen en la ecuación Cooperación (CO-) y Autotrascendencia (ST+). En el grupo clínico tenemos como predictoras las mismas dimensiones Cooperación (CO-) y Autotrascendencia (ST+) junto a Autodirección (SD-).

#### 2.2.3.9.5. Trastorno Esquizotípico de la Personalidad.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad es predicho por la escala de Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+), Sociabilidad (Sy-) y Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS+), explicando un 31% de la varianza en el grupo sano y el 31% de la varianza en el grupo clínico predicho por Sociabilidad (Sy-) y Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+).

Las dimensiones del NEO-FFI-R que predicen son Extraversión (E-), Amabilidad (A-) y Neuroticismo (N+) explicando el 42% del total de la varianza en el grupo clínico.

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 33% del total de la varianza en el grupo sano y un 41% en el grupo clínico, en el primero de ellos se incluyen en la ecuación Autodirección (SD-) y Dependencia de la recompensa (RD-). En el grupo clínico tenemos como predictoras las mismas dimensiones.

---

#### 2.2.3.9.6. Trastorno Esquizoide de la Personalidad.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el Trastorno Esquizoide de la Personalidad es predicho por la escala de Sociabilidad (Sy-) y Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+) explicando un 31% de la varianza en el grupo sano y el 29% de la varianza en el grupo clínico predicho por Sociabilidad (Sy-).

La dimensión del NEO-FFI-R que predice es Extraversión (E-) explicando el 33% del total de la varianza en el grupo clínico.

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 26% del total de la varianza en el grupo sano y un 38% en el grupo clínico, en el primero de ellos se incluyen en la ecuación Dependencia de la recompensa (RD-), Evitación del daño (HA+), Búsqueda de novedad (NS-) y Autotrascendencia (ST-). En el grupo clínico tenemos como predictoras únicamente las dimensiones Dependencia de la recompensa (RD-) y Evitación del daño (HA+).

#### 2.2.3.9.7. Trastorno Histriónico de la Personalidad.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el Trastorno Histriónico de la Personalidad es predicho por las escalas de Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS+), Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+) y Sociabilidad (Sy+) explicando un 31% de la varianza en el grupo sano y el 24% de la varianza en el grupo clínico predicho por Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS+) y Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+).

Las dimensiones del NEO-FFI-R que predicen son Responsabilidad (C), Extraversión (E+) y Neuroticismo (N+) explicando el 24% del total de la varianza en el grupo clínico.

---

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 26% del total de la varianza en el grupo sano y un 32% en el grupo clínico, en el primero de ellos se incluyen en la ecuación Búsqueda de novedad (NS+), Autodirección (SD-), Dependencia de la recompensa (RD+) y Cooperación (CO-). En el grupo clínico tenemos como predictoras las dimensiones de Autodirección (SD-), Búsqueda de novedad (NS+) y Dependencia de la recompensa (RD+).

#### 2.2.3.9.8. Trastorno Narcisista de la Personalidad.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el Trastorno Narcisista de la Personalidad es predicho por las escalas de Agresividad - Hostilidad (Agg-Host+) y Actividad (Act+) explicando un 10% de la varianza en el grupo sano y el 17% de la varianza en el grupo clínico predicho por Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS+) y Agresividad - Hostilidad (Agg-Host+).

La dimensión predictora del NEO-FFI-R es Amabilidad (A-) explicando el 16% del total de la varianza en el grupo clínico.

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 23% del total de la varianza en el grupo sano y un 29% en el grupo clínico, en el primero de ellos se incluyen en la ecuación Cooperación (CO-), Persistencia (PS+), Evitación del daño (HA-) y Autotrascendencia (ST+). En el grupo clínico tenemos como predictoras las dimensiones de Cooperación (CO-) y Persistencia (PS+).

#### 2.2.3.9.9. Trastorno Límite de la Personalidad.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el Trastorno Límite de la Personalidad es predicho por las escalas de Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+), Agresividad - Hostilidad (Agg-Host+) y Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS+) explicando un 43% de la varianza en

---

el grupo sano y el 51% de la varianza en el grupo clínico predicho por las mismas dimensiones en similar sentido.

Las dimensiones del NEO-FFI-R que predicen son Neuroticismo (N+) y Responsabilidad (C-) explicando el 43% del total de la varianza en el grupo clínico.

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 40% del total de la varianza en el grupo sano y un 56% en el grupo clínico, en el primero de ellos se incluyen en la ecuación únicamente Autodirección (SD-). En el grupo clínico tenemos como predictoras las dimensiones de Autodirección (SD-) y Autotrascendencia (ST+).

#### 2.2.3.9.10. Trastorno Antisocial de la Personalidad.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el Trastorno Antisocial de la Personalidad es predicho por las escalas de Agresividad - Hostilidad (Agg-Host+) y Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS+) explicando un 15% de la varianza en el grupo sano y el 20% de la varianza en el grupo clínico predicho por las mismas dimensiones en similar sentido.

La dimensión del NEO-FFI-R que predice es Amabilidad (A-) explicando el 29% del total de la varianza en el grupo clínico.

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 28% del total de la varianza en el grupo sano y un 36% en el grupo clínico, en el primero de ellos se incluyen en la ecuación Cooperación (CO-), Evitación del daño (HA-) y Autodirección (SD-). En el grupo clínico tenemos como predictoras las dimensiones de Cooperación (CO-) y Autotrascendencia (ST+).

---

#### 2.2.3.9.11. Trastornos de la Personalidad del Cluster A.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el grupo de Trastornos de la Personalidad del Cluster A (Paranoide, Esquizotípico y Esquizoide) es predicho por las escalas de Sociabilidad (Sy-), Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+) y Agresividad - Hostilidad (Agg-Host+) explicando un 39% de la varianza en el grupo sano y el 36% de la varianza en el grupo clínico predicho por Sociabilidad (Sy-) y Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+).

Las dimensiones del NEO-FFI-R que predicen son Extraversión (E-), Amabilidad (A-) y Neuroticismo (N+) explicando el 45% del total de la varianza en el grupo clínico.

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 43% del total de la varianza en el grupo sano y un 48% en el grupo clínico, en el primero de ellos se incluyen en la ecuación Autodirección (SD-), Dependencia de la recompensa (RD-), Búsqueda de novedad (NS-), Autotrascendencia (ST+) y Cooperación (CO-). En el grupo clínico tenemos como predictoras las dimensiones de Autodirección (SD-) y Dependencia de la recompensa (RD-).

#### 2.2.3.9.12. Trastornos de la Personalidad del Cluster B.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el grupo de Trastornos de la Personalidad del Cluster B (Histriónico, Narcisista, Límite y Antisocial) es predicho por las escalas de Agresividad - Hostilidad (Agg-Host+), Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+) y Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada (ImpSS+) explicando un 34% de la varianza en el grupo sano y el 45% de la varianza en el grupo clínico predicho por las mismas dimensiones en similar sentido.

Las dimensiones del NEO-FFI-R que predicen son Amabilidad (A-), Neuroticismo (N+), Extraversión (E+) y Responsabilidad (C-) explicando el 41% del total de la varianza en el grupo clínico.

---

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 44% del total de la varianza en el grupo sano y un 58% en el grupo clínico, en el primero de ellos se incluyen en la ecuación Autodirección (SD-), Evitación del daño (HA-), Cooperación (CO-), Autotrascendencia (ST+) y Dependencia de la recompensa (RD+). En el grupo clínico tenemos como predictoras las dimensiones de Autodirección (SD-), Persistencia (PS+), Cooperación (CO-), Búsqueda de novedad (NS+) y Autotrascendencia (ST+).

#### 2.2.3.9.13. Trastornos de la Personalidad del Cluster C.

En el modelo de Zuckerman (ZKPQ-50-CC) el grupo de trastornos de la Personalidad del Cluster C (Evitación, Dependencia y Obsesivo-Compulsivo) es predicho por las escalas de Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+), Sociabilidad (Sy-), Actividad (Act+) y Agresividad – Hostilidad (Agg-Host+) explicando un 38% de la varianza en el grupo sano y el 41% de la varianza en el predicho grupo clínico por Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx+) y Sociabilidad (Sy-).

Las dimensiones del NEO-FFI-R que predicen son Neuroticismo (N+) y Extraversión (E-) explicando el 47% del total de la varianza en el grupo clínico.

Las escalas del modelo de Cloninger (TCI-R) predicen un 43% del total de la varianza en el grupo sano y un 56% en el grupo clínico, en el primero de ellos se incluyen en la ecuación Autodirección (SD-), Búsqueda de novedad (NS-), Evitación del daño (HA+), Persistencia (PS+) y Cooperación (CO-). En el grupo clínico tenemos como predictoras las dimensiones de Evitación del daño (HA+), Autodirección (SD-), Persistencia (PS+) y Búsqueda de novedad (NS-).

---





## **3. Conclusiones.**

---



### 3.-CONCLUSIONES.

#### *3.1. Verificación de hipótesis para la estructura factorial y diferencias de grupos.*

A continuación se listan las hipótesis formuladas con la finalidad de comprobar su verificación o no según los resultados:

*Hipótesis 1:* La estructura factorial del IPDE con el ZKPQ-50-CC, con el NEO-FFI-R, y con el TCI-R será similar en el grupo de sujetos clínicos y sanos en atención a los coeficientes de congruencia obtenidos. De ser así los coeficientes de congruencia factorial serán superiores a 0.90.

Los coeficientes de congruencia obtenidos entre las matrices de los grupos clínico y sano se sitúan entre 0.94 y 0.99 para el IPDE con el ZKPQ-50-CC, entre 0.95 y 0.99 para el IPDE con el NEO-FFI-R, entre 0.98 y 1 para el IPDE con el TCI-R (Temperamento) y entre 0.90 y 0.91 para el IPDE con el TCI-R (Carácter), confirmándose plenamente la hipótesis, podemos decir que tanto el grupo clínico como sano presentan la misma estructura factorial.

*Hipótesis 2:* Los sujetos clínicos tendrán puntuaciones medias significativamente diferentes en todas las escalas de los trastornos de la personalidad y en las escalas de los cuestionarios de personalidad.

Las puntuaciones medias obtenidas por los grupos clínico y sano en el IPDE son más elevadas, significativamente diferentes, excepto para el Trastorno Narcisista de la Personalidad. Los Trastornos de la Personalidad Histriónico y Obsesivo-Compulsivo obtienen un tamaño de efecto pequeño, Los Trastornos de la Personalidad por Evitación, por Dependencia y Antisocial obtienen un tamaño de efecto medio, y los Trastornos de la Personalidad Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico y Límite obtienen un tamaño de efecto alto, verificándose en gran medida la hipótesis formulada.

- En el caso del ZKPQ-50-CC se espera que los sujetos clínicos tengan puntuaciones más altas en N-Anx, Agg-Host y más bajas en Sy, ImpSS obtendría puntuaciones más altas en el cluster B y más bajas en el cluster C.

---

Las puntuaciones medias obtenidas por los grupos clínico y sano en el ZKPQ-50-CC son significativamente más elevadas en el grupo clínico en N-Anx y Agg-Host con un tamaño del efecto alto y medio respectivamente. Por otro lado son significativamente inferiores en el grupo clínico en Sy y Act, con un tamaño del efecto alto y medio respectivamente. No se produce una diferencia significativa en ImpSS, posiblemente porque convergen trastornos donde se espera una puntuación alta en algunos (cluster B) y baja en otros (cluster C), como queda formulado en la hipótesis. Los análisis de regresión muestran una mayor elevación de ImpSS en el cluster B sin incidencia significativa en los otros grupos, por todo ello, podemos decir que en líneas generales se confirma nuestra hipótesis.

- Para el NEO-FFI-R se esperan puntuaciones estadísticamente más altas en N y más bajas en E.

Las puntuaciones medias obtenidas por los grupos clínico y sano en el NEO-FFI-R son significativamente más elevadas en el grupo clínico en N con un tamaño del efecto alto. Por otro lado son significativamente inferiores en el grupo clínico en E y A, con un tamaño del efecto alto, y también más bajas en C con un tamaño del efecto medio. No se produce una diferencia significativa en O, quedando plenamente confirmada la hipótesis.

- Para el TCI-R se esperan puntuaciones más elevadas en el grupo clínico para HA y bajas para RD, PS, SD y CO.

Las puntuaciones medias obtenidas por los grupos clínico y sano en el TCI-R son significativamente más elevadas en el grupo clínico en HA con un tamaño del efecto alto. Por otro lado son significativamente inferiores en el grupo clínico en SD, con un tamaño del efecto alto, y también más bajas en PS, CO y RD con un tamaño del efecto medio, y en ST con un tamaño del efecto bajo. No se produce una diferencia significativa en NS, por motivos similares a lo que ocurre con la IMPSS del ZKPQ-50-CC, así para NS encontramos una puntuación alta en algunos trastornos (cluster B) y baja en otros (cluster C). Vemos que queda ampliamente verificada la hipótesis.

---

### 3.2. Verificación de hipótesis para los trastornos de la personalidad.

*Hipótesis 3:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno de la Personalidad por Evitación sean: N-Anx, Act- y Sy- (ZKPQ-50-CC), N y E- (NEO-FFI-R) y HA, SD- y RD- (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

El Trastorno de la Personalidad por Evitación en el grupo sano se predice en el ZKPQ-50-CC por Sy- y N-Anx y en el TCI-R por HA, SD-, NS-, RD- y PS. En el grupo clínico se predice en el ZKPQ-50-CC por Sy- y N-Anx, situándose en el mismo factor con N-Anx, Sy- e ImpSS, en el NEO-FFI-R se predice por N y E-, situándose en el mismo factor con N, E- y C. En el TCI-R se predice por HA, RD- y ST, cargando en el factor con HA, RD-, NS-, SD- y CO-. Confirmándose de forma amplia la hipótesis previa.

*Hipótesis 4:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno de la Personalidad por Dependencia sean: N-Anx y Act- (ZKPQ-50-CC), N, A y C- (NEO-FFI-R) y SD- y HA (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

El Trastorno de la Personalidad por Dependencia en el grupo sano se predice en el ZKPQ-50-CC por N-Anx y en el TCI-R por SD-, RD y HA. En el grupo clínico se predice en el ZKPQ-50-CC por N-Anx, situándose en el mismo factor con N-Anx e ImpSS, en el NEO-FFI-R se predice por N, situándose en el mismo factor con C- y N, y en el TCI-R se predice por SD-, RD y HA, las mismas dimensiones en la misma dirección, cargando en el factor con RD, HA, NS-, SD-, CO- y ST. Estos resultados similares a los previstos confirman ampliamente la hipótesis.

*Hipótesis 5:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad sean: Act, N-Anx, Sy- e ImpSS- (ZKPQ-50-CC), N, C, A- y E- (NEO-FFI-R) y ST, NS-, RD-, SD- y PS (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad en el grupo sano se predice en el ZKPQ-50-CC por N-Anx, Act, Sy- y Agg-Host, y en el TCI-R por NS-, SD-, PS y RD-. En el grupo clínico se predice en el ZKPQ-50-

CC por Sy-, situándose en el mismo factor con Sy- e ImpSS-, en el NEO-FFI-R se predice por N, situándose en el mismo factor con C, y en el TCI-R se predice por NS-, ST y CO-, cargando en el factor junto a NS-, HA, PS, SD- y ST, dando lugar a una verificación parcial de la hipótesis.

*Hipótesis 6:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Paranoide de la Personalidad sean: N-Anx y Agg-Host (ZKPQ-50-CC), N y A- (NEO-FFI-R) y CO-, SD- y PS (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

El Trastorno Paranoide de la Personalidad en el grupo sano se predice en el ZKPQ-50-CC por Agg-Host, N-Anx y Sy-, y en el TCI-R por CO- y ST. En el grupo clínico se predice en el ZKPQ-50-CC por Agg-Host y Sy-, situándose en el mismo factor con Agg-Host, ImpSS, N-Anx y Sy-. En el NEO-FFI-R se predice por A- y N, situándose en el mismo factor con A-, N y E-, y en el TCI-R se predice por CO-, ST y SD-, cargando en el factor con RD-, SD- y CO-. Observamos así que se verifica ampliamente la hipótesis previa.

*Hipótesis 7:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad sean: N-Anx y Sy- (ZKPQ-50-CC), N, E-, O y A- (NEO-FFI-R) y ST, RD- y HA (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

El Trastorno Esquizotípico de la Personalidad en el grupo sano se predice en el ZKPQ-50-CC por N-Anx, Sy- e ImpSS, y en el TCI-R por SD- y RD-. En el grupo clínico se predice en el ZKPQ-50-CC por Sy- y N-Anx, situándose en el mismo factor con N-Anx, Agg-Host e ImpSS, en el NEO-FFI-R se predice por E-, A- y N, situándose en el mismo factor con N, E- y A-. En el TCI-R se predice por SD- y RD-, igual que el grupo sano, cargando en el factor con RD-, SD- y CO-. Todo ello confirma las predicciones de la hipótesis formulada.

*Hipótesis 8:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Esquizoide de la Personalidad sean: Sy- (ZKPQ-50-CC), E- (NEO-FFI-R) y RD- (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

El Trastorno Esquizoide de la Personalidad en el grupo sano se predice en el ZKPQ-50-CC por Sy- y N-Anx, y en el TCI-R por RD-, HA, NS- y ST-. En el grupo clínico se predice en el ZKPQ-50-CC por Sy-, situándose en el mismo factor con Sy- y N-Anx, y en el NEO-FFI-R se predice por E-, situándose en el factor con E- y N. En el TCI-R se predice por RD- y HA, cargando en el factor junto a RD-, NS-, HA, SD- y CO-. Queda así verificada ampliamente la hipótesis.

*Hipótesis 9:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Histriónico de la Personalidad sean: ImpSS y Sy (ZKPQ-50-CC), E (NEO-FFI-R) y SD-, ST y CO- (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

El Trastorno Histriónico de la Personalidad en el grupo sano se predice en el ZKPQ-50-CC por ImpSS, N-Anx y Sy, y en el TCI-R por NS, SD-, RD y CO-. En el grupo clínico se predice en el ZKPQ-50-CC por ImpSS y N-Anx, situándose en el mismo factor con N-Anx, Agg-Host e ImpSS, en el NEO-FFI-R se predice por C-, E y N, situándose en el mismo factor con E, C- y N, y en el TCI-R se predice por SD-, NS y RD, cargando en el factor con RD, HA y ST. Aquí vemos una confirmación parcial de la hipótesis previa.

*Hipótesis 10:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Narcisista de la Personalidad sean: ImpSS (ZKPQ-50-CC), A- y O (NEO-FFI-R) y CO-, SD-, ST y HA- (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

El Trastorno Narcisista de la Personalidad en el grupo sano se predice en el ZKPQ-50-CC por Agg-Host y Act, y en el TCI-R por CO-, PS, HA- y ST. En el grupo clínico se predice en el ZKPQ-50-CC por ImpSS y Agg-Host, situándose en el mismo factor con Agg-Host, Act e ImpSS, en el NEO-FFI-R se predice por A-, situándose también en el factor con A-. En el TCI-R se predice por CO- y PS, cargando en el mismo factor con PS, HA-, RD, ST y CO-. Puede observarse una confirmación amplia de la hipótesis previa.

*Hipótesis 11:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Límite de la Personalidad sean: N-Anx e ImpSS (ZKPQ-50-CC), N y A- (NEO-FFI-R) y SD- y ST (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

El Trastorno Límite de la Personalidad en el grupo sano se predice en el ZKPQ-50-CC por N-Anx, Agg-Host e ImpSS, y en el TCI-R por SD-. En el grupo clínico se predice en el ZKPQ-50-CC por N-Anx, Agg-Host e ImpSS, las mismas dimensiones en similar sentido, situándose en el mismo factor con N-Anx, Agg-Host e ImpSS. E el NEO-FFI-R se predice por N y C-, cargando en el mismo factor con N, C- y A-, y en el TCI-R se predice por SD- y ST, situándose en el factor con RD-, HA, SD-, CO- y ST. Se produce, de esta manera, una clara verificación de la hipótesis formulada.

*Hipótesis 12:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan el Trastorno Antisocial de la Personalidad sean: ImpSS y Agg-Host (ZKPQ-50-CC), A- y C- (NEO-FFI-R) y SD-, NS y RD- (TCI-R), en la muestra clínica y sana.

El Trastorno Antisocial de la Personalidad en el grupo sano se predice en el ZKPQ-50-CC por Agg-Host e ImpSS, y en el TCI-R se predice por CO-, HA- y SD-. En el grupo clínico se predice en el ZKPQ-50-CC por Agg-Host e ImpSS, las mismas dimensiones en similar sentido. Estas escalas cargan en el mismo factor con Agg-Host e ImpSS, en el NEO-FFI-R se predice por A-, situándose en el mismo factor con A-. En el TCI-R se predice por CO- y ST, situándose en el factor con NS, HA-, RD- y CO-. Todo ello muestra una clara confirmación de la hipótesis formulada.

### *3.3. Verificación de hipótesis por cluster.*

*Hipótesis clúster A:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan los Trastornos de la Personalidad del Cluster A sea Sy- (ZKPQ-50-CC) en la muestra clínica y sana.



Los Trastornos de la Personalidad del Cluster A en el grupo sano se predicen en el ZKPQ-50-CC por Sy-, N-Anx y Agg-Host, y en el TCI-R por SD-, RD-, NS-, ST y CO-. En el grupo clínico se predicen en el ZKPQ-50-CC por Sy- y N-Anx, en el NEO-FFI-R por E-, A- y N, y en el TCI-R por SD- y RD-. Los gráficos LOESS nos muestran las siguientes tendencias: Agg-Host, N-Anx y Sy-; N, A-, C- y E-; junto a HA, RD-, SD- y CO-. Aquí también podemos observar que se verifica ampliamente la hipótesis previa. En la misma línea vemos que dimensiones similares de otros cuestionarios que predicen este grupo van en similar dirección de Sy- como son E- y RD-.

*Hipótesis clúster B:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que las variables de personalidad de los tres cuestionarios que predigan los Trastornos de la Personalidad del Cluster B sean ImpSS y Agg-Host (ZKPQ-50-CC) en la muestra clínica y sana.

Los Trastornos de la Personalidad del Cluster B en el grupo sano se predicen en el ZKPQ-50-CC por Agg-Host, N-Anx e ImpSS, y en el TCI-R por SD-, HA-, CO-, ST y RD. En el grupo clínico se predicen en el ZKPQ-50-CC por Agg-Host, N-Anx e ImpSS, las mismas dimensiones en similar sentido, en el NEO-FFI-R por A-, N, E y C-, y en el TCI-R por SD-, PS, CO-, NS y ST. Los gráficos LOESS nos muestran las siguientes tendencias: ImpSS, N-Anx y Agg-Host; N, A- y C-; junto a NS-, SD- y CO-. También en este grupo se verifica ampliamente la hipótesis formulada, además las dimensiones similares de otros cuestionarios que predicen estos trastornos van en la misma dirección de Agg-Host como son A- y CO-, e ImpSS correlacionaría con C- y NS.

*Hipótesis clúster C:* Si se replican los hallazgos previos de diferentes autores en diversos contextos se espera que la variable de personalidad del Modelo e Zuckerman que prediga los Trastornos de la Personalidad del Cluster C sea N-Anx (ZKPQ-50-CC) en la muestra clínica y sana.

Los Trastornos de la Personalidad del Cluster C en el grupo sano se predicen en el ZKPQ-50-CC por N-Anx, Sy-, Act y Agg-Host, y en el TCI-R por SD-, NS-, HA, PS y CO-. En el grupo clínico se predicen en el ZKPQ-50-CC por N-Anx y Sy-, en el NEO-FFI-R por N y E-, y en el TCI-R por HA, SD-, PS y NS-. Los gráficos LOESS nos muestran las siguientes tendencias: N-

Anx y Sy-; N y E-; junto a HA, NS-, SD- y CO-. Vemos que se verifica ampliamente la hipótesis formulada, además se constata que dimensiones similares de otros cuestionarios que predicen este grupo van en la misma dirección de N-Anx como son N y HA.

### 3.4.-Discusión general.

Los datos de este estudio muestran que no hay diferencia entre la estructura de la personalidad entre sujetos normales y pacientes (hipótesis 1). Adicionalmente también se ha verificado que los pacientes puntúan significativamente diferente que los sujetos normales (hipótesis 2). Por lo que teniendo en cuenta que la estructura factorial es la misma se puede aseverar que estas diferencias son cuantitativas y no cualitativas. Con ello coinciden autores como Widiger y Costa (1994, 2002), Livesley et al. (1998), O'Connor y Dyce (2001), O'Connor (2002), Clark y Livesley (2002), Saulsman y Page (2004) y Markon et al. (2005). Estos autores sostienen que los trastornos de personalidad serían rasgos normales extremos, o bien una exageración de los rasgos normales de personalidad.

El hecho que modelos y pruebas construidas para valorar la personalidad normal obtengan configuraciones determinadas en trastornos específicos de la personalidad, con puntuaciones significativamente diferentes, superiores o inferiores, en función del rasgo, refuerza este planteamiento. Los diferentes métodos empleados de cálculo muestran similares tendencias en el grupo clínico y el sano, así como en los gráficos comparativos LOESS, donde se puede observar la misma dirección en las diferentes dimensiones, siendo más acusadas o extremas en el grupo clínico.

Las predicciones realizadas por otros autores (Dyce y O'Connor, 1998; Saulsman y Page, 2004; Bagby et al., 2005; De Fruyt et al., 2006; Aluja et al., 2007a, 2007b; Samuel y Widiger, 2008; Huang et al., 2011) se confirman y se replican en este estudio, en una muestra de pacientes a los

---

---

que se les ha diagnosticado el Trastorno de la Personalidad en el ámbito clínico, no únicamente a través de cuestionarios autoinformados.

En el ámbito clínico se diagnostican los trastornos de personalidad mediante los criterios nosográficos al uso (sea DSM o CIE). La existencia de entrevistas estructuradas o semiestructuradas, como el SCID II ayuda enormemente a este al diagnóstico. No obstante en ocasiones se realizan impresiones diagnósticas a partir de los resultados psicométricos en tests de personalidad. Ello conlleva a un sobrediagnóstico, que podría evitarse si una vez contestado un cuestionario autoaplicado como el del SCID-II, pudieran confirmarse todos los criterios al aplicar la rigurosa exploración posterior con la entrevista clínica estructurada, con valoración pormenorizada de todos los criterios. Para que un criterio/ítem sea considerado se *"exige que las características descritas en el ítem sean patológicas (es decir, fuera del margen de variación normal), persistentes (es decir, presentes con frecuencia durante al menos los últimos 5 años desde el comienzo de la edad adulta) y de presencia generalizada (es decir, presentes en una gran variedad de contextos, como el trabajo, el hogar o, en el caso de ítems referidos a relaciones interpersonales, en diversos tipos de relaciones)"* (Regla de las tres "p". First et al., 1999, pág. 7).

En nuestra muestra de pacientes diagnosticados en el ámbito clínico un 51 % no han alcanzado el suficiente número de criterios positivos para poder ser adjudicado uno de los 10 trastornos del DSM-IV, posiblemente muchos de ellos se situarían en el Trastorno de la Personalidad No Especificado. Situación común en muchos estudios anteriores como nos muestra el metaanálisis de Verhuel y Widiger (2004) donde el Trastorno de la Personalidad No Especificado lo obtiene entre el 8 y el 13% de los sujetos de muestras clínicas. Ello corresponde a entre un 21 y un 49% de los Trastornos de la Personalidad diagnosticados en el Eje II, siendo el tercer diagnóstico más frecuente cuando se utilizan entrevistas estructuradas y el primero cuando éstas no lo son.

Cabe mencionar la dificultad para encontrar pacientes "puros", en el sentido que sólo posean un único diagnóstico de uno de los trastornos de la

---

---

personalidad. Sólo un 26 % en nuestra muestra fueron subsidiarios de un único diagnóstico. El resto tuvieron dos o más. Ello es muy probablemente debido a que existe un elevado solapamiento de criterios entre los distintos diagnósticos. Así, es fácil que un paciente diagnosticado de un trastorno pueda tener otro u otros. Esto se puede observar claramente en los estudios que usan el PDQ-4+ para diagnosticar los Trastornos de la Personalidad (Calvo, Caseras, Gutiérrez y Torrubia, 2002).

Desde el punto de vista dimensional de la personalidad los tres modelos de referencia también presentan escalas muy parecidas, aunque a veces con distintos nombres. Las similitudes entre estas dimensiones y rasgos de los tres cuestionarios se ponen de manifiesto en los análisis correlacionales y factoriales (Zuckerman et al., 1993; Zuckerman y Cloninger, 1996; De Fruyt et al., 2000; Romero et al., 2002; Aluja et al., 2003; Aluja et al., 2004; García et al., 2005; Ibáñez et al., 2010; Aluja y Blanch, 2011; García, L.F. et al., 2012; García, O. et al., 2012).

En nuestro caso estas similitudes se concretan en distintas escalas que parecen medir el constructo de Neuroticismo. Es el caso del Neuroticismo-Ansiedad (ZKPQ-50-CC), Neuroticismo (NEO-FFI-R) y Evitación del daño (TCI-R). Otras escalas similares como Sociabilidad (ZKPQ-50-CC), Extraversión (NEO-FFI-R) y Dependencia de la recompensa (TCI-R) están muy relacionadas entre ellas y miden el constructo de Extraversión. Las escalas de Responsabilidad (NEO-FFI-R) y Persistencia (TCI-R) y en menor medida Actividad (ZKPQ-50-CC) medirían un mismo constructo que se podría llamar Tesón, Perseverancia o Escrupulosidad. Otras escalas que muestran diferencias significativas podemos observarlas al analizar cada uno de los Trastornos de la Personalidad por separado.

Al comparar los grupos clínico y sano nos encontramos con algunas diferencias:

En el cuestionario de personalidad IPDE la mayoría de los Trastornos de la Personalidad del grupo clínico obtienen medias más altas que el grupo sano como era esperable. Los pacientes obtienen una media mucho más

---

---

alta que los sanos en el Trastorno Límite y clúster A, y en cambio no se observan diferencias de medias entre los dos grupos en el Trastorno Narcisista.

En el modelo psicobiológico de los "*Cinco Alternativos*" de Zuckerman los Trastornos de la Personalidad presentan una alta puntuación en las escalas de Neuroticismo-Ansiedad y Agresividad-Hostilidad, y una puntuación baja en Sociabilidad y Actividad. No se encuentran diferencias en Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada, ya que posiblemente en algunos trastornos la diferencia se encuentre en sentido positivo y en otros en negativo. Hecho que se advierte al analizar cada trastorno por separado. Todo ello concuerda con estudios similares que han intentado buscar la relación de este modelo con los trastornos de la personalidad (Thornquist y Zuckerman, 1995; Zuckerman, 1999; Ball et al., 1994; Wang et al., 2004; Aluja et. al., 2007b; Gomà-i-Freixenet et al., 2008 y Huang et al., 2011).

En el modelo de los "*Cinco Grandes*" de Costa y McCrae los Trastornos de la Personalidad, obtienen una alta puntuación en Neuroticismo y baja en Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad, sin observarse diferencias en Apertura de la experiencia. Obsérvese que la dimensión de Apertura a la experiencia no se relaciona con ningún trastorno de personalidad. Ello es informado también por Wiggins y Pincus (1989), Costa y McCrae (1990), Widiger et al. (1994), Dyce y O'Connor (1998), Lynam y Widiger (2001), Reynolds y Clark (2001), Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson y Costa (2002), Ostendorf (2002), Saulsman y Page (2004), De Fruyt et al. (2006), Samuel y Widiger (2008) y Aluja et al. (2007a).

En el modelo psicobiológico de Cloninger los Trastornos de la Personalidad, presentan una alta puntuación en Evitación del daño y baja puntuación en Persistencia, Dependencia de la recompensa y en las escalas de Carácter como Autodirección, Cooperación, y en menor medida Autotrascendencia. No se producen diferencias en Búsqueda de novedad, posiblemente por los mismos motivos que la Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada del modelo de Zuckerman, ya que posiblemente

---

y según el tipo de Trastorno las diferencias se encuentren en uno u otro sentido. Similares correlaciones las hallamos en Svrakic et al. (1993, 2002) y en De Fruyt et al. (2005).

Los Trastornos de la Personalidad del Cluster A (Paranoide, Esquizotípico y Esquizoide) se caracterizan por elevadas puntuaciones en Neuroticismo-Ansiedad y bajas en Sociabilidad (ZKPQ-50-CC), por elevadas puntuaciones en Neuroticismo y bajas en Extraversión y Amabilidad (NEO-FFI-R), y por bajas puntuaciones en Autodirección y Dependencia de la recompensa (TCI-R).

El Trastorno Paranoide de la Personalidad se caracteriza en el ZKPQ-50-CC por elevadas puntuaciones en Agresividad-Hostilidad y bajas en Sociabilidad, autores anteriores como Aluja et al. (2007b) y Huang et al. (2011) coinciden en elevadas puntuaciones en Agresividad-Hostilidad junto a altas puntuaciones en Neuroticismo-Ansiedad. En el NEO-FFI-R se producen elevadas puntuaciones en Neuroticismo y bajas en Amabilidad al igual que en otros estudios (De Fruyt et al., 2006; Samuel y Widiger, 2008; Bagby et al., 2005; Dyce y O'Connor, 1998 y Aluja et al., 2007a). Con el TCI-R se obtienen altas puntuaciones en Autotrascendencia y bajas en Cooperación y Autodirección, de la misma manera que en el estudio de De Fruyt et al. (2006) donde Cooperación y Autodirección tienen la misma tendencia junto a Persistencia en sentido contrario.

El Trastorno Esquizotípico de la Personalidad se caracteriza en el ZKPQ-50-CC por bajas puntuaciones en Sociabilidad y elevadas en Neuroticismo-Ansiedad como en estudios precedentes (Aluja et al., 2007b y Huang et al., 2011). Respecto al NEO-FFI-R se obtienen elevadas puntuaciones en Neuroticismo y bajas puntuaciones en Extraversión y Amabilidad como en estudios anteriores (Dyce y O'Connor, 1998; Bagby et al., 2005; Aluja et al., 2007a; De Fruyt et al., 2006 y Samuel y Widiger, 2008). En el TCI-R aparecen bajas puntuaciones en Autodirección y Dependencia de la recompensa, en el trabajo de De Fruyt et al. (2006) se refleja una baja puntuación en Dependencia de la recompensa y elevada en Autotrascendencia y Evitación del daño.

---

El Trastorno Esquizoide de la Personalidad se caracteriza en el ZKPQ-50-CC por bajas puntuaciones en Sociabilidad, como en los estudios de Aluja et al. (2007b) y Huang et al. (2011) junto a otras escalas. En el NEO-FFI-R se reflejan bajas puntuaciones en Extraversión como en trabajos precedentes (Dyce y O'Connor, 1998; Bagby et al., 2005; Aluja et al., 2007a; De Fruyt et al., 2006 y Samuel y Widiger, 2008). Finalmente en el TCI-R se obtiene altas puntuaciones en Evitación del daño y bajas en Dependencia de la recompensa, esta última escala coincide con la encontrada por De Fruyt et al. (2006).

Los Trastornos de la Personalidad del Cluster B (Histriónico, Narcisista, Límite, Antisocial) se caracterizan por elevadas puntuaciones en Agresividad-Hostilidad, Neuroticismo-Ansiedad y Búsqueda de sensaciones-Impulsividad no socializada (ZKPQ-50-CC), por elevadas puntuaciones en Neuroticismo y Extraversión y bajas en Amabilidad y Responsabilidad (NEO-FFI-R) y por elevadas puntuaciones Búsqueda de novedad, Persistencia y Autotrascendencia y bajas en Autodirección y Cooperación (TCI-R).

El Trastorno Histriónico de la Personalidad se caracteriza en el ZKPQ-50-CC por elevadas puntuaciones en Neuroticismo-Ansiedad, Agresividad-Hostilidad y Búsqueda de sensaciones-Impulsividad no socializada, excepto en Agresividad-Hostilidad también se encuentra esta configuración en estudios anteriores (Aluja et al., 2007b y Huang et al., 2011). En el NEO-FFI-R se obtiene altas puntuaciones en Neuroticismo como en el estudio de De Fruyt et al. (2006) y altas en Extraversión (Dyce y O'Connor, 1998; Bagby et al., 2005; Aluja et al., 2007a y Samuel y Widiger, 2008) y bajas en Responsabilidad. El TCI-R evidencia en este trastorno altas puntuaciones en Búsqueda de novedad y Dependencia de la recompensa y bajas en Autodirección, coincidiendo en el último punto con De Fruyt et al. (2006) que también obtiene elevadas puntuaciones en Autotrascendencia y bajas Cooperación.

El Trastorno Narcisista de la Personalidad se caracteriza en el ZKPQ-50-CC por elevadas puntuaciones en Búsqueda de sensaciones-

---

Impulsividad no socializada como en los estudios de Aluja et al. (2007b) y Huang et al. (2011) y Agresividad-Hostilidad (Aluja et al., 2007b), además en ambos estudios se obtienen altas puntuaciones en Neuroticismo-Ansiedad. Las bajas puntuaciones en Amabilidad en el NEO-FFI-R también se dan en los estudios anteriores (Dyce y O'Connor, 1998; Bagby et al., 2005; Aluja et al., 2007a; De Fruyt et al., 2006 y Samuel y Widiger, 2008). En el TCI-R se producen altas puntuaciones en Persistencia y bajas en Cooperación, De Fruyt et al. (2006) obtiene bajas puntuaciones en Autodirección, Cooperación, Evitación del daño y altas en Persistencia.

El Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza en el ZKPQ-50-CC por elevadas puntuaciones en Neuroticismo-Ansiedad, Agresividad-Hostilidad y Búsqueda de sensaciones-Impulsividad no socializada como en los estudios de Aluja et al. (2007b) y Huang et al. (2011). En el NEO-FFI-R las puntuaciones altas en Neuroticismo coinciden con estudios anteriores (Dyce y O'Connor, 1998; Bagby et al., 2005; Aluja et al., 2007a; De Fruyt et al., 2006 y Samuel y Widiger, 2008) así como las bajas en Responsabilidad (Bagby et al., 2005 y Samuel y Widiger, 2008), algunos estudios obtienen bajas puntuaciones en Amabilidad (Dyce y O'Connor, 1998; Bagby et al., 2005; Aluja et al., 2007a y Samuel y Widiger, 2008). El TCI-R se caracteriza por altas puntuaciones en Autotrascendencia y bajas en Autodirección como en el trabajo de De Fruyt et al. (2006).

El Trastorno Antisocial de la Personalidad se caracteriza en el ZKPQ-50-CC por elevadas puntuaciones en Agresividad-Hostilidad y Búsqueda de sensaciones-Impulsividad no socializada como en trabajos precedentes (Aluja et al., 2007b y Huang et al., 2011). Bajas puntuaciones en Amabilidad aparecen en el NEO-FFI-R como en otros estudios (Dyce y O'Connor, 1998; Bagby et al., 2005; Aluja et al., 2007a; De Fruyt et al., 2006 y Samuel y Widiger, 2008), donde también en los estudios referidos se obtienen bajas puntuaciones en Responsabilidad. Finalmente el TCI-R se destaca por altas puntuaciones en Autotrascendencia y bajas en Autodirección, aunque se coincide con De Fruyt et al. (2006) en Autodirección, estos autores también hallan como predictivas las escalas de

---



---

Búsqueda de novedad en sentido positivo y Dependencia de la recompensa en sentido negativo.

Los Trastornos de la Personalidad del Cluster C (por Evitación, por Dependencia y Obsesivo-Compulsivo) se caracterizan por elevadas puntuaciones en Neuroticismo-Ansiedad y bajas en Sociabilidad (ZKPQ-50-CC), por elevadas puntuaciones en Neuroticismo y bajas en Extraversión (NEO-FFI-R) y por altas puntuaciones en Evitación del daño y Persistencia y bajas en Búsqueda de novedad y Autodirección (TCI-R).

El Trastorno de la Personalidad por Evitación se caracteriza por elevadas puntuaciones en el ZKPQ-50-CC de Neuroticismo-Ansiedad, al igual que en los estudios de Huang et al. (2011) y Aluja et al. (2007b) y bajas en Sociabilidad como en Aluja et al. (2007b). En el NEO-FFI-R se observan altas puntuaciones en Neuroticismo y bajas en Extraversión, como sucede con estudios precedentes (De Fruyt et al., 2006; Samuel y Widiger, 2008; Bagby et al., 2005; Dyce y O'Connor, 1998 y Aluja et al., 2007a). Finalmente en el TCI-R se producen puntuaciones elevadas en Evitación del daño y Autotrascendencia y bajas en Dependencia de la recompensa, similar al estudio de De Fruyt et al. (2006) donde no aparece la Autotrascendencia y sí baja puntuación en Autodirección.

El Trastorno de la Personalidad por Dependencia se caracteriza también por elevadas puntuaciones en el ZKPQ-50-CC de Neuroticismo-Ansiedad como encuentran Huang et al. (2011) y Aluja et al. (2007b). Las puntuaciones significativas en el NEO-FFI-R son elevadas en Neuroticismo como se da en los estudios de De Fruyt et al. (2006), Samuel y Widiger (2008), Bagby et al. (2005), Dyce y O'Connor (1998) y Aluja et al. (2007a). En el TCI-R obtenemos puntuaciones elevadas en Dependencia de la recompensa y Evitación del daño y bajas en Autodirección, estas dos últimas dimensiones son constatadas también por De Fruyt et al. (2006).

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad se caracteriza en el ZKPQ-50-CC por puntuaciones bajas en Sociabilidad como evidencia por su lado Huang et al. (2011), aunque es la puntuación baja en Actividad

---

---

donde coinciden otros autores (Huang et al., 2011 y Aluja et al., 2007b). El NEO-FFI-R se caracteriza en este trastorno por elevadas puntuaciones en Neuroticismo como señalan De Fruyt et al. (2006) y Bagby et al. (2005), junto a altas puntuaciones en Responsabilidad (De Fruyt et al., 2006; Samuel y Widiger, 2008; Dyce y O'Connor, 1998 y Aluja et al., 2007a) y bajas en Amabilidad (De Fruyt et al., 2006 y Bagby et al., 2005) y Extraversión (De Fruyt et al., 2006; Dyce y O'Connor, 1998 y Aluja et al., 2007a). En el TCI-R aparecen elevadas puntuaciones en Autotrascendencia y bajas en Búsqueda de novedad y Cooperación, aunque Cooperación no aparece en el estudio de De Fruyt et al. (2006), si las otras dos dimensiones, junto a puntuaciones elevadas en Persistencia y bajas en Dependencia de la recompensa y Autodirección.

Este estudio refuerza la necesidad de una aproximación dimensional al estudio de los trastornos de la personalidad, donde los rasgos se desarrollan en diversos grados: desde la personalidad normal hasta la patológica (Livesley et al., 1998; Clark y Livesley, 2002; O'Connor, 2002; Zimmerman et al., 2005). Para que esta aproximación de lo dimensional a lo categorial sea aceptada deberá estar de acuerdo con los postulados teóricos de los trastornos de la personalidad (estabilidad temporal, heredabilidad, correlatos neuroquímicos y desarrollo en la infancia) y sobretodo como señalan First et al. (2004) deberá constatarse su utilidad clínica.

No podemos basarnos únicamente en el diagnóstico categorial para llevar a cabo el abordaje terapéutico, muchos de nuestros pacientes se quedarían sin tratamiento si fuera éste el único criterio, las dimensiones en sus manifestaciones extremas nos ofrecen unos patrones desadaptativos susceptibles de ser abordados (Bayón y Cloninger, 1998; Widiger y Mullins-Sweatt, 2007).

La incorporación de los modelos dimensionales de personalidad en el sistema categorial hace necesario usar criterios de trastornos de la personalidad complementarios a estas dimensiones ya que una puntuación

---

extrema en una dimensión es una condición necesaria pero no suficiente para diagnosticar un trastorno de la personalidad (Wakefield, 2008).

Widiger y Trull (2007) creen que un modelo dimensional como el de los cinco factores podría resolver la mayoría de estas limitaciones, pero hay varios problemas para implementar modelos dimensionales. Por un lado los clínicos prefieren o están más acostumbrados a los modelos categoriales, además hay que llegar a un consenso sobre cuál es la estructura más idónea, en la actualidad tenemos 18 propuestas alternativas (Widiger y Simonsen, 2005). Oldham y Skodol (2000) consideran que la solución pasa por la elaboración de sistemas diagnósticos híbridos donde coexisten las dos aproximaciones de forma inclusiva y no mutuamente excluyente. En las propuestas del Grupo de Trabajo para los trastornos de la personalidad para el DSM-5 (APA, 2013) referidas en la Sección III (Modelos y Medidas Emergentes) se han sugerido criterios generales para un trastorno de la personalidad en el modelo híbrido propuesto, los trastornos de la personalidad específicos que pueden diagnosticarse y las dimensiones (dominios y facetas) para cada uno de ellos. Se ha construido un cuestionario preliminar para evaluar las 25 facetas, el Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2012) del que ya se han realizado estudios para determinar la estructura factorial (Wright, 2012), la cual es similar a la agrupación de facetas realizada de forma racional.

Seríamos partidarios de utilizar cualquiera de los modelos analizados en este trabajo por su larga tradición y acumulación de evidencias empíricas, porque se ajustan a los presupuestos y principios inherentes a la teoría de rasgos que recogen en su artículo Boyle et al. (2008). A saber, los rasgos representan disposiciones estables del comportamiento, tendencias a actuar de manera relativamente consistente, y son permanentes a lo largo de la vida, permitirían predecir en parte la conducta, y tendrían un origen biológico que ayudaría a una explicación de los mismos, además estos modelos pueden integrarse en una estructura jerárquica común (Markon et al., 2005).

---

Los rasgos de personalidad o dimensiones en los extremos del continuum pueden ser desadaptativas, disponemos de terapias de tipo psicológico y farmacológico para poder mejorar las conductas propias de sujetos con una puntuación extrema en una dimensión, sobre todo si estos comportamientos y actitudes son inflexibles y desadaptativos, además como se ha podido ver disponemos de instrumentos de medida para valorar la intensidad de los rasgos (Widiger y Presnall, 2013).

La mayor utilidad clínica de los modelos dimensionales es evidente, nos permite con un instrumento de medida una rápida comprensión de la intensidad de los rasgos del paciente que ayuda a anticipar posibles problemas en la terapia (resistencias o pobre motivación). Además podemos hacer más hincapié en unas estrategias determinadas de tratamiento y a la vez predecir en cierta manera los resultados, en un contexto clínico donde cada vez tienen más peso los tratamientos transdiagnósticos (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

Hay una serie de limitaciones en nuestro estudio, como son los pocos casos obtenidos en algunos diagnósticos de trastornos de la personalidad que hace que nuestras predicciones no sean tan sólidas, no obstante los trastornos de más prevalencia se encuentran bien representados. Este problema es generalizado en distintos estudios donde el diagnóstico más usado es el de Trastorno de la Personalidad No Especificado, y donde también se hacen evidentes las dificultades para conseguir sujetos con un único diagnóstico de los 10 trastornos del DSM-IV (Westen y Shedler, 2000; First et al., 2004; Widiger y Trull, 2007; Mallik et al. 2008; Skodol y Bender, 2009).

Por otro lado prescindir de las facetas en los análisis ha mermado la capacidad de predicción, algunos autores señalan el mayor poder predictivo de las facetas en algunos trastornos de la personalidad (Reynolds y Clark, 2001). No obstante, como el lector puede apreciar, los cuestionarios de los tres modelos tienen mucha información al considerar las facetas, y un estudio como el actual que utiliza tanta información corre el riesgo de ser

---

excesivamente farragoso y precisa de cierta abreviación en las múltiples variables de personalidad estudiadas.

Como líneas de futuro se plantea utilizar el mismo protocolo en las exploraciones psicométricas de personalidad en la práctica clínica para aumentar la muestra con la que conseguir grupos mayores en algunos trastornos y poder afinar más las predicciones.

Será importante valorar el papel de las facetas de las dimensiones en la predicción de los trastornos de la personalidad, ya que disponemos en nuestra muestra de estos datos al haber aplicado el TCI-R y el NEO-PI-R en el grupo clínico, no se han incluido en esta tesis por su amplia extensión. Además actualmente disponemos del ZKA-PQ (Aluja et al., 2010) que incluye facetas para todas las dimensiones del Modelo de los "*Cinco Alternativos*" de Zuckerman donde ya se han realizado análisis estructurales y se ha comparado con el NEO-PI-R (García, L.F. et al., 2012) y el TCI-R (García, O. et al., 2012) obteniéndose similares relaciones que en estudios anteriores.

Para terminar esta tesis y a modo de conclusión he de decir que el tema de los trastornos de la personalidad del DSM-IV/DSM-5 y de los modelos dimensionales de la personalidad es un mundo tremendamente complejo que necesita de más concisión y simplificación. Como se ha visto, los tres modelos tienen muchas dimensiones solapadas, y las 10 clasificaciones de los trastornos de personalidad del DSM-IV/DSM-5 seguramente podrían reducirse en menos y evitar también el solapamiento de criterios y el sobrediagnóstico. Esta complejidad seguramente ha contribuido al escaso acuerdo entre los expertos, incluidos los dimensionalistas, en la comisión del DSM-5. El abordaje y remodelación de los trastornos de personalidad continúa siendo un tema abierto, no resuelto, a pesar de la insatisfacción imperante en la clasificación del DSM-IV. En los próximos años estaremos a la espera de nuevas propuestas y acuerdos necesarios para una nueva nosografía de los trastornos de la personalidad.

---

Probablemente, como se ha dicho, con la adopción de un modelo híbrido, pero con el reconocimiento de que los trastornos de la personalidad no pueden abordarse de forma únicamente categorial. Al igual que la personalidad normal, los trastornos de la personalidad, se presentan en forma de un contínuum de intensidad variable en los individuos, no en un sistema de todo o nada. Un sistema moderno y simple de clasificación para los Trastornos de la Personalidad es necesario ya que las implicaciones de los rasgos desadaptativos de la personalidad en las interacciones de los individuos son una realidad que los clínicos vivimos en el día a día de nuestro trabajo.

---

## **4. Referencias.**

---





---

#### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Malfi, G., Pierò, A. y Fassino, S. (2007). Eating problems and personality traits. An Italian pilot study among 992 high school students. *European Eating Disorders Review*, 15, 471-478.
- Al-Halabí, S., Herrero, R., Sáiz, P.A., García-Portilla, M.P., Errasti, J.M, Corcoran, P., Bascarán, M.T., Bousoño, M., Lemos, S. y Bobes, J. (2011). A cross-cultural comparison between Spain and the USA: Temperament and character distribution by sex and age. *Psychiatry Research*, 186, 397-401.
- Allik, J. (2005). Personality dimensions across cultures. *Journal of Personality Disorders*, 19, 212-232.
- Allport, G.W. (1937, 1974). *Personality: a psychological interpretation*. Oxford: Holt. *Psicología de la personalidad*. 4ª ed. Buenos Aires: Paidós.
- Allport, G.W. y Odbert, H.S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, 47. Nº 211.
- Allport, G. y Vernon, P.E. (1930). The field of Personality. *Psychological Butlletin*, 27, 677-730.
- Alonso, P., Menchón, J.M., Jiménez, S., Segalàs, J., Mataix-Cols, D., Jaurrieta, N., Labad, J., Vallejo, J., Cardoner, N. y Pujol, J. (2008). Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: relation to clinical variables. *Psychiatry Research*, 157, 159-168.
- Aluja, A. (1987). La evaluación de los trastornos de personalidad y el DSM-III. *Phronesis*, 8, 83-97.
- Aluja, A., Garcia, O., y Garcia, L.F. (2002). A comparative study of Zuckerman's three structural models for personality trough the NEO-PI-R, ZKPQ-III-R, EPQ-RS and Goldberg's 50-bipolar adjectives. *Personality and Individual Differences*, 32, 713-725.
-

- Aluja, A., García, O. y García, L.F. (2003). Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire (ZKPQ-III-R): a study of a shortened form. *Personality and Individual Differences*, 34, 1083-1097.
- Aluja, A., García, O., y García, L.F. (2004). Replicability of the three, four and five Zuckerman's personality super-factors: exploratory and confirmatory factor analysis of the EPQ-RS, ZKPQ and NEO-PI-R. *Personality and Individual Differences*, 36, 1093-1108.
- Aluja, A., García, O., Rossier, J. y García, L.F. (2005). Comparison of the NEOFFI, the NEO-FFI-R and an alternative short version of the NEO-PI-R (NEO-60) in Swiss and Spanish samples. *Personality and Individual Differences* 38, 591-604.
- Aluja, A., Rossier, J., García, L.F., Angleitner, A., Kuhlman, D.M. y Zuckerman, M. (2006). A cross-cultural shortened form of the ZKPQ (ZKPQ-50-CC) adapted to English, French, German and Spanish languages. *Personality and Individual Differences*, 41, 619-628.
- Aluja, A., Cuevas, L., García, L.F. y García, O. (2007a). Predictions of the MCMI-III personality disorders from NEO-PI-R domains and facets: Comparison between American and Spanish samples. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 2, 307-321.
- Aluja, A., Cuevas, L., García, L.F. y García, O. (2007b). Zuckerman's personality model predicts MCMI-III personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 42, 1311-1321
- Aluja, A., Blanch, A., Solé, D., Dolcet, J.M. y Gallart, S. (2008). Validez convergente y estructural del NEO-PI-R. Baremos orientativos. *Boletín de Psicología*, 92, 7-25.
-

- 
- Aluja, A., Blanch, A., Gallart, S. y Dolcet, J.M. (2010). The Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R): descriptive and factor structure in different age levels. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18, 385-401.
- Aluja, A., Kuhlman, M. y Zuckerman, M. (2010). Development of the Zuckerman-Kuhlman-Aluja Personality Questionnaire (ZKA-PQ): A factor/facet version of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). *Journal of Personality Assessment*, 92, 1-17.
- Aluja, A. y Blanch, A. (2011). The Five and Seven Factors Personality Models: Differences and Similitude between the TCI-R, NEO-FFI-R and ZKPQ-50-CC. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 659-666.
- Anderson, C.B., Joyce, P.R., Carter, F.A., McIntosh, V.V. y Bulik, C.M. (2002). The effect of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa on temperament and character as measured by the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 182-188.
- Ando, J., Ono, Y., Yoshimura, K., Onoda, N., Shinohara, M., Kanba, S. y Asai, M. (2002). The genetic structure of Cloninger's seven-factor model of temperament and character in a Japanese sample, *Journal of Personality*, 70, 583-609.
- Ando, J., Suzuki, A., Yamagata, S., Kijima, N., Maekawa, H., Ono, Y. y Jang, K.L. (2004). Genetic and environmental structure of Cloninger's temperament and character dimensions. *Journal of Personality Disorders*, 18, 379-393.
- Angleitner, A., Ostendorf, F. y John, O.P. (1990). Towards taxonomy of personality descriptors in German, a psycho-lexical study. *European Journal of Psychology*, 4, 89-118.
- APA. American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
-

- APA. American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2<sup>nd</sup> Edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- APA. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> Edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- APA. American Psychiatric Association (1985). *DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- APA. American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> Edition. Revised)*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- APA. American Psychiatric Association (1988). *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- APA. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> Edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- APA. American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- APA. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> Edition Text Revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- APA. American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. Barcelona: Masson.
- APA. American Psychiatric Association. (2011). *DSM-5 development: Personality disorders*. Obtenido de [http://www.dsm5.org/ProposedRevisionAttachments/APA\\_Clinician\\_Trait\\_Rating\\_Form.pdf](http://www.dsm5.org/ProposedRevisionAttachments/APA_Clinician_Trait_Rating_Form.pdf).
-

- 
- APA. American Psychiatric Association. (2011b). *DSM-5 development: Personality disorders*. Obtenido de [http://www.dsm5.org/ProposedRevisionAttachments/APA Rationale for a Revised Criterion A 6-20-11.pdf](http://www.dsm5.org/ProposedRevisionAttachments/APA_Rationale_for_a_Revised_Criterion_A_6-20-11.pdf).
- APA. American Psychiatric Association. (2012a). *Rationale for the Proposed Changes to the Personality Disorders Classification in DSM-5*. Obtenido de [http://www.dsm5.org/Documents/Personality Disorders/ Rationale for the Proposed changes to the Personality Disorders in DSM-5 5-1-12.pdf](http://www.dsm5.org/Documents/Personality_Disorders/Rationale_for_the_Proposed_changes_to_the_Personality_Disorders_in_DSM-5_5-1-12.pdf)
- APA. American Psychiatric Association. (2012b). *DSM-IV and DSM-5 Criteria for the Personality Disorders*. Obtenido de [http://www.dsm5.org/ Documents/ Personality Disorders/ DSM-IV and DSM-5 Criteria for the Personality Disorders 5-1-12.pdf](http://www.dsm5.org/Documents/Personality_Disorders/DSM-IV_and_DSM-5_Criteria_for_the_Personality_Disorders_5-1-12.pdf)
- APA. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> Edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Arkar, H., Sorias, O., Tunca, Z., Safak, C., Alkin, T., Binnur Akdede, B., Sahin, S., Akvardar, Y., Sari, O., Ozerdem, A. y Cimilli, C. (2005). Factorial structure, validity, and reliability of the Turkish temperament and character inventory. *Turk Psikiyatri Dergisi. (Turkish Journal of Psychiatry)*, 16, 190-204.
- Aschauer, H.N., Meszaros, K., Willinger, U., Fischer, G., Berger, P., Reiter, E., Lenzinger, E. y Berger, K. (1994). Tridimensional Personality Questionnaire—some results on the validity of a German version of the questionnaire. *Neuropsychiatrie*, 8, (3), 177–181.
- Avia, M.D. y Sánchez Bernados, M.L. (1995). *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Pirámide. \*Capítulo 12: Las cinco dimensiones básicas de la personalidad (pp. 269-285).
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A. y Joffe, R.T. (1992). Confirmatory factor analysis of the Tridimensional Personality Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 13 (11), 1245-1246.
-

- 
- Bagby, R.M., Costa, P.T., Widiger, T.A., Ryder A.G. y Marshall, M. (2005). DSM-IV personality disorders and the Five-Factor Model of personality: a multi-method examination of domain- and facet-level predictions. *European Journal of Personality, 19* (4), 307-324.
- Ball, S.A., Carroll, K.M. y Rounsaville, B.J. (1994). Sensation Seeking, substance abuse, and psychopathology in treatment seeking and community cocaine users. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 1053-1057.
- Ball, S.A. (1995). The validity of an alternative five-factor measure of personality in cocaine abusers. *Psychological Assessment, 7*, 148-154.
- Ball, S.A., Tennen, H. y Kranzler, H.R. (1999). Factor replicability and validity of the Temperament and Character Inventory in substance-dependence patients. *Psychological Assessment, 11*, 514-524.
- Ballenger, J.C., Post, R.M., Jimerson, D.C., Lake, C.R., Murphy, D., Zuckerman, M. y Cronin, C. (1983). Biochemical correlates of personality traits in normals: An exploratory study. *Personality and Individual Differences, 4*, 615-625.
- Bardo, M.T., Donehew, R.L. y Harrington N.G. (1996). Psychobiology of novelty seeking and drug seeking behavior. *Behavioral Brain Research, 77*, 23-43.
- Battaglia, M., Przybeck, T.R., Bellodi, L. y Cloninger, C.R. (1996). Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry, 37*, 4, 292-298.
- Bayón, C., Hill, K., Svarkic, D.M., Przybeck, T.M. y Cloninger, C.R. (1996). Dimensional assessment of personality in an outpatient sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. *Journal of Psychiatric Research, 30*, 341-352.
- Bayón, C. y Cloninger, C.R. (1998). Los siete ratones ciegos y el elefante de la psicopatología. *Archivos de Neurobiología, 61*, 3, 169-174.
-

- 
- Bayón, C. (2006). Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger: Aproximación integradora en la evaluación de los trastornos de personalidad y proceso psicoterapéutico. *Psiquiatria.com*, 10, (1). Disponible en [http://www.psiquiatria.com/articulos/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/26196/](http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/26196/)
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1992, 1995). *Cognitive therapy of personality disorders*. The Guilford Press. New York. *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- 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, 4, 332-346. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>.
- Bermúdez, J. (1994). Psicología de la Personalidad: área de estudio y teoría. En J. Bermúdez (Ed.). *Psicología de la Personalidad*. Vol. I (pp. 39-71) Madrid: UNED.
- Bermúdez, J., Pérez, A.M. y Sanjuán, P. (2003). *Psicología de la Personalidad: Teoría e investigación*. Vol. I y II. Madrid: UNED.
- Biase, V. y Zuckerman, M. (1967). Sex Differences in Stress Responses to Total and Partial Sensory Deprivation. *Psychosomatic Medicine*, 29, 380-390.
- Birkeland, S.A., Manson, T.M., Kisamore, J.L., Brannick, M.T. y Smith, M.A. (2006). A meta-analytic investigation of job applicant faking on personality measures. *International Journal of Selection and Assessment*, 14, 317-335.
- Bond, M. H., Nakazato, H., y Shiraishi, D. (1975). Universality and distinctiveness in dimensions of Japanese person perception. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 6, 346-357.
- Borgatta, E.F. (1964). The structure of personality characteristics. *Behavioral Science*, 12, 8-17.
-

- Borkenau, P. y Ostendorf, F. (1990). Untersuchungen zum Fünf-Factoren-Modell der Persönlichkeit und seiner diagnostischen Erfassung (Investigations of the five-factor model of personality and its assessment). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 10, 239-251.
- Borkenau, P. y Ostendorf, F. (1993). NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEOFFI) nach Costa und McCrae [NEO-Five-Factor Inventory according to Costa and McCrae]. Goettingen (Germany): Hogrefe.
- Bouchard, T.J. y Loehlin, J.C. (2001). Genes, evolution and personality. *Behavior Genetics*, 31 (3), 243-247.
- Boyle G.J., Matthews, G. y Saklofske, D.H. (2008). Personality Theories and Models: An Overview. Cap. 1, pp. 1-29. En Boyle G.J., Gerald, M. y Saklofske, D.H. *Handbook of personality measurement and assessment. Vol. 1*. London: SAGE Publications.
- Brändström, S., Richter, J. y Nylander, P.-O. (2003). Further development of the Temperament and Character Inventory. *Psychological Reports*, 93, 995-1002.
- Brändström, S. (2009). *Personality and its complexity*. An investigation of the Swedish version of the Temperament and Character Inventory. Linköping University Medical Dissertations, 1115, LiU-Tryck, Linköping.
- Brändström, S., Schlette, P., Przybeck, T.R., Lundberg, M., Forsgren, T., Sigvardsson, S., Nylander, P.O., Nilsson, L.G., Cloninger, R.C. y Adolfsson, R. (1998). Swedish normative data on personality using the Temperament and Character Inventory (TCI). *Comprehensive Psychiatry*, 3, 122-128.
- Brown, S.L., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R. y Cloninger, C.R. (1992). The relationship of personality to mood and anxiety states: A dimensional approach. *Journal of Psychiatric Research*, 26, 197-211.
-



- 
- Burt, S.A., McGue, M., Iacono, W., Comings, D. y MacMurray, J. (2002). An examination of the association between DRD4 and DRD2 polymorphisms and personality traits. *Personality and Individual Differences*, 33, 849-859.
- Buss, D.M. y Craik, K.H. (1984). Acts, dispositions, and personality. En B.A. Maher y W.B. Maher (Eds.), *Progress in experimental personality research* (Vol. 13, pp. 241-301). New York: Academic Press.
- Calvo, N., Caseras, X., Gutiérrez, F. y Torrubia, A. (2002). Adaptación Española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 1, 7- 13.
- Cañete, J., Ávila, C. y Tobeña, A. (1993). Versión española del T.P.Q. de Cloninger: propiedades psicométricas. *Revista de Psiquiatría*, 553-559.
- Caprara, G. V., Barbanelli, C., Borgogni, L., y Perugini, M. (1993). The Big Five Questionnaire: A new questionnaire for assess the Five Factor Model. *Personality and Individual Differences*, 15 (3), 268-288.
- Caprara, G.V. y Perugini, M. (1994). Personality described by adjectives: The generalizability of the Big Five to the Italian lexical context. *European Journal of Personality*, 69, 390-400.
- Caspi, A., Roberts, B.W. y Shiner, R.L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484.
- Cattell, R.B. (1943). The description of personality. I. Foundations of trait Measurement. *Psychological Review*, 50, 559-594.
- Cattell, R.B. (1978). *The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences*. New York: Plenum.
-

- 
- Chen, W.J., Chen, H.-M., Chen, C.-C., Chen, C.-C., Yu, W.-Y. y Cheng, A.T.A. (2002). Cloninger's Tridimensional Questionnaire: Psychometric Properties and Construct Validity in Taiwanese Adults. *Comprehensive Psychiatry*, 43, (2), 158-166.
- Clark, L.A. (1993). *The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Clark, L.A. y Livesley, W.J. (2002). Two approaches to identifying the dimensions of personality disorder: convergence on the five-factor model. pp. 161-176. En Costa P.T. y Widiger, T. A. (edit.) *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*. Washington DC: American Psychological Association.
- Clarkin, J.F. y Huprich, S.K. (2011): Do DSM-5 personality disorder proposals meet criteria for clinical utility. *Journal of Personality Disorders*, 25, 192-205.
- Cloninger, C.R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 3, 167-226.
- Cloninger, C.R. (1987a). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger, C.R. (1987b). The Tridimensional Personality Questionnaire, version IV. St Louis, MO: Washington University School of Medicine.
- Cloninger C.R. y Gilligan, S.B. (1987). Neurogenetic mechanisms of learning: a phylogenetic perspective. *Journal of Psychiatric Research*, 21, 4, 457-472.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., y Svrakic, D.M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychological Reports*, 69, 1047-1057.
-

- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. y Przybeck, T.R. (1993a). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D. y Whitehead, C. (1993). *Temperament and Character Structured Interview (TCSI)*, Washington University School of Medicine, PO Box 8134, St. Louis, MO, 63110.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D., Luby, J. y McCallum, K. (1993): *Junior Temperament and Character Inventory (Junior TCI)*. Washington University School of Medicine, PO Box 8134, St. Louis, MO, 63110.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M. y 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.
- Cloninger, C.R. (1994). Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*, 4, 2, 266-273.
- Cloninger, C.R. (1999). *The Temperament and Character Inventory— Revised*. St. Louis, MO: Washington University, Center for Psychobiology of Personality. (Disponible a partir de C.R. Cloninger, Washington University School of Medicine, Department of Psychiatry, P.O. Box 8134, St. Louis, MO 63110).
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Bayón, C. y Przybeck, T.R. (1999). Measurement of psychopathology as variants of personality. En C.R. Cloninger, D.M. Svrakic, C. Bayón y T. R. Przybeck (Eds.), *Personality and Psychopathology* (pp. 21-40). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C.R. y Svrakic, D.M. (2000). Personality Disorders. En B.J. Sadock y V.A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. II*. (Cap. 24, pp. 1723-1764). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
-

- Cloninger C.R. (2004). *Feeling good. The science of well-being*. New York: Oxford University Press.
- Cloninger, C.R. (2006). The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry, 5*, 71-76.
- Cloninger, C.R. (2008). The psychobiological theory of temperament and character: Comment on Farmer and Goldberg (2008). *Psychological Assessment, 20*, 292-299.
- Comings, D.E., Gade-Andavolu, R., González, N., Wu, S., Muhleman, D., Blake, H., Mann, M.B., Oietz, G., Saucier, G. y MacMurray, J.P. (2000). A multivariate analysis of 59 candidate genes in personality traits: the temperament and character inventory. *Clinical Genetics, 58*, (5), 375-385.
- Conrad, R., Schilling, G., Bausch, C., Nadstawek, J., Wartenberg, H.C., Wegener, I., Geiser, F., Imbierowicz, K. y Liedtke, R. (2007). Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain, 133*, 197-209.
- Constantino, J.N., Cloninger, C.R., Clarke, A.R., Hashemi, B. y Przybeck, T. (2002). Application of the seven-factor model of personality to early childhood. *Psychiatric Research, 109*, 3, 229-243.
- Coolidge, F.L. y Segal, D.L. (1998). Evolution of Personality Disorder Diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Clinical Psychology Review, Vol. 18*, Nº 5, pp. 585-589.
- Corr, P.J., Wilson, G.D., Fotiadou, M., Kumari, V., Gray, N.S., Checkley, S. y Gray, J.A. (1995). Personality and affective modulation of the startle reflex. *Personality and Individual Differences, 19*, 4, 543-553.
- Corr, P.J., Kumari, V., Wilson, G.D., Checkley, S. y Gray, J.A. (1997). Harm avoidance and affective modulation of the startle reflex: A replication. *Personality and Individual Differences, 22*, 4, 591-593.
-

- 
- Costa, P.T., Jr. y McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Costa, P.T. Jr. y McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371.
- Costa, P.T. Jr. y McCrae, R.R. (1992a). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI). Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. Jr. y McCrae, R.R. (1992b). Trait psychology comes of age. pp. 169-204. En Sonderegger, T.B. (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Psychology and aging*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1992c). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5-13.
- Costa, P.T., Jr. y McCrae, R.R. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36, 587- 596.
- Costa, P.T. Jr. y McCrae, R.R. (2008). The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). Cap. 9, pp. 179-198. En Boyle G.J., Gerald, M. y Saklofske, D. H. *Handbook of personality measurement and assessment. Vol 2*. London: SAGE Publications.
- Costa, P.T., Jr.; McCrae, R.R. y Holland, J.L. (1984). Personality and vocational interests in an adult sample. *Journal of Applied Psychology*, 69, 390-400.
-

- Costa, P.T. y Widiger, T.A. (2002). Description of the NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) Facet Scales. Appendix D, pp. 463-467. En Costa P.T. y Widiger, T.A. (edit.) *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16*, 1-16.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Brambilla, F., Abbate-Daga, G., Fassino, S. y Marchesini, G. (2006). The effect of inpatient cognitive-behavioral therapy for eating disorders on temperament and character. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1335-1344.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Brambilla, F. y Marchesini, G. (2008). Personality dimensions and treatment dropouts among eating disorder patients treated with cognitive behavior therapy. *Psychiatry Research*, *158*, 381-388.
- De Fruyt, F., Van de Wiele, L., y Van Heeringen, C. (2000). Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, *29*, 441-452.
- De Fruyt, F., Aluja, A., García, L.F., Rolland, J.P. y Jung, S.C. (2006). Positive presentation management and intelligence and personality differentiation by intelligence hypothesis in job applicants. *International Journal of Selection and Assessment*, *14*, 101-112.
- De Fruyt, F., De Clercq, B.J., Van de Wiele, L. y Van Heeringen, K. (2006). The Validity of Cloninger's Psychobiological Model Versus the Five-Factor Model to Predict DSM-IV Personality Disorders in a Heterogeneous Psychiatric Sample: Domain, Facet and Residualized Facet Descriptions. *Journal of Personality*, *74*, 2, 479-510.
- Dellu, F., Piazza, P.V., Mayo, W., Le Moal, M. y Simon, H. (1996). Novelty seeking in rats— biobehavioral characteristics and possible relationship with the sensation-seeking trait in man. *Neuropsychobiology*, *34*, 136-145.
-

- 
- De Pascalis, V. y Russo, P.M. (2003). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: preliminary results of the Italian version. *Psychological Report, 92*, 965-974.
- Depue, R. (1996). A neurobiological framework for the structure of personality and emotion: implications for personality disorders. En Clarkin, J.F. y Lezenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford Press (374-390).
- De Raad, B. (1994). An expedition in search of a fifth universal factor: keys issues in the lexical approach. *European Journal of Personality, 8*, 229- 250.
- De Raad, B. (2000). The Big Five Personality Factors. The Psycholexical Approach to Personality. Seattle-Toronto-Gottingen-Bern: Hogrefe & Huber Publishers.
- de Winter, R.F.P., Wolterbeek, R., Spinhoven, P., Zitman, F.G. y Goekoop, J.G. (2007). Character and temperament in major depressive disorder and a highly anxious-retarded subtype derived from melancholia. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 426-435.
- Digman, J.M. (2002). Historical antecedents of five-factor model. Cap.2, pp. 17-22. En Costa P.T. y Widiger, T.A. (edit.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*. Washington DC: American Psychological Association.
- Dolcet, J. (2005). *Propiedades psicométricas del cuestionario revisado de Temperamento y Carácter de Cloninger*. Tesina para D.E.A. Universitat de Lleida.
- Duijsens, I.J., Spinhoven, P., Goekoop, J.G., Spermon, T. y Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (2000). The Dutch temperament and character inventory (TCI): dimensional structure, reliability and validity in a normal and psychiatric outpatient sample. *Personality and Individual Differences, 28*, 487-499.
-

- Dyce, J.A. y O'Connor, B.P. (1998). Personality disorders and the five-factor model: A test of facet-level predictions. *Journal of Personality Disorders, 12*, 31-45.
- Ebstein R.P., Novick, O., Umansky, R., Priel, B., Osher, Y., Blaine, D., Bennett, E.R., Nemanov, L., Katz, M. y Belmaker, R.H. (1996): Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of Novelty Seeking. *Nature Genetics, 12*, 78-80.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta, 25*, 102, 585-614.
- Egan, V., Deary, I. y Austin, E. (2000). The NEO-FFI: Emerging British norms and an item-level analysis suggest N, A and C are more reliable than O and A. *Personality and Individual Differences, 29*, 907-920.
- Ekelund, J., Lichtermann, D., Marjo-Ritta, J. y Peltonen, L. (1999). Association between Novelty Seeking and the Type 4 Dopamine Receptor Gene in a Large Finnish Cohort Sample. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1453-1455.
- Engström, C., Brändström, S., Sigvardsson, S., Cloninger, C.R. y Nylander, P.O. (2003). Bipolar disorder. II: personality and age of onset. *Bipolar Disorders, 5*, 340-348.
- Engström, C., Brändström, S., Sigvardsson, S., Cloninger, C.R. y Nylander, P.O. (2004a). Bipolar disorder. III: Harm avoidance a risk factor for suicide attempts. *Bipolar Disorders, 6*, 130-138.
- Engström, C., Brändström, S., Sigvardsson, S., Cloninger, C.R. y Nylander, P.O. (2004b). Bipolar disorder. I: Temperament and character. *Journal of Affective Disorders, 82*, 131-134.
-



- Epstein, S. (1983). The stability of confusion: A reply to Mischel and Peake. *Psychological Review*, 90, 179-184.
- Eysenck, H.J. (1947). *Dimensions of personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Eysenck, H.J. (1967). *The Biological Basis of Personality*. Charles C. Thomas, Publisher (versión española de 1982, *Fundamentos Biológicos de la Personalidad*, 5ª edición, Editorial Fontanella).
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. San Diego: EDITS Publishers.
- Farmer, R.F. y Goldberg, L.R. (2008a). A psychometric evaluation of the revised Temperament and Character Inventory (TCI-R) and the TCI-140. *Psychological Assessment*, 20, 281-291.
- Farmer, R.F. y Goldberg, L.R. (2008b). Brain Modules, Personality Layers, Planes of Being, Spiral Structures, and the Equally Implausible Distinction between TCI-R "Temperament" and "Character" Scales: Reply to Cloninger (2008). *Psychological Assessment*, 20, 300-304.
- Fassino, S., Amianto F., Gramaglia C., Facchini F. y Abbate-Daga, G. (2004). Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, 9, 81-90.
- Fierro, A. (1996). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Smith, L. (1999). Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje II del DSM-IV. Barcelona: Masson.
-

- 
- First, M., Bell, C., Cuthbert, B., Krystal, J., Malison, R., Oxford, D., Reiss, D., Tracie Shea, M., Widiger, T. y Wisner, K. (2004). Trastornos de personalidad y trastornos de relación. Cap. 4. pp. 123-198. En Kupfer, D., First, M. y Regier, D. *Agenda de investigación para el DSM-V*. Barcelona: Ed. Masson (original de 2002).
- Fiske, D.W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44, 329-344.
- Fontana, D. y Abouserie, R. (1993). Stress levels, gender and personality factors in teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 63, 261-270.
- Fossati, A., Cloninger, C.R., Villa, D., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, L., Giarolli, L., Battaglia, M. y Maffei, C. (2007). Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory—Revised in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 380–387.
- Frances, A. (1980): The DSM-III Personality Disorders Section: A commentary. *American Journal Psychiatry*, 137, 1050-1054.
- Frances, A., Clarkin, J., Gilmore, M., Hurt, S. y Brown, S. (1984). Reliability of criteria for borderline personality disorder: A comparison of DSM-III and the Diagnostic Interview for Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 591-596.
- Fulker, D.W., Eysenck, S.B.G. y Zuckerman, M. (1980). A genetic and environmental analysis of sensation seeking. *Journal of Research in Personality*, 14, 261-281.
- Gana, K.R. y Trouillet, R. (2003). Structure invariance of the Temperament and Character Inventory (TCI). *Personality and Individual Differences*, 35, 1483-1495.
-

- García, L.F., Aluja, A., García, O. y Cuevas, L. (2005). Is Openness to Experience an Independent Personality Dimension?. Convergent and Discriminant Validity of the Openness Domain and its NEO-PI-R Facets. *Journal of Individual Differences, 26*, 132–138.
- García, L.F., Escorial, S., García, O., Blanch, A. y Aluja, A. (2012). Structural Analysis of the Facets and Domains of the Zuckerman–Kuhlman–Aluja Personality Questionnaire (ZKA–PQ) and the NEO-PI–R. *Journal of Personality Assessment, 94*, 156–163.
- García, O., Aluja, A., García, L.F., Escorial, S. y Blanch, A. (2012). Zuckerman-Kuhlman-Aluja Personality Questionnaire (ZKA-PQ) and Cloninger's Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R): A comparative study. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*, 247-257.
- Garvey, M.J., Noyes, R. Jr., Cook, B. y Blum, N. (1996). Preliminary confirmation of the proposed link between reward-dependence traits and norepinephrine. *Psychiatric Research, 65*, 61-64.
- Giancola, P.R., Zeichner, A., Newbolt, W.H. y Stennett, R.B. (1994). Construct validity of the dimensions of Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 17, 5*, 627-636.
- Gillespie, N.G., Johnstone, S., Boyce, P., Heath, A.C. y Martin, N.G. (2001). The genetic and environmental relationship between the Interpersonal Sensitivity Measures (IPSM) and the personality dimensions of Eysenck and Cloninger. *Personality and Individual Differences, 31*, 1039–1051.
- Gillespie, N.A., Cloninger, C.R., Heath, A.C. y Martin, N.G. (2003). The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. *Personality and Individual Differences, 35, 8*, 1931-1946.
-

- 
- Goldberg, L.R. (1981). Language and individual differences: The search of universality in personality lexicons. En L.Wheeler (ed.), *Review of Personality and Social Psychology*, 2, pp. 141-165, Beverly Hills, CA, Sage.
- Goldberg, L.R. (1992). The Development of Markers for the Big-Five Factor Structure. *Psychological Assessment*, (4), 26-42. American Psychological Association, Inc.
- Goldberg, L. R. (1999). The Development of Five-Factor Domain Scales from the IPIP Item Pool. [On-line]. Disponible en URL: <http://ipip.ori.org/ipip>.
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Puntí, J. y Zuckerman, M. (2004). Psychometric Properties of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a Spanish Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 134-146.
- Gomà-i-Freixanet, M., Wismeijer, A.A.J. y Valero, S. (2005). Consensual Validity Parameters of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Evidence From Self-Reports and Spouse Reports. *Journal of Personality Assessment*, 84, 279-286.
- Gomà-i-Freixanet, M., Soler, M., Valero, S., Pascual, J.L. y Pérez, V. (2008). Discriminant validity of the ZKPQ in a sample meeting BPD diagnosis vs. normal-range controls. *Journal of Personality Disorders*, 22, 178-190.
- Goncalves, D.M. y Cloninger, C.R. (2010). Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory — Revised (TCI-R). *Journal of Affective Disorders*, 124, 126-133.
- Gosling, S., Rentfrow, P. y Swann, W. (2003). A very brief measure of the Big Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504-528.
- Gough, H.G. (1979). A creative personality scale for the Adjective Check List. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1398-1405.
-

- Gough, H.G. y Heilbrun, A.B. Jr. (1983). *The Adjective Check List Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Gray, J.A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septa-hipocampal system*. Oxford, UK: Clarendon Press.
- Gray, J.A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. (Versión española Gray, J.A. (1993). *La Psicología del miedo y el estrés*. Barcelona: Labor.
- Guilford, J.P. (1959). *Personality*. New York: McCraw-Hill.
- Gusnard, D.A. y Raichle, M.E. (2001). Searching for a baseline: Functional imaging and the resting human brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 685-694.
- Gusnard, D.A., Ollinger, J.M., Shulman, G.L., Cloninger, C.R., Price, J.L., Van Essen, D.C. y Raichle, M.E. (2003). Persistence and brain circuitry. *Proceedings of National Academy of Science of the USA*, 100 (6), 3479-3484.
- Guthrie, G.M. y Bennett, A.B. (1971). Cultural differences in implicit personality theory. *International Journal of Psychology*, 6, 305-312.
- Gutiérrez, F., Torrens, N., Boget, T., Martín-Santos, R., Sangorrín, J., Pérez, G. y Salamero, M. (2001). Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 143-147.
- Gutiérrez-Zotes, J.A., Ramos, J.A. y Saiz, J. (2001). Desarrollo de la versión española del cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ-III). *Psiquis*, 22, 239-250.
-

- 
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C.R., y Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario del Temperamento y el Carácter - Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 8-15.
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Cortés, M. J., Valero, J., Peña, J. y Labad, A. (2005). Propiedades psicométricas de la versión española abreviada del TCI-R (TCI-140) y su relación con las Escalas de la Personalidad Psicopatológica (MMPI-2 PSY-5) en pacientes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 231-237.
- Hansenne, M., Pitchot, W., Gonzalez Moreno, A., Machurot, P.-Y. y Ansseau, M. (1998). The tridimensional personality questionnaire (TPQ) and depression. *European Psychiatry*, 13, 2, 101-103.
- Hansenne, M. y Ansseau, M. (1999). Harm avoidance and serotonin. *Biological Psychology*, 51, 77-81.
- Hansenne, M., Reggers, J., Pinto, E., Kjiri, K., Ajamier, A. y Ansseau, M. (1999). Temperament and Character Inventory (TCI) and depression. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 31-36.
- Hansenne, M., Le Bon, O., Gauthier, A. y Ansseau, M. (2001). Belgian Normative data of the temperament and Character inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 1, 56-62.
- Hansenne, M., Delhez, M. y Cloninger, C.R. (2005). Psychometric Properties of the temperament and character inventory-revised (TCIR) in a belgian sample. *Journal of Personality Assessment*, 85, 40-49.
- Haynes, C.A., Miles, J.N.V. y Clements, K. (2000). A confirmatory factor analysis of two models of sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 29, 823-839
-

- 
- Heath, A.C., Cloninger, C.R. y Martin, N.G. (1994). Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, (4), 762-775.
- Hendriks, A.A.J., Hofstee, W.K.B. y De Raad, B. (1999). The Five-Factor Personality Inventory (FFPI). *Personality and Individual Differences*, 27, 307-325.
- Herbst, J.H., Zonderman, A.B., McCrae, R.R. y Costa, P.T., Jr. (2000). Do the dimensions of the Temperament and Character Inventory map a simple genetic architecture? Evidence from molecular genetics and factor analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1285-1290.
- Herrero, M., Viña, C., González, M., Ibañez, I. y Peñate, W. (2001). El Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman-III (ZKPQ-III): Versión Española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 269-287.
- Hoekstra, H.A., Ormel, J. y De Fruyt, F. (1996). *NEO persoonlijkheidsvragenlijsten NEO-PI-R en NEO-FFI*. Handleiding. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Hogan, R. (1986). *The Hogan Personality Inventory manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Hofstee, W.K.B., Kiers, H.A., De Raad, B. y Goldberg, L.R. (1997). A comparison of Big-Five structures of personality traits in Dutch, English, and German. *European Journal of Personality*, 11 (1), 15-31.
- Hřebícková, M., Urbánek T., Cermák, H., Szarota, P., Fickova, E., y Orlická, L. (2002). The NEO Five Factor Inventory in a Czech, Polish and Slovak context. En R. R. McCrae y J. Allik (Eds.). *The five factor model of personality across cultures*. (pp. 53-78). Dordrech, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
-

- Huang, J., He, W., Chen, W., Yu, W., Chen, W., Shen, M. y Wang, W. (2011). The Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire predicts functioning styles of personality disorder: A trial in healthy subjects and personality-disorder patients. *Psychiatry Research*, 186, 320-325.
- Ibáñez, M.I, Moya, J., Villa, H., Mezquita, L., Ruipérez, M.A. y Ortet, G. (2010). Basic personality dimensions and alcohol consumption in young adults. *Personality and Individual Differences*, 48, 171-176
- Jackson, D.N. (1984). *Personality Research Form manual Port Huron*. MI: Research Psychologists Press.
- Jackson, D.N., Paunomen, S.V., Fraboni, M. y Goffin, R.D. (1996). A Five- Factor versus six-factor model of personality structure. *Personality and Individual Differences*, 20 (1), 33-45.
- Jang, K.L., Livesley, W.J. y Vernon, P.A. (1996). Heritability of the Big Five personality dimensions and their facets: A twin study. *Journal of Personality*, 64, 575-591.
- John, O.P., Donahue, E.M. y Kentle, R.L. (1991). *The Big Five Inventory: Versions 4a and 5a*. Technical report, University of California, Institute of Personality and Social Research, Berkeley.
- John, O.P. y Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. Cap.4, pp. 102-138. En Pervin, L.A. y John, O.P. (edits.). *Handbook of Personality: Theory and Research (Second Edition)*. New York / London: The Guilford Press.
- John, O.P., Naumann, L.P. y Soto, C.J. (2008). Paradigm Shift to the Integrative Big Five Trait Taxonomy. Cap. 4, 114-158. En John, O.P., Robins, L.A. y Pervin, L.A. (edits.). *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York NY: Guilford Press.
-



- 
- Joyce, P.R., Mulder, R.T. y Cloninger C.R. (1994). Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression. *Journal of Affective Disorders, 30*, 35-46.
- Judge, T.A., Higgins, C.A., Thoresen, C.J. y Barrick, M.R. (1999). The Big Five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personnel Psychology, 52*, 621-652.
- Kallasmaa, T., Allik, J., Realo A. y McCrae, R.R. (2000). The Estonian Version of the NEO-PI-R: An Examination of Universal and Culture-Specific Aspects of the Five-Factor Model. *European Journal of Personality, 14*, 265-278.
- Kass, F., Skodal, A.E., Charles, E., Spitzer, R.L. y Williams, J.B.W. (1985). Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 142*, 627-630.
- Kendall, R. (1982). The choice of diagnostic criteria for biological research. *Archives of General Psychiatry, 39*, 1334-1339.
- Kiesler, D.J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review, 90*, 185-214.
- Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary Interpersonal Theory and Research: Personality, Psychopathology, and Psychotherapy*. New York: Wiley.
- Kijima, N., Tanaka, E., Suzuki, N., Higuchi, H. y Kitamura, T. (2000). Reliability and validity of the Japanese version of the Temperament and Character Inventory. *Psychological Reports, 86*, 1050-1058.
- Kim, M.S., Cho, S.S., Kang, K.W., Hwang, J.L. y Kwon, J.S. (2002). Electrophysiological correlates of personality dimensions measured by Temperament and Character Inventory. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 56*, 631-635.
-

- 
- Koenigsberg, H.W., Kernberg, O.F. y Schomer, J. (1983). Diagnosing borderline conditions in an outpatient setting. *Archives of General Psychiatry*, 40, 49-53.
- Kohnstamm, G.A., Halverson, C.F. Jr., Mervielde, I. y Havill, V.L. (1998) (Eds.). *Parental Descriptions of Child Personality: Developmental Antecedents of the Big Five?*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Koopmans, J.R., Boomsma, D.I., Heath, A.C. y van Doornen, L.J.P. (1995). A Multivariate Genetic Analysis of Sensation Seeking. *Behavior Genetics*, 25, 349-356.
- Kožený, J., Kubička, L. y Procházková, Z. (1989). Psychometric properties of the Czech version of Cloninger's three dimensional personality questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 10, 12, 1253-1259.
- Krebs, H., Weyers, P. y Janke, W. (1998). Validation of the German version of Cloninger's TPQ: Replication and correlations with stress coping, mood measures and drug use. *Personality and Individual Differences*, 24, 6, 805-814.
- 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, 9, 1879-1890.
- Kruesi, M.J.P., Rapaport, J.L., Hamburger, S., Hibbs, E., Potter, W.Z., Lename, M. y Brown, G.L. (1990). Cerebrospinal fluid monoamine metabolites, aggression, and impulsivity in behavior disorders of children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 47, 419-426.
- Larsen, R.J. y Buss, D.M. (2005). Introducción a la psicología de la personalidad. En: R.J. Larsen y D.M. Buss (Eds.). *Psicología de la personalidad: Dominios del conocimiento sobre la naturaleza humana*. (pp. 2-23). 2da. ed. México: McGraw Hill Interamericana.
-

- 
- Le Bon, O., Staner, L., Tecco, J., Pull, C. y Pelc, I. (1998). Tridimensional personality questionnaire (TPQ): validation of a French-speaking control population. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique et Therapeutique*, 24, (1), 40-45.
- Lépine, J. P., Péliissolo, A., Téodorescu, R. y Téhérani, M. (1994). Psychometric properties of the French version of the Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ). *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique et Therapeutique*, 20, (6), 747-753.
- Livesley, W.J., Jang, K.L., y Vernon, P.A. (1998). The phenotypic and genetic architecture of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941-948.
- Livesley, W.J. y Jang, K.L. (2000). Toward and empirically classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14, 137-151.
- Livesley, W.J. y Jackson, D.N. (2002). *Manual for the dimensional assessment of personality pathology*. Port Huron, Michigan: Sigma Press.
- Loftus, S.T., Garno, J.L., Jaeger, J. y Malhotra, A.K. (2008). Temperament and character dimensions in bipolar I disorder: A comparison to healthy controls. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 1131-1136.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F.W., Ferguson, B., Jacobsberg, L.B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. y Regier, D.A. (1994). The International Personality Disorder Examination, IPDE. The WHO/ADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Lorr, M. (1986). *Interpersonal Style Inventory (ISI) manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
-

- Luby, J.L., Svrakic, D.M., McCallum, K., Przybeck, T.R. y Cloninger, C.R. (1999). The Junior Temperament and Character Inventory: Preliminary validation of a child self-report measure. *Psychological Reports, 84*, 1127-1138.
- Lynam, D.R. y Widiger, T.A. (2001). Using the Five-Factor Model to Represent the DSM-IV Personality Disorders: An Expert Consensus Approach. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 3, 401-412.
- Mallik, M.L., Johannsen, B.E. y Beutler, L.E. (2008). Personality Disorders and the DSM: A Critical Review. Cap 29. pp. 599-619. En Boyle, G.J., Matthews, G. y Saklofske; D.H.: *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment. Vol 1*. London: SAGE Publications.
- 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*, 139-157.
- Marshall, M.B., De Fruyt, F., Rolland, J.P. y Bagby, R.M. (2005). Social desirable responding and the factorial stability of the NEO-PI-R. *Psychological Assessment, 17*, 379-384.
- Maser, J.D., Kaelber, C. y Weise, R.E. (1991). International use and attitudes toward DSM-III and DSM-III-R: Growing consensus in psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 271-279.
- Mateos, M. y de la Gangara J.J. (2001). Temperamento, Carácter, Personalidad: Guía práctica de corrección y evaluación del TCI. Madrid: SCM.
- Mateos Agut, M., Ruíz Molina, J.M. y de la Gandara, J. (2001). Temperamento, carácter, impulsividad: una aproximación al modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger. *Interpsiquis, (2)*. *Psiquiatría.com*. Disponible en [http://www.psiquiatria.com/articulos/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/impulsos\\_trastorno\\_control/2636/](http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/impulsos_trastorno_control/2636/)
-

- 
- Matthews, G., Saklofske, D.H., Costa Jr., P.T., Deary, I.J. y Zeidner, M. (1998). Dimensional Models of Personality: A Framework for Systematic Clinical Assessment. *European Journal of Psychological Assessment, 14*, 36–49.
- McCrae, R.R. (1987). Creativity, divergent thinking, and openness to experience. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 1258-1265.
- McCrae, R.R. y Allik, J. (2002) (Eds.). *The Five-Factor Model of Personality across Cultures*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T. (1985). Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences, 6*, 587-597.
- McCrae, R.R., Yik, M. S., Trapnell, P. D., Bond, M. H. y Paulhus, D. L. (1998). Interpreting personality profiles across cultures: Bilingual, acculturation, and peer rating studies of Chinese undergraduates. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1041-1055.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T. Jr. (2003). *Personality in Adulthood: a Five-Factor theory Perspective* (2<sup>nd</sup> ed). New York: Guildford.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T. Jr. (2008). Empirical and Theoretical Status of the Five-Factor Model of Personality Traits. Cap. 13, pp. 273-294. En Boyle G.J., Gerald, M. y Saklofske, D. H. *Handbook of personality measurement and assessment. Vol 1*. London: SAGE Publications.
- McCrae, R.R. y John, O.P. (1992). An Introduction to the Five Factor Model and his applications. *Journal of Personality, 60*(2), 162-215.
- McCrae, R.R., Martin, T.A. y Costa, P. T. Jr. (2005). Age trends and age norms for the NEO Personality Inventory–3 in adolescents and adults. *Assessment, 12* (4): 363-373.
-

- Mervielde, I., De Clerq, B., De Fruyt, F. y Van Leeuwen, K. (2005). Temperament, personality and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 19*, 171-201.
- Miller, T. (1991). The psychotherapeutic utility of the five-factor model of personality: A clinician's experience. *Journal of Personality Assessment, 57*, 415-433.
- Millon, T. y Davis, R.D. (1998). Teorías de la personalidad: Históricas, modernas y contemporáneas. Cap 2. pp. 37-84. En *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Martínez-Roca (original de 1985).
- Mischel, W. (1968). Personality assessment. N.Y.: Wiley. [Versión en español de 1973. Personalidad y evaluación. México: Trillas].
- Mischel, W. y Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review, 102*, 246-268.
- Moreno, M.J. y Medina, A. (2006). Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad. *Psiquiatria.com, 10*, 1.
- Morey, L.C., Waugh, M.H. y Blashfield, R.K. (1985). MMPI scales for DSM-III personality disorders: Their derivation and correlates. *Journal of Personality Assessment, 49*, 245-251.
- Mörtberg, E., Bejerot, S. y Aberg Wistedt, A. (2007). Temperament and character dimensions in patients with social phobia: patterns of change following treatments?. *Psychiatry Research, 152*, 81-90.
- Murphy, D.L. Aulack, C.S., Garrick, N.A., y Sunderland, T. (1987). Monoamine oxidase inhibitors as antidepressants: Implications for the mechanism of action of antidepressants and the psychology of the affective disorders and some related disorders. En H. Y. Meltzer (Ed), *Psychopharmacology: the third generation of progress* (pp. 545-552). New York: Raven Press.
-

- Nelson, E.C., y Cloninger C.R. (1995). The tridimensional personality questionnaire as a predictor of response to nefazodone treatment of depression. *Journal of Affective Disorders, 35*, 51-57.
- Nelson, E. C., Cloninger, C. R., Przybeck, R., y Csernansky, J. G. (1996). Platelet Serotonergic Markers and Tridimensional Personality Questionnaire Measures in a Clinical Sample. *Biological Psychiatry, 40*, 271-278.
- Nery, F.G., Hatch, J.P., Glahn, D.C., Nicoletti, M.A., Serap Monkul, E., Najt, P., Fonseca, M., Bowden, C.L., Cloninger, C.R. y Soares, J.C. (2007). Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with comorbid alcoholism or anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research, 42*, 569-577.
- Nordin, C. y Nylander, P.O. (2007). Temperament and character in pathological gambling. *Journal of Gambling Studies, 23*, 113-120.
- Norman, W.T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66*, 574-583.
- Norman, W.T. (1967). *2.800 personality trait descriptors: Normative operating characteristics for a university population*. Ann Arbor: Department of Psychology, University of Michigan.
- Norman, W.T. y Goldberg, L.R. (1966). Raters, ratees, and randomness in personality structure. *Journal of Personality and Social Psychology, 4*, 681-691.
- O'Connor, B.P. (2002). The search for dimensional structure differences between normality and abnormality: a statistical review of published data on personality and psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 962-982.
-

- Oldham, J.M. y Skodol, A.E. (2000). Charting the future of Axis II. *Journal of Personality Disorders, 14*, 17-29.
- Oldham, J. M., Skodol, A.E. y Bender, D.S. (2007): *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Elsevier Doyma. Barcelona: Masson.
- Olmedo, M. y Sánchez-Elvira, A. (2003). Desarrollo Histórico del Estudio de las Diferencias Individuales I: Etapa Precientífica y Establecimiento de la Psicología Diferencial como Disciplina Científica. Tema 1. pp. 3-51. En Sánchez-Elvira, A. *Introducción al Estudio de las Diferencias Individuales*. Madrid: Ed. Sanz y Torres.
- OMS (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Ed. Meditor.
- Ono, Y., Manki, H., Yoshimura, K., Muramatsu, T., Mizushima, H., Higuchi, S., Yagi, G., Kanba, S. y Asai, M. (1997). Association between dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism and novelty seeking in Japanese subjects. *American Journal of Medical Genetics, 74*, 501-503.
- Orlebeke, J.F., Kok, A. y Zeillemaker, C.W. (1989). Desinhibition and the processing of auditory stimulus intensity: An ERP study. *Personality and Individual Differences, 10*, 445-451.
- Ostendorf, F. y Angleitner, A. (1994). The five factor taxonomy: Robust dimensions of Personality description. *Psychological Belgica, 34*, 175-194.
- Ostendorf, F. (2002). *Generalizability relationships between personality disorders and the Big Five Factors of personality*. Contribución al Symposium Personality and Personality Disordered organizado por T. A. Widiger en la 11th European Conference on Personality, July 21–25. Jena, Germany.
- O'Sullivan, D., Zuckerman, M. y Kraft, M. (1996). The personalities of prostitutes. *Personality and Individual Differences, 21*, 445-448.
-



- 
- O'Sullivan, D., Zuckerman, M. y Kraft, M. (1998). Personality characteristics of male and female participants in team sports. *Personality and Individual Differences, 25*, 119-128.
- Otter, C., Huber, J. y Bonner, A. (1995). Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire: Reliability in an english sample. *Personality and Individual Differences, 18*, 4, 471-480.
- Parker, J., Bagby, R.M. y Summerfeldt, L.J. (1993). Confirmatory factor analysis of the Revised NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences, 15*, 463-466.
- Parker, J.D.A., Bagby, R.M. y Joffe R.T. (1996). Validation of the biosocial model of personality: Confirmatory factor analysis of the tridimensional personality questionnaire. *Psychological Assessment, 8*, 139-144.
- Parker, G., Cheah, Y.C. y Parker, K. (2003). Properties of the temperament and character inventory in a Chinese sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 367-373.
- Peabody, D. y Goldberg, L.R. (1987). *Variance and invariance in personality structures, determinants of factors derived from trait adjectives*. Oregon Peresarch Institute: Eugene.
- Pedrero, E.J. (2008). TCI-R-67: versión abreviada del TCI-R de Cloninger. Proceso de creación y administración a una muestra de adictos a sustancias en tratamiento. *Trastornos Adictivos, 11*, 12-23.
- Peirson, A.R., Heuchert, J.W., Thomala, L., Berk, M., Plein, H. y Cloninger, C.R. (1999). Relationship between serotonin and the Temperament and Character Inventory. *Psychiatric Research, 89*, 1, 29-37.
- Pélissolo, A., Veysseyre, O. y Lépine, J.P. (1997). Validation of a computerized version of the temperament and character inventory (TCI) in psychiatric inpatients. *Psychiatry Research, 72*, 195-199.
-

- Pelissolo, A. y Corruble, E. (2002). Personality factors in depressive disorders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger. *Encephale, 28*, 363-373.
- Pelissolo, A., Mallet, L., Baleyte, J.M., Michel, G., Cloninger, C.R., Allilaire, J.F. y Jouvent, R. (2005). The temperament and character inventory revised (TCI-R): psychometric characteristics of the french version. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112*, 126-133.
- Pelissolo, A., Ecochard, P. y Falissard, B. (2008). Psychometric characteristics of Cloninger's criteria for personality disorder in a population of French prisoners. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 17*, 30-34.
- Pérez, A. (2004). Epidemiología. Cap. 8. En M. Roca (Coord.), *Trastornos de la personalidad*. (pp. 187-202). Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Pérez, J. y Torrubia, R. (1986) Fiabilidad y validez de la versión española de la escala de búsqueda de sensaciones (forma V). *Revista Latinoamericana de Psicología, 18*, 7-22.
- Pervin, L.A. (1984). *Handbook of Personality. Theory and Research*. New York/London: The Guilford Press. Chapter 3, 66-100: The "Big Five" Factor Taxonomy: Dimensions of Personality in the Natural Language and in Questionnaires. (Edición española de 1999).
- Piedmont, R. L. (1993). A Longitudinal Analysis of Burnout in the Health Care Setting: The Role of Personal Dispositions. *Journal of Personality Assessment, 61*, 457-473.
- Pincus, A.L. (2011): Some comments on nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM-5 proposal for personality and personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 2*, 41-53.
-

- Pinillos, J.L. (1975). *Principios de Psicología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Rammstedt, B. y John, O. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality, 41*, 203-212.
- Reynolds, S.K. y Clark. L.A. (2001). Predicting Dimensions of Personality Disorder from Domains and Facets of the Five-Factor Model. *Journal of Personality, 69*, 2, 199-222.
- Richter, J., Brändström, S. y Przybeck T. (1999). Assessing personality: The Temperament and Character Inventory in a cross-cultural comparison between Germany, Sweden, and the U.S.A. *Psychological Reports, 84*, 1315-1330.
- Richter, J., Brändström, S., Emami, H. y Ghazinour, M. (2007). An Iranian (Farsi) version of the Temperament and Character Inventory: a cross-cultural comparison. *Psychological Reports, 100*, 1218-1228.
- Roberts, B.W. y DelVecchio, W.F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 126*, 3-25.
- Roca, M. y Bernardo, M. (1998). Epidemiología. En M. Bernardo y M. Roca (Coords.). *Trastornos de la personalidad: Evaluación y Tratamiento. Perspectiva psicobiológica* (pp. 1-17). Barcelona: Masson.
- Rolland, J. P., Parker, W. D., y Stumpf, H. (1998). A psychometric examination of the French translations of the NEO PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment, 71*, 269-291.
- Romero, E., Luengo, M.A., Gómez-Fraguela, J.A. y Sobral, J. (2002). La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: el Modelo de los Cinco Factores y los Cinco Alternativos. *Psicothema, 1*, 134-143.
-

- Rorer, L. y Widiger, T. (1983). Personality structure and assessment. *Annual Review of Psychology, 34*, 431-463.
- Samuel, D.B. y Widiger, T.A. (2006). Clinicians' judgments of clinical utility: A comparison of the *DSM-IV* and five-factor models. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 2, 298-308.
- Samuel, D.B. y Widiger, T.A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and *DSM-IV-TR* personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychological Review, 28*, 1326-1342.
- San Narciso, G.I., Gutiérrez, E., Saiz, P.A., González, M.P., Bascarán, M.T. y Bobes, J. (2000). Evaluación de Trastornos de la personalidad mediante el International Personality Disorders Examination (IPDE). *Adicciones: revista de sociodrogalcohol, 12*, 43-56.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*, 3, 185-203.
- Sanz, J., Silva, F. y Avia, M. (1999). La evaluación de la personalidad desde el modelo de los "Cinco Grandes": El Inventario de Cinco-Factores NEO (NEO-FFI) de Costa y McCrae. En F. Silva (Ed.), *Avances en Evaluación Psicológica* (pp. 171-234). Valencia: Promolibro.
- Sanz, J. y García-Vera, M.P. (2009). Nuevos Baremos para la Adaptación Española del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R): Fiabilidad y Datos Normativos en Voluntarios de la Población General. *Clínica y Salud, 20*, 2, 131-144.
- Sato, T., Narita, T., Hirano, S., Kusunoki, K., Goto, M., Sakado, K. y Uehara, T. (2001). Factor validity of the temperament and character inventory in patients with major depression. *Comprehensive Psychiatry, 42*, 337-41.
-

- 
- Saulsman, L.M. y Page, A.C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychological Review, 23*, 1055-1085.
- Schmitt, D.P., Allik, J., McCrae, R.R., Benet-Martínez, V. et al. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*, 173-212.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Baldini, C., Rollnik, J. y Tress, W. (2001). Psychometric properties of the German version of the NEO-FFI in psychosomatic outpatients. *Personality and Individual Differences, 31*, 713-722.
- Serés, G., Ed. (2005): Juan Huarte de San Juan. *Examen de ingenios para las ciencias*. Madrid: Cátedra (original de 1575).
- Serretti, A., Calati, R., Giegling, I., Hartmann, A.M., Möller, H.J., Colombo, C. y Rujescu, D. (2007). 5-HT2A SNPs and the Temperament and Character Inventory. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 31*, 1275-1281.
- Seva, A. (2003). Evolución del concepto trastorno de personalidad y su influencia sobre el actual estado epidemiológico. Cap. 2. En V. Rubio y A. Pérez. *Trastornos de la personalidad*. (pp. 45-66). Madrid: Elsevier.
- Shedler, J. y Westen, D. (2004). Refining DSM-IV personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1350-1365.
- Sher, K.J., Wood, M.D., Crews, T.M. y Vandiver, P.A. (1995). The Tridimensional Personality Questionnaire—reliability and validity studies and derivation of a short-form. *Psychological Assessment, 7*, (2), 195–208.
-

- Shiomi, K., Kuhlman, D., Zuckerman, M., Joireman, J., Sato, M. y Yata, S. (1996). Examining the validity and reliability of a Japanese version of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). *Hyogo University of Teacher Education Journal*, 2, 1-13.
- Sigvardsson, S., Bohman, M. y Cloninger, C.R. (1987). Structure and stability of childhood personality: prediction of later social adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, (6), 929-946.
- Silva, F., Avia, M.D., Sanz, J., Martínez-Arias, R.M., Graña, J.L. y Sánchez-Bernardos, M.L. (1994). The Five Factor Model: I. Contributions to the structure of the NEO-PI. *Personality and Individual Differences*, 17, 741-753.
- Singer, J.A. (2005). *Personality and Psychotherapy: Treating the Whole Person*. New York: Guilford.
- Skodol, A.E. y Bender, D.S. (2009). The Future of Personality Disorders in DSM-V?. *American Journal Psychiatry*, 166, 4, 388-391.
- Soubrie, P. (1986). Reconciling the role of central serotonin neurons in human and animal behavior. *Behavioral Brain Sciences*, 9, 319-364.
- Spielberger, C.D. (1979). *Preliminary manual for the State-Trait Personality Inventory (STPI)*. Tampa: University of South Florida Human Resources Institute.
- Spitzer, R., Endicott, J. y Gibbon, M. (1979). Crossing the Border into Borderline Personality and Borderline Schizophrenia: The Development of Criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36, 17-24.
- Stallings, M.C., Hewitt, J.K., Cloninger, C.R., Heath, A.C. y Eaves, L.J. (1996). Genetic and Environmental Structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: Three or Four Temperament Dimensions?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, (1), 127-140.
-

- 
- Stewart, M.E., Ebmeier, K.P. y Deary, I.J. (2004). The structure of Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire in a British sample. *Personality and Individual Differences*, 36, 1403-1418.
- Stratta, P., Daneluzzo, E., Proposperini, P., Kalyvoka, A. y Rossi, A. (2000). Validazione Psicometrica del Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) in tre differenti popolazioni cliniche: disturbo depressivo, bipolare e schizofrenico. *Giornale di Psicopatologia / Italian Journal of Psychopathology*, 6, (4).  
Obtenido en: [http://www.gipsicopatol.it/issues/2000/vol6\\_4/rossi2.htm](http://www.gipsicopatol.it/issues/2000/vol6_4/rossi2.htm).
- Sung, S.M., Kim, J.H., Yang, E., Abrams, K.Y. y Lyoo, I.K. (2002). Reliability and validity of the Korean version of the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 235-243.
- Suzuki, E., Kitao, Y., Ono, Y., Iijima, Y. y Inada, T. (2003). Cytochrome P450 2D6 polymorphism and character traits. *Psychiatric genetics*, 13, 111-113.
- Svrakic, D.M., Przybeck, T.R. y Cloninger, C.R. (1991). Further contribution to the conceptual validity of the unified biosocial model of personality: US and Yugoslav data. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 195-209.
- Svrakic, D.M., Whitehead, C., Przybeck, T. y Cloninger, C.R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 991-999.
- Svrakic, D.M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. y Cloninger, C.R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 189-195.
- Takeuchi, M., Yoshino, A., Kato, M., Ono, Y. y Kitamura, T. (1993). Reliability and validity of the Japanese version of the Tridimensional Personality Questionnaire among university students. *Comprehensive Psychiatry*, 34, (4), 273-279.
-

- 
- TEA Ediciones (1999), traducción y adaptación de Costa, P.T. i McCrae, R.R. (1991). *NEO PI-R MANUAL. NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado. NEO-FFI, Inventario NEO reducido de Cinco Factores*. Madrid: TEA Ediciones.
- Terracciano, A., Costa, P.T. Jr. y McCrae, R.R. (2006). Personality plasticity after age 30. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 999-1009.
- Thornquist, M.H. y Zuckerman, M. (1995). Psychopathy, passive-avoidance learning and basic dimensions of personality. *Personality and Individual Differences*, 14, 525-534.
- Torgersen, S. (2007). Epidemiología. Cap 8. pp. 131-143. En J.M. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender. *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Elsevier Doyma - Masson.
- Tous, J.M. (1995). Els models de la personalitat i les seves implicacions. En A. Andrés Pueyo (coor.): *Psicologia de la Personalitat*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya (pp. 65-83).
- Trapnell, P.D. y Wiggins, J.S. (1990). Extension of the Interpersonal Adjective Scales to Include the Big Five Dimensions of Personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 4, 781-790.
- Trull, T.J. y Durrett, C.A. (2005). Categorical and Dimensional Models of Personality Disorders. *Annual Review Clinical Psychology*, 1, 335-380.
- Tupes, E. R. y Christal, R. (1961). Recurrent personality factors based on trait ratings (USAFD Tech. Rep. 67-97). Lackland, TX: Lakland Air Force Base.
- van Campen, E., van Den Eede, F., Moorkens, G., Schotte, C., Schacht, R., Sabbe, B.G.C., Cosyns, P. y Claes, S.J. (2009). Use of the Temperament and Character Inventory (TCI) for Assessment of Personality in Chronic Fatigue Syndrome. *Psychosomatics*, 50, 147-154.
-



- 
- van Heeringen, C., Audenaert, K., Van Laere, K., Dumont, F., Slegers G., Mertens, J. y Dierckx, R.A. (2003). Prefrontal 5-HT<sub>2a</sub> receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. *Journal of Affective Disorders, 74*, 149-158.
- Vassend, O. y Skrandal, A. (1995). Factor Analitic Studies of the NEO Personality Inventory and the five-factor model: The problem of high structural complexity and conceptual indeterminacy. *Personal and Individual Differences, 19*, 135-147.
- Vassend, O. y Skrandal, A. (1997). Validation of the NEO Personality Inventory and the five-factor model. Can findings from exploratory and confirmatory factor analysis be reconciled?. *European Journal of Personality, 11*, 147-166.
- Vedeniapin, A.B., Anokhin, A.P., Sirevaag, E., Rohrbaugh, J.W. y Cloninger, C.R. (2001). Visual P300 and the self-directedness scale of the Temperament and Character Inventory. *Psychiatric Research, 101*, 2, 145-146.
- 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*, 309-319.
- Virkkunen, M., Rawlings, R., Tokola, R., Poland, R.E., Guidotti, A., Nemeroff, C., Bissette, G., Kalogeras, K., Karonen, S.L., y Linnoila, M. (1994). CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. *Archives of General Psychiatry, 51*, 20-27.
- Waller, N.G., Lilienfeld, S.O., Tellegen, A. y Lykken, D.T. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: Structural validity and comparison with the Multidimensional Personality Questionnaire. *Multivariate Behavioral Research, 26*, 1-23.
-

- Wakefield, J. (2008). The perils of dimensionalization: Challenge in distinguishing negative traits from personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 379–393.
- Wang, W., Du, W., Wang, Y., Livesley, W.J. y Jang, K.L. (2004). The relationship between the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire and traits delineating personality pathology. *Personality and Individual Differences*, 36, 155–162.
- Wechsler, D. (1955). Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale. New York: The Psychological Corporation.
- Western, D. y Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 14, 109-126.
- Weyers, P., Krebs, H. y Janke, W. (1995). Reliability and construct validity of the German version of Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 19, 6, 853-861.
- Widiger, T.A. y Kelso, K. (1983). Psychodiagnosis of Axis II. *Clinical Psychology Review*, 3, 491-510.
- Widiger, T.A. y Frances, A. (1985). The DSM-III personality disorders: perspectives from psychology. *Archives of General Psychiatry*, 42, 615-623.
- Widiger, T.A., Trull, T.J., Clarkin, J.F., Sanderson, C., y Costa, P.T. (1994). A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. En Costa, P.T., Jr. y Widiger, T.A. (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 41–56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T.A. y Trull, T.J. (1997). Assessment of the five-factor model of personality. *Journal of Personality Assessment*, 68, 2, 228-250.
-

- 
- Widiger, T.A. y Costa, P.T. (2002). Five factor model personality disorder research. Cap. 5, pp. 59-87. En Costa P.T. y Widiger, T. A. (edit.) *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*. Washington DC: American Psychological Association.
- Widiger, T.A., Costa, P.T. y McCrae, R.R. (2002). A proposal for Axis II: Diagnosing personality disorders using the five-factor model. Cap.25, pp. 431-456. En Costa P.T. y Widiger, T. A. (edit.) *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*. Washington DC: American Psychological Association.
- Widiger, T.A., Trull, T.J., Clarkin, J.F., Sanderson, C.J. y Costa, P.T., Jr. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. En Costa Jr., P.T. y Widiger T.A. (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 89–99). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Widiger, T.A. y Samuel, D.B. (2005). Diagnostic Categories or Dimensions? A Question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 494-504.
- Widiger, T.A. y Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorders: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*, 110-130.
- Widiger, T.A. y Mullins-Sweatt, S.N. (2007). Modelos categoriales y dimensionales de los trastornos de la personalidad. En Oldham, J.M., Skodol, A.E. y Bender, D.S., *Tratado de los Trastornos de la Personalidad* (pp. 37–55). Barcelona: Elsevier – Masson.
- Widiger, T.A. y Trull, T.J. (2007). Plate Tectonics in the Classification of Personality Disorders: Shifting to a Dimensional Model. *American Psychologist, 62*, 2, 71-83.
-

- Widiger, T.A. y Presnall, J.R. (2013). Clinical Application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality, 81*, 6, 515-527.
- Wiggins, J.S. (1979). A psychological taxonomy of trait-descriptive terms, the interpersonal domain. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 395-412.
- Wiggins, J.S., Trapnell, P. y Phillips, N. (1988). Psychometric and geometric characteristics of the Revised Interpersonal Adjective Scales (IAS-R). *Multivariate Behavioral Research, 23*, 119-134.
- Wiggins, J.S. y Pincus, A.L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment, 1*, 305-316.
- Wiggins, J.S. y Pincus, A.L. (1992). Personality: Structure and assessment. *Annual Review of Psychology, 43*, 473-504.
- Wiggins, J.S. (2003). *Paradigms of Personality Assessment*. New York: Guilford.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations*. Oxford, England. Blackwell Scientific Publications (citado por Widiger, T. y Frances, A., 1985).
- Wright, A.G.C., Thomas, K.M., Hopwood, C.J., Markon, K.E., Pincus, A.L. y Krueger, R.F. (2012, March 26). The Hierarchical Structure of DSM-5 Pathological Personality Traits. *Journal of Abnormal Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0027669.
- Wu, Y.X., Wang, W., Du, W.Y., Li, J., Jiang, X.F. y Wang, Y.H. (2000). Development of a Chinese version of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Reliabilities and gender/age effects. *Social Behavior and Personality, 28*, 241-250.
-

- Yamagata, S., Suzuki, A., Ando, J., Ono, Y., Kijima, N., Yosimura, K., Ostendorf, F., Angleitner, A., Riemann, R., Spinath, F.M., Livesley, W.J., y Jang, K.L. (2006). Is the genetic structure of human personality universal? A cross-cultural twin study from North America, Europe, and Asia. *Journal of Personality and Social Psychology, 90*, 987-988.
- Yang, K., y Bond, M.H. (1990). Exploring Implicit Personality Theories With Indigenous or Imported Constructs The Chinese Case. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 1087-1095.
- Young, J. y Klosko, J. (2007). Cap. 18. Terapia de esquemas. En Oldham, J. M., Skodol, A. E. & Bender, D. S.: *Tratado de los trastornos de la personalidad*. (pp. 289-307). Elsevier Doyma. Barcelona: Masson.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P. y Śliwińska, M. (1998). *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costa i McCrae*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. y Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1911-1918.
- Zuckerman, M., Kolin, E.A., Price, L. y Zoob, I. (1964). Development of a sensation seeking scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 28*, 477-482.
- Zuckerman, M., Levine, S. y Biase, D.V. (1964). Stress Response in Total and Partial Perceptual Isolation. *Psychosomatic Medicine, 26*, 250-260.
- Zuckerman, M. y Haber, M.M. (1965) Need for stimulation as a source of stress response to perceptual isolation. *Journal of Abnormal Psychology, 70*, 371-377.
-

- Zuckerman, M., Eysenck, S. y Eysenck, H.J. (1978). Sensation seeking in England and American: cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 139-149.
- Zuckerman, M. (1984). Sensation Seeking: A comparative approach to a human trait. *Behavioral and Brain Sciences, 7*, 413-471.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D.M. y Camac, C. (1988). What Lies Beyond E and N? Factor Analysis of Scales Believed to Measure Basic Dimensions of Personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 96-107.
- Zuckerman, M. (1989). Personality in the third dimension: a psychobiological approach. *Personality and individual differences, 10*, 391-418.
- Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of Personality*. New York: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., Thornquist, M. y Kiers, H. (1991). Five (o Three) robust questionnaire scale factors of personality without culture. *Personality and Individual Differences, 12*, 929-941.
- Zuckerman, M. (1992). What is a basic factor and which factors are basic? Turtles all the way down. *Personality and Individual Differences, 13*, 675-681.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., Teta, P., Joireman, J. y Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models of personality: The big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 757-768.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M. y Cloninger, C.R. (1996). Relationships between Cloninger's, Zuckerman's, and Eysenck's dimensions of personality. *Personality and Individual Differences, 21*, 283-285.
-

Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Zuckerman, M. y Kuhlman, D.M. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68, 999-1029.

Zuckerman, M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factorial model. En De Raad, B. y Perugini, M. (Eds.), *Big Five Assessment*. (pp. 377-396). Hogrefe & Huber Publishers.

Zuckerman, M. (2005). *Psychobiology of personality*. Cambridge: Cambridge University Press.

---





## **5. Anexos.**

---



5.1. Anexo 1. Protocolo de investigación y claves de corrección.

5.1.1. Protocolo de investigación.

**INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:  
"PREDICCIÓN DE LOS TRASTORNOS CATEGORIALES DE LA  
PERSONALIDAD DEL EJE II DEL DSM-IV-TR A PARTIR DE  
DIFERENTES MODELOS DIMENSIONALES: ZUCKERMAN, CLONINGER  
Y COSTA Y McCRAE"**

El objetivo de este estudio es profundizar en la relación entre la personalidad normal y anormal e intentar predecir los trastornos de la personalidad a partir de las dimensiones básicas con el fin de prevenir las manifestaciones del comportamiento derivadas de los trastornos de la personalidad.

Con esta carta solicitamos su colaboración en este estudio, lo cual implica realizar una entrevista con usted para determinar las características de la personalidad y confirmar el diagnóstico.

También deberá rellenar los cuestionarios autoaplicados de personalidad en la forma lápiz y papel, esto nos permitirá conocer mediante pruebas validadas internacionalmente la estructura básica de su personalidad.

En todo momento se preservará su intimidad y se mantendrán en secreto todos sus datos. Éstos, serán utilizados exclusivamente en la investigación científica para un mejor conocimiento del trastorno que usted padece pensando en un mejor abordaje futuro.

Los cuestionarios serán custodiados por el archivo del Centre de Salut Mental del Hospital de Santa María de Lleida y únicamente datos codificados (números para análisis estadísticos) serán estudiados en la Universitat de Lleida.

Sí usted lo desea, podemos comentarle sus resultados y darlos a conocer a sus terapeutas de referencia.

Cuando lo desee, puede dejar libremente el estudio sin que ello suponga una discriminación en su tratamiento.

**Le agradecemos mucho su colaboración.**

**Quedamos a su disposición para cualquier información adicional.**

---

**CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE  
INVESTIGACIÓN: "PREDICCIÓN DE LOS TRASTORNOS  
DE LA PERSONALIDAD DEL EJE II DEL DSM-IV-TR A PARTIR DE  
DIFERENTES MODELOS DIMENSIONALES: COSTA Y McCRAE,  
ZUCKERMAN Y CLONINGER"**

D./Dña.....,  
con DNI: .....

Declaro que he sido informado amplia y satisfactoriamente de forma oral, he leído el documento, he entendido y estoy conforme con las explicaciones del procedimiento y con la forma como han sido expuestas. Asimismo, declaro que acepto participar voluntariamente en el proyecto **"Predicción de los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV-TR a partir de diferentes modelos dimensionales: Zuckerman, Cloninger y Costa y McCrae"**.

También estoy informado de la posibilidad de retirar el consentimiento

Y para que así conste, sabedor y conforme, firmo el presente original,

Firmado: .....

En ....., .....de.....de .....

---

## PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**CASO N°:** \_\_\_\_\_ **N° Hª HOSPITAL:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** 1. Hombre 2. Mujer

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** 1.- Soltero/a 2.-Casado/da 3.- Separado/da 4.- Viudo/a

**ACTUAL VIVE:** 1.- Solo/a 2.- Pareja 3.-Cónyuge sin hijos 4.- Cónyuge e hijos 5.- Hijos  
6.- Padres 7.- Asistida

### PROFESIÓN:

1. Gran empresa / Profesional / ejecutivo alto
2. Empresa media / Profesional medio
3. Pequeños comerciantes / Trabajadores cualificados
4. Oficinista / vendedor
5. Obreros manuales especializados
6. Obreros manuales semi-especializados
7. Obreros no cualificados

### SITUACIÓN LABORAL:

1. Activo Jornada Completa
2. Activo Jornada Parcial
3. Minusvalía
4. Paro con subsidio
5. Paro sin subsidio
6. Jubilación (pensionista)
7. Incapacidad temporal
8. Incapacidad Permanente

### ESTUDIOS:

1. Licenciado universitario
2. Escuela universitaria
3. Algún curso universitario
4. BUP / FP / COU
5. Con algún curso de FP/BUP
6. EGB
7. Con algún curso de EGB

**P R O T O C O L O  
D E  
I N V E S T I G A C I Ó N**

El presente estudio pretende averiguar la relación entre la personalidad y los problemas de conducta.

Los tests SCID-II, ZKPQ-50, NEO-PI-R, TCI-R, que se aplican miden variables de la personalidad y estados psicopatológicos.

Algunas preguntas de los tests pueden parecerse o estar repetidas ya que en alguna ocasión miden cuestiones similares.

No hay respuestas buenas o malas.

Anote la respuesta que mejor corresponda con sus acuerdos y desacuerdos. Intente describirse a sí mismo de la forma más precisa posible.

Intente trabajar deprisa y no se entretenga demasiado en la respuesta. La primera impresión acostumbra a ser la buena. No deje respuestas en blanco.

Responda a todas las afirmaciones marcando de forma legible el dígito que corresponde a su nivel de acuerdo. Si se equivoca tache el dígito erróneo y escriba al lado el correcto.

Los datos son anónimos y serán tratados de forma confidencial y únicamente para fines de investigación.

**Muchas gracias por su colaboración.**

**MOTIVO DE CONSULTA / INGRESO (MOTI):** (uno):

- |  |  |
|--|--|
| 1. T. inicio infancia o adolescencia   | 9. T. facticios                          |
| 2. Delirium, demencia, amnesia y otros | 10. T. disociativos                      |
| 3. T. mentales enfermedad médica       | 11. T. Sexuales y de la identidad sexual |
| 4. T. relacionados con sustancias      | 12. T. de la conducta alimentaria        |
| 5. Esquizofrenia y otros psicóticos    | 13. T. del sueño                         |
| 6. T. del estado de ánimo              | 14. T del control de los impulsos        |
| 7. T. de ansiedad                      | 15. T. adaptativos                       |
| 8. T. somatomorfos                     | 15. T. de la personalidad                |

**ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES (PFAM):** 1. No 2. Madre 3. Padre 4. Hermanos**ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN LA FAMILIA (SUIF):** 1. Sí 2. No**ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (PPER):** \_\_\_\_\_  
(mismo código que MOTI )**TOXICOS (TOXI):** 1. No 2. Tabaco 3. Alcohol 4. Cafeína 5. Cannabis  
6. Estimulantes 7. Opiáceos 8. Otros**ANTECEDENTES PERSONALES DE INTENTO DE AUTOLISIS (AUTO):** 1. Sí 2. No**DIAGNÓSTICOS DE ALTA:**

Diagnóstico eje I (DIAG1):

Diagnóstico eje IV (DIAG4):

Diagnóstico eje II (DIAG2):

Diagnóstico eje V (DIAG5):

Diagnóstico eje III (DIAG3):

**IPDE:** En el siguiente test, responda rodeando con un circulo la letra **V** si considera que la propuesta de la frase es para usted VERDADERA, es decir le describe bien o es cierta en su caso; y, rodee con un circulo la **F** si considera que la propuesta es para usted FALSA, es decir no le describe bien o en su caso sería lo contrario.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida.....                             | V | F |
| 2. Confío en la gente que conozco.....  | V | F |
| 3. No soy minucioso/a con los detalles pequeños.....                              | V | F |
| 4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser.....                           | V | F |
| 5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo.....                                  | V | F |
| 6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí.....                    | V | F |
| 7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco.....              | V | F |
| 8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas.....                        | V | F |
| 9. Mucha gente que conozco me envidia.....  | V | F |
| 10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles..... | V | F |
| 11. Nunca me han detenido.....  | V | F |
| 12. La gente cree que soy frío/a y distante.....                                  | V | F |
| 13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas.....                   | V | F |
| 14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo.....                        | V | F |
| 15. La gente tiene una gran opinión sobre mí.....                                 | V | F |
| 16. Me siento molesto/a o fuera de lugar en situaciones sociales.....             | V | F |
| 17. Me siento fácilmente influido/a por lo que me rodea.....                      | V | F |
| 18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien.....           | V | F |
| 19. Me resulta muy difícil tirar las cosas.....                                   | V | F |
| 20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo.....    | V | F |

21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás.....	V	F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero.....	V	F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente.....	V	F
24. A menudo la gente se ríe de mí, a mis espaldas.....	V	F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito.....	V	F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando.....	V	F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo/a.....	V	F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente.....	V	F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos.....	V	F
30. Soy más supersticioso/a que la mayoría de la gente.....	V	F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales.....	V	F
32. La gente cree que soy demasiado estricto/a con las reglas y normas.....	V	F
33. Generalmente me siento incómodo/a o desvalido/a si estoy solo/a.....	V	F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro/a de que les gusto.....	V	F
35. No me gusta ser el centro de atención.....	V	F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel.....	V	F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo/a.....	V	F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí.....	V	F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente.....	V	F
40. A menudo me siento vacío/a por dentro.....	V	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más.....	V	F
42. Me da miedo que me dejen solo/a y tenga que cuidar de mí mismo/a.....	V	F
43. Tengo ataques de ira o enfado.....	V	F
44. Tengo fama de que me gusta flirtear ("ligar").....	V	F
45. Me siento muy unido/a a gente que acabo de conocer.....	V	F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo/a.....	V	F
47. Pierdo los estribos si me meto en peleas.....	V	F
48. La gente piensa que soy tacaño/a con mi dinero.....	V	F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana.....	V	F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables.....	V	F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida.....	V	F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente.....	V	F
53. Soy muy emocional y caprichoso/a.....	V	F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas.....	V	F
55. Sueño con ser famoso/a.....	V	F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias.....	V	F
57. Todo el mundo necesita una o dos amistades para ser feliz.....	V	F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas.....	V	F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera.....	V	F
60. Cuando estoy estresado/a las cosas que me rodean no me parecen reales.....	V	F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido.....	V	F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente.....	V	F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto/a tratando de hacerlas.....	V	F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo.....	V	F
65. Prefiero asociarme con gente de talento.....	V	F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o reputación.....	V	F
67. No suelo mostrar emoción.....	V	F
68. Hago cosas para que la gente me admire.....	V	F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos.....	V	F
70. La gente piensa que soy extraño/a o excéntrico/a.....	V	F
71. Me siento cómodo/a en situaciones sociales.....	V	F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años.....	V	F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo.....	V	F
74. Me resulta difícil no meterme en líos.....	V	F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje.....	V	F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho.....	V	F
77. Tengo amistades íntimas.....	V	F

**ZKPQ-50-CC:** A continuación le presentamos una serie de frases pensadas para describir características de uno mismo. Léelas y decida si es adecuada o no en su caso. Si está de acuerdo con el contenido de la frase responde VERDADERO (V) y si no está de acuerdo (es decir, en su caso es lo contrario, o no le define bien la frase) responda FALSO (F), marcando con una cruz la letra correspondiente.

- 1.- V F No me gusta perder el tiempo sentándome simplemente y relajándome.
- 2.- V F Cuando me irrito digo tacos.
- 3.- V F Es natural para mí soltar palabrotas cuando estoy enfadado.
- 4.- V F No me importa salir solo/a, de hecho normalmente lo prefiero a salir con un grupo amplio.
- 5.- V F Llevo una vida más ocupada que la mayoría de la gente.
- 6.- V F A menudo hago cosas de forma impulsiva.
- 7.- V F Casi nunca siento ganas de abofetear a alguien.
- 8.- V F Paso tanto tiempo como puedo con mis amigos.
- 9.- V F Mi cuerpo se siente a menudo rígido sin razón aparente.
- 10.- V F Frecuentemente me siento desconcertado.
- 11.- V F Si alguien me ofende, intento simplemente no pensar en ello.
- 12.- V F Me gusta estar haciendo cosas en todo momento.
- 13.- V F Me gustaría emprender un viaje no programado, sin rutas fijas ni horarios.
- 14.- V F Tiendo a ser hipersensible y me siento fácilmente herido por los comentarios y acciones de los demás (aunque éstos sean sin mala intención).
- 15.- V F No necesito tener un montón de conocidos.
- 16.- V F Puedo disfrutar simplemente recostándome y permaneciendo sin hacer nada.
- 17.- V F Disfruto introduciéndome en situaciones nuevas, en las que no se puede predecir qué cosas van a ocurrir.
- 18.- V F Me siento asustado con facilidad.
- 19.- V F Si alguien me molesta, no dudo en decírselo.
- 20.- V F Generalmente me siento incómodo en grandes fiestas.
- 21.- V F No siento la necesidad de estar haciendo cosas todo el tiempo.
- 22.- V F Algunas veces me siento lleno de pánico.
- 23.- V F En las fiestas disfruto interactuando con muchas personas, sean conocidas o no.
- 24.- V F Algunas veces me gusta hacer cosas que dan un poco de miedo.
- 25.- V F En mis días libres prefiero practicar deportes que simplemente descansar sin hacer nada.
- 26.- V F Lo intentaré todo al menos una vez.
- 27.- V F A menudo me siento inseguro de mí mismo.
- 28.- V F No me importaría estar socialmente aislado en algún lugar durante algún periodo de tiempo.
- 29.- V F Me gusta agotarme en trabajo o ejercicios duros.
- 30.- V F Me gustaría llevar una vida activa en la que pudiese viajar un montón y en la que hubiese mucho cambio o excitación.
- 31.- V F A menudo me preocupo de cosas que la otra gente considera que no son importantes.
- 32.- V F Cuando otra gente no está de acuerdo conmigo, no puedo evitar entrar en una discusión con ellos.
- 33.- V F Generalmente me gusta estar solo, de forma que pueda hacer las cosas que quiero sin distracciones sociales.
- 34.- V F Algunas veces hago cosas alocadas simplemente por bromear.
- 35.- V F Tengo un temperamento muy fuerte.
- 36.- V F Me gusta estar activo desde el momento en que me levanto por la mañana.
- 37.- V F No puedo evitar ser un poco rudo con la gente que no me gusta.
- 38.- V F Soy una persona muy sociable.
- 39.- V F Prefiero los amigos que son imprevisibles.
- 40.- V F Me apetece llorar y a menudo sin motivo.
- 41.- V F Me gusta mantenerme ocupado/a todo el tiempo.
- 42.- V F A menudo me siento tan ilusionado/a con cosas nuevas y excitantes que no pienso en las posibles complicaciones.
- 43.- V F No dejo que me irriten las cosas triviales.
- 44.- V F Tengo siempre paciencia con los otros, aunque sean irritantes.
- 45.- V F Normalmente prefiero hacer las cosas solo.
- 46.- V F A menudo me siento incómodo e inquieto sin que exista una razón real.
- 47.- V F Probablemente paso más tiempo charlando con mis amigos del que debería.
- 48.- V F Cuando hago cosas las hago con un montón de energía.
- 49.- V F Me gustan las fiestas divertidas y desinhibidas.
- 50.- V F Cuando la gente me grita, respondo gritando.



**TCI-R.** En este cuestionario encontrará una serie de frases que la gente utiliza normalmente para describir sus actitudes, opiniones, intereses u otros sentimientos personales. Intente describir cómo actúa y se siente "habitualmente", y no tan sólo cómo se siente o actúa en este momento. Ponga un número de 1 a 5 en el espacio entre el número y la frase según las siguientes referencias:

**1= Falso. 2= Probablemente falso. 3= Ni falso ni cierto.  
4= Probablemente cierto. 5= Cierto.**

- 
- 1.-  A menudo hago cosas nuevas simplemente por diversión o emoción, aunque la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo.
  - 2.-  Suelo confiar en que todo irá bien, incluso en situaciones que preocupan a la mayoría de la gente
  - 3.-  Siento con frecuencia que soy una víctima de las circunstancias.
  - 4.-  Suelo aceptar a los demás tal y como son, aunque sean muy diferentes a mí.
  - 5.-  Me gustan más los retos que los trabajos fáciles.
  - 6.-  Con frecuencia pienso que mi vida tiene poco sentido o propósito.
  - 7.-  Me gusta ayudar a encontrar soluciones a los problemas para que todo el mundo salga beneficiado.
  - 8.-  Generalmente, soy muy impaciente a la hora de empezar cualquier trabajo que tenga que hacer.
  - 9.-  A menudo me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, aun cuando otros piensen que no hay motivos para preocuparse.
  - 10.-  Con frecuencia, hago cosas en función de cómo me siento en ese momento, sin pensar en cómo se han hecho en el pasado.
  - 11.-  Suelo hacer las cosas a mi manera sin ceder a los deseos de los demás.
  - 12.-  A menudo siento una poderosa sensación de unión con todas las cosas que me rodean.
  - 13.-  Haría cualquier cosa, dentro de la legalidad, para llegar a ser rico y famoso, aunque con ello perdiese la confianza de algunos buenos amigos.
  - 14.-  Soy más reservado y me controlo más que la mayoría de la gente.
  - 15.-  Me gusta hablar abiertamente de mis experiencias y sentimientos, con mis amigos, en vez de guardármelos para mí.
  - 16.-  Tengo menos energía y me canso antes que la mayoría de la gente.
  - 17.-  Casi nunca me siento libre para elegir lo que quiero hacer.
  - 18.-  Me parece que no comprendo muy bien a la mayoría de la gente.
  - 19.-  Con frecuencia evito conocer a extraños, porque no me siento seguro con gente que desconozco.
  - 20.-  Me gusta agradar a la gente todo lo que puedo.
  - 21.-  A menudo, deseo ser más inteligente que el resto de la gente.
  - 22.-  Ningún trabajo es lo suficientemente duro como para impedir que de lo mejor de mí.
  - 23.-  A menudo espero que otro me solucione mis problemas.
  - 24.-  Con frecuencia, me gasto el dinero hasta quedarme sin nada, o me endeudo por pedir demasiados créditos.
  - 25.-  Con frecuencia, cuando estoy relajado, tengo inesperados destellos de intuición o comprensión de las cosas.
  - 26.-  No me preocupa mucho si yo, o mi manera de hacer las cosas, le gusta a la gente.
  - 27.-  Suelo intentar conseguir lo que quiero para mí, ya que, de cualquier forma, es imposible satisfacer a todos.
  - 28.-  No tengo paciencia con la gente que no acepta mis puntos de vista.
  - 29.-  Algunas veces, me siento tan en contacto con la naturaleza que todo parece formar parte de un único ser vivo.
  - 30.-  Cuando tengo que conocer a gente nueva, soy más tímido que la mayoría de las personas.
  - 31.-  Soy más sentimental que la mayoría de la gente.
  - 32.-  Pienso que la mayoría de las cosas llamadas milagros son mera casualidad.
  - 33.-  Cuando alguien, de alguna forma, me hace daño suelo intentar vengarme.
  - 34.-  Mis acciones están determinadas, mayoritariamente, por influencias que están fuera de mi control.
  - 35.-  Cada día intento dar un paso más hacia mis metas.
  - 36.-  Por favor, haz un círculo en el número cuatro, este es un ítem de validez.
  - 37.-  Soy una persona muy ambiciosa.
  - 38.-  Suelo estar tranquilo y seguro en situaciones que la mayoría de la gente encontraría físicamente peligrosas.
  - 39.-  Pienso que no es inteligente ayudar a la gente débil, que no puede ayudarse a sí misma.
  - 40.-  No me siento tranquilo si trato a otra gente de forma injusta, aunque ellos hayan sido injustos conmigo.
  - 41.-  Por lo general la gente me dice cómo se siente.
  - 42.-  Algunas veces, he sentido que formo parte de algo que no tiene límites ni fronteras en el espacio o tiempo.
  - 43.-  Algunas veces, siento una especie de contacto espiritual con otra gente que no puedo explicar con palabras.
  - 44.-  Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin reglas estrictas ni normas.
  - 45.-  Cuando fracaso en algo, todavía me esfuerzo más en hacerlo mejor.
  - 46.-  Generalmente, me preocupo, más que la mayoría de la gente, de que algo pueda ir mal en un futuro.
  - 47.-  Suelo pensar en todos los detalles antes de tomar una decisión.
  - 48.-  Tengo varios malos hábitos que me gustaría poder dejar.
  - 49.-  Los demás me controlan demasiado.
  - 50.-  Me gusta ser útil a los demás.
  - 51.-  Por lo general, consigo que la gente me crea, incluso cuando sé que estoy exagerando o diciendo cosas que no son ciertas.
  - 52.-  Algunas veces, he sentido que mi vida era dirigida por una fuerza espiritual superior a cualquier ser vivo.
  - 53.-  Tengo reputación de ser una persona muy práctica, que no se deja llevar por las emociones.
  - 54.-  Me conmueven profundamente las peticiones de caridad (por ej. cuando alguien me pide ayuda para los niños minusválidos).
-

**1= Falso. 2= Probablemente falso. 3= Ni falso ni cierto. 4= Probablemente cierto. 5= Cierto.**

- 55.-  Suelo poner tanto empeño en las cosas, que continuo trabajando incluso después de que otras personas se han dado por vencidas.
- 56.-  He tenido momentos de gran felicidad, en los cuales, repentinamente, he tenido una clara y profunda sensación de unidad con todo lo que existe.
- 57.-  Sé lo que quiero hacer en mi vida.
- 58.-  A menudo, no me enfrento a los problemas porque no sé lo que hay que hacer.
- 59.-  Prefiero gastar dinero que ahorrarlo.
- 60.-  A menudo, me han llamado "adicto al trabajo" debido a mi entusiasmo por trabajar mucho.
- 61.-  Cuando me avergüenzan o me humillan, me recupero rápidamente.
- 62.-  Me gusta luchar por conseguir más y mejores cosas cada vez.
- 63.-  Por lo general, necesito muy buenas razones para cambiar mi manera habitual de hacer las cosas.
- 64.-  Suelo estar relajado y despreocupado, incluso en situaciones en que casi todo el mundo tiene miedo.
- 65.-  Las películas y las canciones tristes me parecen bastante aburridas.
- 66.-  A menudo, las circunstancias me obligan a hacer cosas en contra de mi voluntad.
- 67.-  Generalmente, disfruto siendo mezquino con gente que lo ha sido conmigo.
- 68.-  A menudo, me fascina tanto lo que estoy haciendo, que pierdo la noción de todo, como si me desconectara del tiempo y lugar.
- 69.-  Pienso que no tengo un propósito claro en mi vida.
- 70.-  A menudo, me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, aun cuando otros piensen que no existe peligro.
- 71.-  Suelo guiarme por mi intuición, corazonadas o instintos, sin considerar bien todos los detalles.
- 72.-  Me gusta destacar en todo aquello que hago.
- 73.-  A menudo, siento una fuerte conexión espiritual o emocional con la gente que me rodea.
- 74.-  Generalmente, intento ponerme en el lugar de los otros para poder comprenderles realmente.
- 75.-  Principios como la honestidad y la justicia tienen poca importancia en algunos aspectos de mi vida.
- 76.-  Soy más trabajador que la mayoría de la gente.
- 77.-  Por lo general, insisto en que las cosas se hagan de una forma ordenada y meticulosa, aun cuando los demás piensen que no es importante.
- 78.-  Me siento seguro y confiado en la mayoría de las situaciones sociales.
- 79.-  A mis amigos, les resulta difícil conocer mis sentimientos porque raramente les comento lo que pienso.
- 80.-  Sé comunicar con facilidad mis sentimientos a los demás.
- 81.-  Tengo más energía y me canso menos que la mayoría de la gente.
- 82.-  Con frecuencia, interrumpo lo que estoy haciendo porque me preocupo sin motivo, aunque mis amigos me digan que todo saldrá Bien.
- 83.-  A menudo deseo ser más poderoso que los demás.
- 84.-  A los miembros de un equipo raramente les toca lo que les corresponde.
- 85.-  No cambio mi manera de actuar por complacer a los demás.
- 86.-  No soy nada tímido con personas desconocidas.
- 87.-  Paso la mayor parte de mi tiempo haciendo cosas que parecen ser necesarias, pero que no tienen realmente importancia para mí.
- 88.-  No creo que, en las decisiones de negocios, deban influir principios religiosos o éticos sobre lo que está bien o mal hecho.
- 89.-  A menudo, intento dejar a un lado mis propios valores y opiniones, para que pueda entender mejor las experiencias de los demás.
- 90.-  Muchos de mis hábitos, me hacen difícil lograr metas que merezcan la pena.
- 91.-  He hecho verdaderos sacrificios personales para hacer de este mundo un mejor lugar donde vivir, tales como tratar de prevenir la guerra, pobreza e injusticia.
- 92.-  Tardo tiempo en abrirme a los demás.
- 93.-  Siento placer viendo a mis enemigos sufrir.
- 94.-  Me gusta empezar los trabajos enseguida, independientemente de que sean muy duros.
- 95.-  A menudo, la gente piensa que estoy en la luna porque soy poco consciente de lo que ocurre a mí alrededor.
- 96.-  En general, me gusta ser frío y estar distanciado de los demás
- 97.-  Llora con más facilidad que la mayoría de la gente cuando veo una película triste.
- 98.-  Me recupero con más rapidez que la mayoría de la gente de enfermedades leves y/o situaciones de estrés.
- 99.-  Con frecuencia, pienso que soy parte de una fuerza espiritual de la que depende toda la vida.
- 100.-  Antes de ser capaz de manejar con confianza situaciones tentadoras o difíciles de llevar, necesito practicar más para desarrollar hábitos adecuados.
- 101.-  Por favor, redondea el número uno, es un ítem de validez.
- 102.-  Me gusta tomar decisiones rápidas, de forma que pueda ponerme cuanto antes a hacer lo que tenga que hacer.
- 103.-  Normalmente, me siento confiado haciendo cosas que los demás considerarían peligrosas (como conducir un coche a mucha velocidad por una carretera mojada o helada).
- 104.-  Me gusta explorar nuevas maneras de hacer las cosas.
- 105.-  Disfruto más ahorrando, que gastándome el dinero en ocio o diversión.
- 106.-  He tenido experiencias personales en las que me sentí como si estuviera en contacto con un poder divino y espiritual.
- 107.-  Tengo tantos defectos que no me gusto mucho.

**1= Falso. 2= Probablemente falso. 3= Ni falso ni cierto. 4= Probablemente cierto. 5= Cierto.**

- 108.- \_\_\_ La mayoría de la gente parece tener más recursos de los que yo tengo.  
 109.- \_\_\_ Cuando creo que no me van a pillar, suelo desobedecer reglas y leyes.  
 110.- \_\_\_ Incluso con amigos, prefiero no abrirme mucho.  
 111.- \_\_\_ Cuanto más duro sea un trabajo más me gusta.  
 112.- \_\_\_ A menudo, al mirar cosas cotidianas, me sucede algo maravilloso, tengo la sensación de que las estoy viendo por primera vez.  
 113.- \_\_\_ Me suelo sentir tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo y poco conocido.  
 114.- \_\_\_ Estoy impaciente por empezar cualquier tarea que me asignen.  
 115.- \_\_\_ Tengo poca fuerza de voluntad para resistir tentaciones fuertes, aunque sepa que voy a sufrir las consecuencias.  
 116.- \_\_\_ Si me siento preocupado, suelo encontrarme mejor con amigos que estando solo.  
 117.- \_\_\_ Suelo llevar a cabo más cosas de las que la gente espera de mí.  
 118.- \_\_\_ Experiencias religiosas me han ayudado a entender el verdadero propósito de mi vida.  
 119.- \_\_\_ Generalmente, me esfuerzo más que el resto de la gente, porque quiero hacer las cosas lo mejor que puedo.  
 120.- \_\_\_ Por favor, redondea el número cinco, es un ítem de validez.  
 121.- \_\_\_ Me suelo sentir con más energía y confianza que la mayoría de la gente, incluso después de situaciones de estrés y/o enfermedades leves.  
 122.- \_\_\_ Cuando nada nuevo sucede, suelo empezar a buscar algo que me resulte excitante o novedoso.  
 123.- \_\_\_ Me gusta pensar las cosas durante mucho tiempo, antes de tomar una decisión.  
 124.- \_\_\_ La gente que se relaciona conmigo, tiene que aprender a hacer las cosas a mi manera.  
 125.- \_\_\_ Suelo establecer contactos afectuosos con la mayoría de la gente.  
 126.- \_\_\_ Con frecuencia, soy descrito como excesivamente ambicioso.  
 127.- \_\_\_ Prefiero leer un libro que hablar acerca de mis sentimientos con otra persona.  
 128.- \_\_\_ Me gusta vengarme de la gente que me ha hecho daño.  
 129.- \_\_\_ Si algo no sale como tengo previsto, tengo más tendencia a abandonarlo que a seguir intentándolo durante mucho tiempo.  
 130.- \_\_\_ Es fácil, para otras personas, acercarse a mí emocionalmente.  
 131.- \_\_\_ Probablemente, me encontraría relajado y a gusto quedando con gente desconocida, aun cuando se me hubiera dicho que son poco amistosos.  
 132.- \_\_\_ Por favor, redondea el número dos, es un ítem de validez  
 133.- \_\_\_ En general, no me gusta la gente que tiene ideas distintas a las mías.  
 134.- \_\_\_ Con frecuencia, me cuesta iniciar cualquier proyecto.  
 135.- \_\_\_ Por lo general, soy hábil deformando o exagerando la realidad a la hora de contar una historia divertida o gastar una broma a alguien.  
 136.- \_\_\_ Me es muy difícil adaptarme a cambios, en mi forma habitual de hacer las cosas, porque me pongo nervioso, me canso o me preocupo.  
 137.- \_\_\_ Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente.  
 138.- \_\_\_ Con frecuencia, la gente piensa que soy demasiado independiente porque no hago lo que ellos quieren.  
 139.- \_\_\_ Se me da mejor ahorrar que a la mayoría de la gente.  
 140.- \_\_\_ A menudo, dejo una actividad si requiere más tiempo del que yo pensaba.  
 141.- \_\_\_ El que algo esté bien o mal, es tan sólo una cuestión de opiniones.  
 142.- \_\_\_ A menudo, aprendo mucho de otra gente.  
 143.- \_\_\_ Creo que la vida depende de un orden, o poder espiritual, que no puede ser explicado del todo.  
 144.- \_\_\_ A no ser que sea muy cuidadoso, a menudo las cosas me suelen ir mal.  
 145.- \_\_\_ Soy más lento, que la mayoría de la gente, en entusiasmarme por ideas y actividades nuevas.  
 146.- \_\_\_ Probablemente, podría conseguir más cosas de las que logro, pero no veo la necesidad de exigirme más allá de lo estrictamente necesario  
 147.- \_\_\_ Suelo permanecer alejado de situaciones sociales en las que tengo que conocer a gente nueva, incluso si se me asegura que serán amistosos.  
 148.- \_\_\_ A menudo, me siento tan en conexión con la gente que tengo a mi alrededor, que es como si no hubiera separación entre nosotros.  
 149.- \_\_\_ En la mayoría de las situaciones, mi forma natural de responder se basa en las buenas costumbres que he desarrollado.  
 150.- \_\_\_ Con frecuencia, tengo que dejar lo que estoy haciendo porque comienza a preocuparme que algo salga mal.  
 151.- \_\_\_ Con frecuencia, me dicen que soy distraído porque me meto tanto en lo que estoy haciendo que pierdo la noción de todo.  
 152.- \_\_\_ Generalmente, tengo en cuenta los sentimientos de otras personas tanto como los míos.  
 153.- \_\_\_ Con frecuencia, soy descrito como muy poco ambicioso.  
 154.- \_\_\_ La mayor parte del tiempo, prefiero hacer cosas algo arriesgadas (como conducir en una zona montañosa con curvas escarpadas), que estar quieto o inactivo durante horas.  
 155.- \_\_\_ Alguna gente, piensa que soy demasiado tacaño o mirado con el dinero.  
 156.- \_\_\_ Prefiero las viejas formas de hacer las cosas, "ensayadas y correctas", que intentar formas "nuevas y mejores".  
 157.- \_\_\_ Con frecuencia, hago cosas para ayudar a evitar la extinción de animales y plantas.  
 158.- \_\_\_ A menudo, me esfuerzo hasta el agotamiento y/o intento hacer más de lo que realmente puedo.  
 159.- \_\_\_ Cuando me pillan haciendo algo mal, no soy muy bueno para salir del atolladero.  
 160.- \_\_\_ La práctica continuada de las cosas, me ha permitido adquirir buenos hábitos, que son más fuertes que la mayoría de los impulsos que me aparecen temporalmente.  
 161.- \_\_\_ Pienso que tendré suerte en el futuro.  
 162.- \_\_\_ Me abro fácilmente con las demás personas, aun cuando no las conozca demasiado.

**1= Falso. 2= Probablemente falso. 3= Ni falso ni cierto. 4= Probablemente cierto. 5= Cierto.**

- 163.- \_\_\_ Cuando fracaso en conseguir alguna cosa al principio, el poder conseguirla se convierte en mi reto personal.  
 164.- \_\_\_ No es necesario ser deshonesto para tener éxito en los negocios.  
 165.- \_\_\_ En las conversaciones, suelo ser mejor escuchando que hablando.  
 166.- \_\_\_ No sería feliz en un trabajo donde no pudiese comunicarme con otras personas.  
 167.- \_\_\_ Mis actitudes, están determinadas mayoritariamente por influencias que están fuera de mi control.  
 168.- \_\_\_ A menudo, desearía ser el más fuerte.  
 169.- \_\_\_ Suelo necesitar siestas o periodos de descanso extra, porque me canso con facilidad.  
 170.- \_\_\_ Me cuesta mucho mentir, aunque lo tenga que hacer para no herir los sentimientos de otros.  
 171.- \_\_\_ Siempre pienso que las cosas saldrán bien, sea cual sea el problema a superar.  
 172.- \_\_\_ Me cuesta disfrutar gastándome el dinero en mí mismo, aunque tenga mucho ahorrado.  
 173.- \_\_\_ A menudo, hago mi mejor trabajo bajo circunstancias difíciles.  
 174.- \_\_\_ Me gusta guardarme los problemas para mí.  
 175.- \_\_\_ Tengo una imaginación muy viva y desarrollada.  
 176.- \_\_\_ Me gusta más estar en casa que viajar o explorar nuevos lugares.  
 177.- \_\_\_ Las relaciones de amistad intensas, con las demás personas, son muy importantes para mí.  
 178.- \_\_\_ A menudo, tengo el deseo de seguir siendo siempre joven.  
 179.- \_\_\_ Me gusta leer antes todo lo que tengo que firmar.  
 180.- \_\_\_ Pienso que me sentiría confiado y relajado con desconocidos, aunque me dijeran que están enfadados conmigo.  
 181.- \_\_\_ Siento que es más importante ser afectivo y comprensivo con la gente que ser práctico e inflexible.  
 182.- \_\_\_ Con frecuencia, desearía tener poderes especiales como Superman.  
 183.- \_\_\_ Me gusta compartir con los demás lo que he aprendido.  
 184.- \_\_\_ Suelo considerar las situaciones difíciles como desafíos u oportunidades.  
 185.- \_\_\_ La mayoría de la gente que conozco sólo piensa en ellos mismos, sin importarles quien salga perjudicado.  
 186.- \_\_\_ Para recuperarme de enfermedades leves o situaciones de estrés, necesito mucho apoyo, descanso y tranquilidad.  
 187.- \_\_\_ Sé que existen principios en la vida que nadie puede violar, sin sufrir consecuencias a largo plazo.  
 188.- \_\_\_ No quiero ser más rico que los demás.  
 189.- \_\_\_ Cuando empiezo un trabajo, me gusta ir lentamente, aunque sea fácil de hacer.  
 190.- \_\_\_ Arriesgaría mi vida para hacer del mundo un lugar mejor.  
 191.- \_\_\_ Cuando la gente pasa mi trabajo por alto, me obstino aun más en lograr el éxito.  
 192.- \_\_\_ Con frecuencia, desearía detener el paso del tiempo  
 193.- \_\_\_ Odio tomar decisiones solamente basadas en mi primera impresión  
 194.- \_\_\_ Prefiero estar sola/o, que tener que cargar con los problemas de otras personas.  
 195.- \_\_\_ No quiero ser más admirado que el resto de la gente.  
 196.- \_\_\_ Necesito mucha ayuda de los demás para que me enseñen a tener buenas costumbres.  
 197.- \_\_\_ Me gusta hacer los trabajos rápidamente y después ofrecerme para hacer más.  
 198.- \_\_\_ Me cuesta tolerar gente que sea diferente a mí.  
 199.- \_\_\_ Cuando alguien me hace daño, prefiero ser amable que intentar vengarme.  
 200.- \_\_\_ Realmente, me gusta estar ocupada/o.  
 201.- \_\_\_ Intento cooperar lo máximo posible con los demás.  
 202.- \_\_\_ Gracias a mi ambición y a mi trabajar duro, suelo tener éxito,  
 203.- \_\_\_ Por lo general, es fácil que me caiga bien la gente que tiene valores distintos a los míos.  
 204.- \_\_\_ Las buenas costumbres se han convertido en parte de mí, y me salen de forma natural y espontánea casi todo el tiempo.  
 205.- \_\_\_ Odio cambiar mi manera de hacer las cosas, aunque me digan que hay formas nuevas y mejores de hacerlas.  
 206.- \_\_\_ Pienso que no es sabio creer en cosas que no pueden ser explicadas científicamente.  
 207.- \_\_\_ Estoy dispuesto a sacrificarme mucho para tener éxito.  
 208.- \_\_\_ Me gusta imaginarme a mis enemigos sufriendo.  
 209.- \_\_\_ Por favor, redondea el número tres, es un ítem de validez  
 210.- \_\_\_ Me gusta prestar atención a los detalles, en todo aquello que hago.  
 211.- \_\_\_ Por lo general, me siento libre para elegir lo que quiero hacer.  
 212.- \_\_\_ A menudo, me involucro tanto en lo que estoy haciendo, que llego a olvidar dónde estoy durante un instante.  
 213.- \_\_\_ Me gusta que los demás sepan que me preocupo por ellos.  
 214.- \_\_\_ La mayor parte del tiempo, preferiría hacer algo arriesgado (como lanzarme en paracaídas o ala delta), antes que tener que quedarme quieto e inactivo durante unas horas.  
 215.- \_\_\_ Debido a que suelo gastar de forma impulsiva mucho dinero, me cuesta ahorrar, incluso, para cosas especiales como unas vacaciones.  
 216.- \_\_\_ A menudo, cedo a los deseos de mis amigos  
 217.- \_\_\_ Nunca me preocupo de las cosas terribles que puedan ocurrir en un futuro.  
 218.- \_\_\_ A la gente, le resulta fácil acudir a mí en busca de ayuda, simpatía y comprensión.  
 219.- \_\_\_ La mayoría de las veces, perdono con rapidez a quien me ha hecho daño.  
 220.- \_\_\_ Pienso que mi forma espontánea de actuar es consistente con mis metas y mis principios a largo plazo.  
 221.- \_\_\_ Al hacer cosas, prefiero esperar a que sea otro quien tome el mando.  
 222.- \_\_\_ Me divierte comprarme cosas.  
 223.- \_\_\_ He tenido experiencias que me han aclarado tanto mi papel en la vida, que me han hecho sentir muy feliz y emocionada/o.

- 224.-  Suelo respetar las opiniones de las/los demás.  
 225.-  Mi conducta, se encuentra fuertemente guiada por determinadas metas que he establecido en mi vida  
 226.-  Suele ser tonto favorecer el éxito de otra gente.  
 227.-  A menudo, desearía poder vivir siempre.  
 228.-  Cuando alguien me señala mis fallos, suelo trabajar más duro para corregirlos  
 229.-  No dejaría de hacer lo que estoy haciendo, sólo por haber tenido varios fracasos seguidos.  
 230.-  Generalmente, tengo buena suerte en todo lo que intento.  
 231.-  Desearía ser más guapa/o que las/os demás.  
 232.-  Probablemente, las experiencias místicas son sólo deseos.  
 233.-  Los derechos individuales son más importantes que las necesidades de cualquier grupo.  
 234.-  La falta de honestidad causa problemas, sólo si te descubren.  
 235.-  Los buenos hábitos, me facilitan hacer las cosas en la forma en que quiero.  
 236.-  Los demás, y las circunstancias, suelen ser los responsables de mis problemas.  
 237.-  Suelo poder rendir "a tope", todo el día, sin tener que esforzarme.  
 238.-  Quiero ser la/el mejor en todo lo que hago.  
 239.-  Aunque los demás me pidan que tome una decisión rápida, casi siempre, pienso en todos los hechos detenidamente antes de tomarla.  
 240.-  Cuando hay algo que debe hacerse, suelo prestarme rápidamente como voluntario.

**NEO-PI-R:** Por favor lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones que se listan a continuación y escriba un dígito de 1 a 5 en la línea que hay en la columna izquierda de la hoja, al lado del número de la pregunta. El dígito que debe de anotar en la columna a la izquierda indica **su grado de acuerdo** (falso o cierto para usted).

**1.-No estoy de acuerdo. 2.-Estoy un poco de acuerdo. 3.-No estoy de acuerdo ni en desacuerdo. 4.-Bastante de acuerdo. 5.-Completamente de acuerdo.**

No hay respuestas buenas o malas. Anote la respuesta que mejor corresponda con sus desacuerdos y acuerdos. Intente describirse a sí mismo de la forma más precisa posible. Responda a todas las afirmaciones marcando de forma legible el dígito que corresponde a su nivel de acuerdo. Si se equivoca tache el dígito erróneo y escriba al lado el correcto. Intente trabajar de prisa y no se entretenga demasiado en la respuesta. La primera impresión acostumbra a ser la buena. No deje respuestas en blanco.

1.  Yo no soy una persona que se preocupa mucho.
2.  Verdaderamente, me gusta la mayoría de gente que conozco.
3.  Tengo mucha imaginación.
4.  Tiendo a ser desconfiado/a y escéptico/a sobre las intenciones de los demás.
5.  Se me conoce por mi prudencia y sentido común.
6.  Me enfado a menudo por la forma en que me tratan los demás.
7.  No me gustan las multitudes.
8.  Los intereses estéticos y artísticos no son muy importantes para mí.
9.  No soy ingenioso/a o astuto/a.
10.  Prefiero improvisar que hacer planes.
11.  Raramente me siento solo/a o decaído/a.
12.  Soy dominante, enérgico y afirmativo.
13.  Sin las emociones fuertes, mi vida carecería de interés.
14.  Algunas personas piensan que soy interesado/a y egoísta.
15.  Trato de hacer mi trabajo lo mejor posible.
16.  En el trato con los demás siempre temo meter la pata.
17.  Me comporto con tranquilidad tanto en el trabajo como en el ocio.
18.  Estoy muy acostumbrado a mi manera de ser.
19.  Prefiero cooperar con los demás que competir con ellos.
20.  Soy cómodo y me tomo las cosas con calma.
21.  Raramente abuso de algo.
22.  A menudo busco situaciones excitantes.
23.  A menudo me gusta pensar en teorías o ideas abstractas.
24.  No me importa alardear de mis virtudes y logros.
25.  Soy bastante hábil para marcarme un ritmo para hacer el trabajo a tiempo.
26.  A veces me siento indefenso/a y deseo que otros resuelvan mis problemas.
27.  Literalmente, nunca he saltado de alegría.
28.  Escuchar conferenciantes polémicos sólo confunde y engaña a los estudiantes.
29.  Los líderes políticos han de tener más en cuenta lo humano en sus discursos.
30.  He hecho bastantes tonterías en el pasado.
31.  Me asusto fácilmente.
32.  No me gusta demasiado hablar con la gente.
33.  Trato de orientar mis pensamientos hacia la realidad y evitar fantasías.
34.  Creo que la mayoría de la gente es bien intencionada.
35.  No me importan demasiado las obligaciones cívicas, como votar.
36.  Soy una persona apacible y tranquila.
37.  Me gusta tener muchas personas a mí alrededor.
38.  A veces estoy totalmente absorto/a en la música que escucho.
39.  Si es necesario, manipularía a la gente para conseguir lo que quisiese.

**1.-No estoy de acuerdo. 2.-Estoy un poco de acuerdo. 3.-No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.  
4.-Bastante de acuerdo. 5.-Completamente de acuerdo.**

40. \_\_\_ Mantengo mis cosas ordenadas y limpias.
41. \_\_\_ Algunas veces me siento completamente inútil.
42. \_\_\_ Algunas veces no puedo sostener mi opinión o idea.
43. \_\_\_ Raramente siento emociones fuertes.
44. \_\_\_ Trato de ser cortés con todo el mundo que conozco.
45. \_\_\_ Algunas veces no soy tan formal ni digno de confianza como debiera.
46. \_\_\_ Pocas veces me siento cohibido/a cuando estoy con otras personas.
47. \_\_\_ Cuando hago algo, lo hago con ganas.
48. \_\_\_ Creo que es interesante aprender y desarrollar nuevas aficiones.
49. \_\_\_ Puedo ser sarcástico/a y cortante cuando necesito serlo.
50. \_\_\_ Tengo una serie de metas y me esfuerzo por alcanzarlas de forma ordenada.
51. \_\_\_ Tengo problemas para resistir a mis caprichos.
52. \_\_\_ No disfrutaría de unas vacaciones en Las Vegas.
53. \_\_\_ Me aburren las discusiones filosóficas.
54. \_\_\_ Prefiero no hablar de mí mismo ni de mis logros.
55. \_\_\_ Pierdo mucho tiempo antes de ponerme a trabajar.
56. \_\_\_ Me siento capaz de resolver la mayoría de mis problemas.
57. \_\_\_ Algunas veces he experimentado una intensa felicidad o éxtasis.
58. \_\_\_ Las leyes y normas sociales deberían cambiar y reflejar las necesidades de un mundo cambiante.
59. \_\_\_ Tengo una actitud obstinada y terca
60. \_\_\_ Pienso las cosas cuidadosamente antes de tomar una decisión.
61. \_\_\_ Raramente me siento nervioso/a o inquieto/a.
62. \_\_\_ Me conocen por ser una persona afectuosa y amable.
63. \_\_\_ Soy muy fantasioso/a.
64. \_\_\_ La mayoría de la gente se aprovecharía de uno/a si pudiera.
65. \_\_\_ Me mantengo informado/a y normalmente tomo decisiones inteligentes.
66. \_\_\_ Me conocen como impetuoso y por enfadarme fácilmente.
67. \_\_\_ Normalmente prefiero hacer las cosas sólo/a.
68. \_\_\_ El ballet clásico o moderno me aburre.
69. \_\_\_ No podría engañar a nadie aunque quisiera.
70. \_\_\_ No soy una persona muy metódica.
71. \_\_\_ Casi nunca estoy triste o deprimido/a.
72. \_\_\_ Con frecuencia he sido líder de los grupos a los que he pertenecido.
73. \_\_\_ Me importa mucho mi estado de ánimo.
74. \_\_\_ Algunas personas me consideran frío/a y calculador/a.
75. \_\_\_ Pago mis deudas a tiempo y en su totalidad.
76. \_\_\_ A veces me he sentido tan avergonzado/a que sólo quería esconderme.
77. \_\_\_ Mi trabajo es pausado pero constante.
78. \_\_\_ Cuando encuentro la forma de hacer algo correctamente, sigo trabajando así.
79. \_\_\_ Dudo en expresar mi ira aun cuando sea justificada.
80. \_\_\_ Cuando me propongo superar algo, pronto desisto y no consigo persistir en ello.
81. \_\_\_ No me es muy difícil resistir la tentación.
82. \_\_\_ Algunas veces he hecho cosas solamente por el placer o la emoción.
83. \_\_\_ Disfruto resolviendo problemas o rompecabezas.
84. \_\_\_ Pienso que soy mejor que la mayoría de personas y estoy seguro/a de ello.
85. \_\_\_ Soy una persona responsable que siempre cumple con el trabajo.
86. \_\_\_ Si estoy presionado, algunas veces me siento como si me rompiera en pedazos.
87. \_\_\_ No soy un/a optimista animado/a.
88. \_\_\_ Tenemos que inspirarnos en nuestras autoridades religiosas para resolver cuestiones morales.
89. \_\_\_ Nunca podríamos hacer demasiado bien por los pobres y los ancianos.
90. \_\_\_ A veces actúo primero y pienso después.
91. \_\_\_ Con frecuencia me siento tenso/a y alterado/a.
92. \_\_\_ Muchas personas piensan que soy algo frío/a y distante.
93. \_\_\_ No me gusta perder el tiempo en fantasías.
94. \_\_\_ Casi todas las personas con las que me relaciono son honradas y de confianza.
95. \_\_\_ Con frecuencia me meto en situaciones para las que no estoy totalmente preparado/a.
96. \_\_\_ No se me considera una persona caprichosa o temperamental.
97. \_\_\_ No puedo estar solo mucho tiempo, realmente necesito a otras personas.
98. \_\_\_ Me intrigan las semejanzas que encuentro entre el arte y la naturaleza.
99. \_\_\_ Ser completamente honrado/a es perjudicial para los negocios.
100. \_\_\_ Me gusta tenerlo todo ordenado para saber dónde está exactamente cada cosa.
101. \_\_\_ Algunas veces he tenido un profundo sentimiento de culpa o de haber pecado.
102. \_\_\_ En las reuniones, normalmente dejo que otros hablen.
103. \_\_\_ Raramente presto atención a los sentimientos del momento.
104. \_\_\_ Generalmente, trato de ser atento/a y considerado/a.
105. \_\_\_ Algunas veces hago trampas cuando juego al solitario.
106. \_\_\_ No me siento mal si la gente me ridiculiza y me toma el pelo.
107. \_\_\_ Frecuentemente me siento lleno de energía.
108. \_\_\_ Con frecuencia pruebo comidas nuevas de otros países.

**1.-No estoy de acuerdo. 2.-Estoy un poco de acuerdo. 3.-No estoy de acuerdo ni en desacuerdo. 4.- Bastante de acuerdo. 5.-Completamente de acuerdo.**

109. \_\_\_ Si alguien no me gusta, se lo digo.  
 110. \_\_\_ Trabajo duro para conseguir mis objetivos.  
 111. \_\_\_ Como demasiado de mi comida favorita.  
 112. \_\_\_ Tiendo a evitar las películas de terror.  
 113. \_\_\_ No me interesa cuando la gente habla de cosas muy abstractas y teóricas.  
 114. \_\_\_ Trato de ser humilde.  
 115. \_\_\_ Me es difícil obligarme a hacer lo que debo.  
 116. \_\_\_ Mantengo el control ante una situación crítica.  
 117. \_\_\_ Algunas veces me encuentro muy feliz.  
 118. \_\_\_ Creo que las diferentes ideas sobre lo bueno y lo malo que las personas tienen en otras sociedades pueden ser totalmente válidas para ellas.  
 119. \_\_\_ No siento ninguna simpatía por los mendigos.  
 120. \_\_\_ Siempre sopeso las consecuencias antes de hacer algo.  
 121. \_\_\_ Rara vez siento preocupación sobre el futuro.  
 122. \_\_\_ Verdaderamente disfruto hablando con la gente.  
 123. \_\_\_ Verdaderamente disfruto concentrándome en una fantasía y en explorar todas sus posibilidades, permitiéndola crecer y desarrollarse.  
 124. \_\_\_ Cuando alguien hace algo bueno por mí, tiendo a sospechar.  
 125. \_\_\_ Estoy orgulloso/a de mi buen juicio.  
 126. \_\_\_ Frecuentemente me disgusta la gente con quien tengo que relacionarme.  
 127. \_\_\_ Prefiero trabajos en solitario, sin que otros me molesten.  
 128. \_\_\_ La poesía me interesa poco.  
 129. \_\_\_ No me gustaría que me considerasen como un/a hipócrita.  
 130. \_\_\_ Parece que nunca puedo organizarme.  
 131. \_\_\_ Tiendo a culpabilizarme cuando algo sale mal.  
 132. \_\_\_ Frecuentemente, los demás esperan que sea yo quien tome las decisiones.  
 133. \_\_\_ Experimento una gran variedad de emociones y sentimientos.  
 134. \_\_\_ No se me conoce por ser muy generoso/a.  
 135. \_\_\_ Cuando me comprometo, siempre se puede esperar que lo cumpla.  
 136. \_\_\_ Frecuentemente me siento inferior a los demás.  
 137. \_\_\_ No soy tan despierto/a y animado/a como otras personas.  
 138. \_\_\_ Prefiero pasar el rato en lugares familiares.  
 139. \_\_\_ Si me han insultado, sólo trato de perdonar y olvidar.  
 140. \_\_\_ No tengo ganas de superarme.  
 141. \_\_\_ Raramente me dejo llevar por los impulsos.  
 142. \_\_\_ Quiero estar donde se encuentre la acción.  
 143. \_\_\_ Disfruto resolviendo rompecabezas.  
 144. \_\_\_ Tengo una elevada opinión de mí mismo/a.  
 145. \_\_\_ Cuando comienzo un proyecto, casi siempre lo termino.  
 146. \_\_\_ Frecuentemente me cuesta decidirme.  
 147. \_\_\_ No me considero especialmente alegre.  
 148. \_\_\_ Creo que la lealtad a los propios ideales y principios es más importante que la libertad de ideas.  
 149. \_\_\_ Las necesidades humanas deben ser prioritarias sobre las consideraciones económicas.  
 150. \_\_\_ Frecuentemente hago las cosas por impulso.  
 151. \_\_\_ Frecuentemente me preocupa que las cosas me puedan ir mal.  
 152. \_\_\_ Me es fácil sonreír y ser sociable con personas extrañas.  
 153. \_\_\_ Si siento que la mente se me llena de fantasías, normalmente me pongo a hacer algo y me concentro en algún trabajo o actividad.  
 154. \_\_\_ Mi primera reacción es de confiar en la gente.  
 155. \_\_\_ No parece que tenga un éxito completo en nada.  
 156. \_\_\_ Me cuesta mucho ponerme de mal humor.  
 157. \_\_\_ Prefiero pasar las vacaciones en una playa frecuentada que en una cabaña aislada en el bosque.  
 158. \_\_\_ Ciertos tipos de música me fascinan enormemente.  
 159. \_\_\_ A veces engaño a la gente para que hagan lo que quiero.  
 160. \_\_\_ Tiendo a ser un poco caprichoso/a y exigente.  
 161. \_\_\_ Tengo una pobre opinión de mí mismo/a.  
 162. \_\_\_ Preferiría seguir mi camino que ser líder de los demás.  
 163. \_\_\_ Raramente me doy cuenta de los estados de ánimo o emociones que producen ambientes diferentes.  
 164. \_\_\_ Le caigo bien a la mayoría de gente que conozco.  
 165. \_\_\_ Me rijo estrictamente en mis propios principios éticos.  
 166. \_\_\_ Me siento cómodo/a en presencia de mis jefes u otros superiores.  
 167. \_\_\_ Habitualmente parece que tengo prisa.  
 168. \_\_\_ Algunas veces hago cambios en casa sólo para probar algo diferente.  
 169. \_\_\_ Si alguien comienza una pelea, estoy preparado/a para luchar.  
 170. \_\_\_ Me esfuerzo por conseguir todo lo que pueda.  
 171. \_\_\_ A veces como hasta hartarme.  
 172. \_\_\_ Me encanta la emoción de la montaña rusa.  
 173. \_\_\_ Tengo poco interés en pensar sobre la naturaleza del universo y la condición humana.  
 174. \_\_\_ Pienso que no soy mejor que los demás, cualesquiera que sean sus características.

**1.-No estoy de acuerdo. 2.-Estoy un poco de acuerdo. 3.-No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.  
4.-Bastante de acuerdo. 5.-Completamente de acuerdo.**

175. \_\_\_ Cuando algo se me hace demasiado difícil, tiendo a empezar otra cosa.  
 176. \_\_\_ Me controlo muy bien durante una crisis.  
 177. \_\_\_ Soy una persona alegre y animada.  
 178. \_\_\_ Me considero liberal y tolerante sobre el modo de vida de otras personas.  
 179. \_\_\_ Creo que todos los seres humanos merecen respeto.  
 180. \_\_\_ Raramente tomo decisiones precipitadas.  
 181. \_\_\_ Tengo menos miedos que la mayoría de la gente.  
 182. \_\_\_ Tengo fuertes vínculos emocionales con mis amigos.  
 183. \_\_\_ Cuando era niño/a raramente disfrutaba de los juegos de ficción.  
 184. \_\_\_ Tiendo a suponer lo mejor sobre la gente.  
 185. \_\_\_ Soy una persona muy competente.  
 186. \_\_\_ A veces me he sentido amargado/a y resentido/a.  
 187. \_\_\_ Las reuniones sociales son generalmente aburridas.  
 188. \_\_\_ Algunas veces cuando leo poesía o miro una obra de arte, siento un escalofrío o una emoción.  
 189. \_\_\_ A veces intimidado o adulo a la gente para que hagan lo que quiero.  
 190. \_\_\_ No tengo manías sobre la limpieza.  
 191. \_\_\_ Algunas veces las cosas me parecen poco prometedoras y sin esperanza.  
 192. \_\_\_ En las conversaciones tiendo a hablar más que nadie.  
 193. \_\_\_ Me resulta fácil empatizar-sentir lo que sienten los demás, ponerme en su lugar-.  
 194. \_\_\_ Me considero una persona caritativa.  
 195. \_\_\_ Trato de realizar el trabajo con cuidado para que no haya que repetirlo.  
 196. \_\_\_ Si he dicho o hecho algo malo a alguien, casi no puedo enfrentarme con ellos otra vez.  
 197. \_\_\_ Mi vida es muy agitada.  
 198. \_\_\_ Cuando estoy de vacaciones, prefiero ir a un lugar que ya conozco.  
 199. \_\_\_ Soy terco/a y testarudo/a.  
 200. \_\_\_ Me esfuerzo por hacerlo todo bien.  
 201. \_\_\_ Algunas veces hago cosas sin pensarlas y luego me arrepiento.  
 202. \_\_\_ Me atraen los colores y estilos brillantes y llamativos.  
 203. \_\_\_ Tengo mucha curiosidad intelectual.  
 204. \_\_\_ Prefiero elogiar a los demás, que ser elogiado/a.  
 205. \_\_\_ Hay tantas cosas pequeñas que hay que hacer, que a veces ni las tengo en cuenta.  
 206. \_\_\_ Cuando parece ir mal, todavía puedo tomar buenas decisiones.  
 207. \_\_\_ Raramente uso palabras como "ifantástico!" o "isensacional!" para describir mis experiencias.  
 208. \_\_\_ Si las personas no saben en lo que creen cuando llegan a los 25 años, hay algo que no va bien.  
 209. \_\_\_ Siento mucha compasión por las personas menos afortunadas que yo.  
 210. \_\_\_ Cuando voy de viaje hago planes cuidadosamente.  
 211. \_\_\_ A veces tengo pensamientos de miedo.  
 212. \_\_\_ Tengo un interés personal por las personas con que trabajo.  
 213. \_\_\_ Me sería difícil dejar que mi mente vagara sin control o dirección.  
 214. \_\_\_ Tengo mucha fe en la naturaleza humana.  
 215. \_\_\_ Soy eficiente y efectivo en mi trabajo.  
 216. \_\_\_ Las pequeñas molestias pueden llegar a frustrarme.  
 217. \_\_\_ Disfruto de las fiestas donde hay mucha gente.  
 218. \_\_\_ Disfruto leyendo poesía que enfatiza más los sentimientos y las imágenes que los aspectos narrativos.  
 219. \_\_\_ Estoy orgulloso de mi inteligencia en el trato con los demás.  
 220. \_\_\_ Dedico mucho tiempo a buscar cosas que he perdido.  
 221. \_\_\_ Frecuentemente y cuando las cosas van mal, me desánimo y tengo ganas de rendirme.  
 222. \_\_\_ No me es fácil afrontar una situación.  
 223. \_\_\_ Cosas raras –como ciertos olores o nombres de lugares lejanos- pueden evocar fuertes estados de ánimo en mi persona.  
 224. \_\_\_ Si puedo, me tomo la molestia de ayudar a los demás.  
 225. \_\_\_ Tengo que estar verdaderamente enfermo/a para faltar un día al trabajo.  
 226. \_\_\_ Cuando las personas que conozco hacen tonterías, siento vergüenza ajena.  
 227. \_\_\_ Soy una persona muy activa.  
 228. \_\_\_ Cuando voy a un sitio siempre sigo el mismo camino.  
 229. \_\_\_ Con frecuencia discuto con mi familia y con los compañeros de trabajo.  
 230. \_\_\_ Soy adicto/a a mi trabajo.  
 231. \_\_\_ Siempre puede controlar mis emociones.  
 232. \_\_\_ Me gusta sentirme parte del público en los actos deportivos.  
 233. \_\_\_ Tengo una amplia variedad de intereses intelectuales.  
 234. \_\_\_ Soy una persona superior.  
 235. \_\_\_ Tengo mucha auto-disciplina.  
 236. \_\_\_ Tengo mucha estabilidad emocional.  
 237. \_\_\_ Me río fácilmente.  
 238. \_\_\_ Creo que la tolerancia de la "nueva moralidad" no es ninguna moralidad.  
 239. \_\_\_ Prefería que se me conociese más por "misericordioso/a" que por "justo/a".  
 240. \_\_\_ Antes de contestar a una pregunta, la pienso dos veces.

**POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS.**



**SCID-II:** Estas preguntas son acerca del tipo de persona que es Ud. en general (es decir, cómo se ha sentido o comportado normalmente durante muchos años). Rodee con un círculo la palabra "SÍ" si la pregunta se adapta a Ud. completamente o en general, o bien rodee con un círculo la palabra "NO" si no se adapta a Ud. Si no entiende alguna pregunta o no está seguro de la respuesta, déjela en blanco.

EVI	1.	¿Ha evitado trabajos o tareas que implicaban tener que tratar con mucha gente?.....	NO	SÍ
(4)	2.	¿Evita enTablar relación con otras personas a menos que esté seguro de que les va a caer bien?.....	NO	SÍ
	3.	¿Le resulta difícil ser "abierto" incluso con las personas con las que mantiene una relación cercana?.....	NO	SÍ
	4.	¿Le preocupa con frecuencia ser criticado o rechazado en situaciones sociales?.....	NO	SÍ
	5.	¿Permanece generalmente callado cuando conoce a gente nueva?.....	NO	SÍ
	6.	¿Cree Ud. que no es tan bueno, tan listo o tan atractivo como la mayoría de las personas ? .....	NO	SÍ
	7.	¿Le da miedo intentar cosas nuevas?.....	NO	SÍ
DEP	8.	¿Necesita Ud. dejarse aconsejar y desangustiar mucho por parte de otras personas antes de poder tomar decisiones cotidianamente, como qué ropa ponerse o qué pedir en un restaurante?.....	NO	SÍ
(5)	9.	¿Depende Ud. de otras personas para controlar áreas importantes de su vida, como asuntos económicos, el cuidado de los hijos o decisiones sobre dónde y cómo vivir?.....	NO	SÍ
	10.	¿Le resulta difícil mostrarse en desacuerdo con otras personas incluso cuando considera que están equivocadas?.....	NO	SÍ
	11.	¿Le cuesta empezar o realizar tareas cuando no hay nadie que le ayude?.....	NO	SÍ
	12.	¿Se ha ofrecido con frecuencia voluntario para realizar tareas desagradables?.....	NO	SÍ
	13.	¿Se siente Ud. generalmente incómodo cuando está solo ?.....	NO	SÍ
	14.	Cuando finaliza una relación íntima, ¿siente Ud. que tiene que encontrar inmediatamente a otra persona que le cuide?.....	NO	SÍ
	15.	¿Le preocupa mucho que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo?.....	NO	SÍ
O-C	16.	¿Es Ud. la clase de persona que se fija en los detalles, el orden y la organización o a la que le gusta hacer listas y agendas?.....	NO	SÍ
(4)	17.	¿Tiene problemas a la hora de finalizar tareas o trabajos debido a que emplea demasiado tiempo tratando de hacer las cosas de forma perfecta?.....	NO	SÍ
	18.	¿Les parece a Ud. o a otras personas que está tan dedicado a su trabajo (o estudios) que no le queda tiempo para nadie más, o simplemente para divertirse?.....	NO	SÍ
	19.	¿Tiene Ud. unos valores muy estrictos sobre lo que está bien y lo que está mal?.....	NO	SÍ
	20.	¿Le cuesta a Ud. mucho tirar las cosas porque algún día podrían serles útiles?.....	NO	SÍ
	21.	¿Le cuesta dejar que otras personas le ayuden a menos que hagan las cosas exactamente como Ud. quiere?.....	NO	SÍ
	22.	¿Le cuesta a Ud. mucho gastar dinero en Ud. mismo o en otros, incluso teniendo suficiente? .....	NO	SÍ
	23.	¿Está a menudo tan seguro de tener razón que no le importa lo que le digan los demás?..	NO	SÍ
	24.	¿Le han comentado otras personas que es Ud. tozudo y rígido?.....	NO	SÍ
P-A	25.	Cuando alguien le pide que haga algo que Ud. no quiere hacer, ¿dice que sí pero luego lo hace despacio y mal?.....	NO	SÍ
(4)	26.	Cuando no quiere hacer algo, ¿suele simplemente "olvidarse" de hacerlo?.....	NO	SÍ
	27.	¿Siente con frecuencia que los demás no le comprenden o que no aprecian lo mucho que Ud. hace?.....	NO	SÍ
	28.	¿Está Ud. a menudo de mal humor o tiende a discutir?.....	NO	SÍ
	29.	¿Le ha parecido a Ud. que la mayoría de sus jefes, profesores, supervisores, médicos y personas supuestamente expertas en realidad no lo son?.....	NO	SÍ
	30.	¿Piensa a menudo que no es justo que otras personas tengan más que Ud.?.....	NO	SÍ
	31.	¿Se queja Ud. a menudo de haber tenido más mala suerte de lo normal?.....	NO	SÍ
	32.	¿Rehúsa a menudo con enfado hacer lo que quieren los demás, y luego se siente mal y se disculpa?.....	NO	SÍ
DPR	33.	¿Se siente habitualmente infeliz, o como si la vida no fuese agradable?.....	NO	SÍ
(5)	34.	¿Cree Ud. ser una persona básicamente incapaz y con frecuencia no se siente bien consigo mismo?.....	NO	SÍ
	35.	¿Se descalifica a sí mismo con frecuencia?.....	NO	SÍ
	36.	¿Piensa mucho en cosas malas que han sucedido en el pasado o se preocupa por las que podrían suceder en el futuro?.....	NO	SÍ
	37.	¿Juzga a menudo a los demás con dureza y les encuentra defectos con facilidad?.....	NO	SÍ
	38.	¿Cree Ud. que la mayoría de las personas no son buenas?.....	NO	SÍ
	39.	¿Espera Ud. casi siempre que las cosas vayan mal?.....	NO	SÍ
	40.	¿Se siente Ud. a menudo culpable de cosas que ha hecho o dejado de hacer?.....	NO	SÍ
PAR	41.	¿Tiene a menudo que estar alerta para evitar que los demás abusen de Ud. o le hieran?..	NO	SÍ
(4)	42.	¿Pasa Ud. mucho tiempo preguntándose si puede fiarse de sus amigos o compañeros de trabajo?.....	NO	SÍ
	43.	¿Cree Ud. que es mejor no dejar que otras personas sepan mucho sobre Ud. porque podrían utilizar la información en su contra?.....	NO	SÍ
	44.	¿Detecta Ud. a menudo amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace?.....	NO	SÍ
	45.	¿Es Ud. la clase de persona que guarda rencor o tarda mucho tiempo en perdonar a las personas que le han insultado o menospreciado?.....	NO	SÍ

	46. ¿Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o le dijeron hace mucho tiempo?.....	NO	SÍ
	47. ¿Con frecuencia se enfada o se pone furioso cuando alguien le critica o le insulta de alguna manera?.....	NO	SÍ
	48. ¿Ha sospechado a menudo que su pareja le era infiel?.....	NO	SÍ
EQT	49. Cuando está en público y ve personas hablando, ¿a menudo le parece que están hablando de Ud.?.....	NO	SÍ
(5)	50. ¿Tiene con frecuencia la impresión de que las cosas que no poseen ningún significado especial para la mayoría de la gente de hecho contienen en realidad un mensaje especial para Ud.?.....	NO	SÍ
	51. Cuando está entre la gente, ¿tiene a menudo la sensación de que lo están observando o mirando fijamente? .....	NO	SÍ
	52. ¿Ha sentido alguna vez que podría hacer que sucedieran cosas simplemente formulando un deseo o pensando en ellas?.....	NO	SÍ
	53. ¿Ha tenido experiencias personales de tipo sobrenatural?.....	NO	SÍ
	54. ¿Cree tener un "sexto sentido" que le permite conocer y predecir cosas que otros no pueden?.....	NO	SÍ
	55. ¿Le ha parecido a menudo como si los objetos o las sombras fueran realmente personas o animales, o que los ruidos fueran en realidad voces de personas?.....	NO	SÍ
	56. ¿Ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza se hallaba alrededor de Ud. aunque no podía ver a nadie?.....	NO	SÍ
	57. ¿Ve con frecuencia auras o campos de energía alrededor de las personas?.....	NO	SÍ
	58. ¿Hay muy pocas personas a las que se sienta próximo aparte de su familia inmediata?....	NO	SÍ
	59. ¿Se siente con frecuencia nervioso cuando está con otras personas?.....	NO	SÍ
EQD	60. ¿Es poco importante para Ud. si tiene o no relaciones personales?.....	NO	SÍ
(4)	61. ¿Prefiere Ud. casi siempre hacer las cosas solo y no con otras personas?.....	NO	SÍ
	62. ¿Podría estar satisfecho sin tener jamás ninguna relación sexual con otra persona?.....	NO	SÍ
	63. ¿Hay realmente muy pocas cosas que le proporcionen placer?.....	NO	SÍ
	64. ¿Le es totalmente indiferente lo que otras personas piensen de Ud.?.....	NO	SÍ
	65. ¿Cree que no hay nada que le ponga ni muy contento ni muy triste?.....	NO	SÍ
HIS	66. ¿Le gusta ser el centro de atención?.....	NO	SÍ
(5)	67. ¿Coquetea mucho?.....	NO	SÍ
	68. ¿Se da cuenta a menudo de que se está comportando de forma seductora con otras personas?.....	NO	SÍ
	69. ¿Trata de llamar la atención a través de su forma de vestir o su aspecto físico?.....	NO	SÍ
	70. ¿Se muestra a menudo como una persona dramática y pintoresca?.....	NO	SÍ
	71. ¿Cambia a menudo de opinión según las personas con las que esté o según lo que acabe de leer o ver en la televisión?.....	NO	SÍ
	72. ¿Tiene Ud. muchos amigos a los que se siente muy próximo?.....	NO	SÍ
NAR	73. ¿Considera que a menudo los demás no saben apreciar su talento o cualidades?.....	NO	SÍ
(5)	74. ¿Le han comentado otras personas que tiene una opinión demasiado elevada de sí mismo?.....	NO	SÍ
	75. ¿Piensa mucho en que algún día alcanzará el poder, la fama o el reconocimiento?.....	NO	SÍ
	76. ¿Pasa Ud. mucho tiempo pensando que algún día disfrutará del romance perfecto?.....	NO	SÍ
	77. Cuando tiene un problema, ¿insiste casi siempre en ver al máximo responsable?.....	NO	SÍ
	78. ¿Considera Ud. que es importante dedicar el tiempo a personas especiales o influyentes?..	NO	SÍ
	79. ¿Es muy importante para Ud. que la gente le preste atención o le admire de alguna manera?.....	NO	SÍ
	80. ¿Cree Ud. que no es necesario respetar ciertas reglas o convenciones sociales si suponen un obstáculo en su camino?.....	NO	SÍ
	81. ¿Considera Ud. que es la clase de persona que merece un trato especial?.....	NO	SÍ
	82. ¿A menudo le resulta necesario aprovecharse de otros para conseguir lo que quiere?.....	NO	SÍ
	83. ¿Tiene con frecuencia que anteponer sus necesidades a las de otras personas?.....	NO	SÍ
	84. ¿Espera a menudo que otras personas hagan lo que les pide sin vacilar, por ser Ud. quien es?.....	NO	SÍ
	85. ¿A Ud. realmente no le interesan los problemas y sentimientos de los demás?.....	NO	SÍ
	86. ¿Se han quejado algunas personas de que Ud. no les escucha o de que no se preocupa por sus sentimientos?.....	NO	SÍ
	87. ¿Tiene a menudo envidia de otras personas?.....	NO	SÍ
	88. ¿Cree Ud. que los demás a menudo le envidian a Ud.?.....	NO	SÍ
	89. ¿Le parece que hay muy pocas personas que merezcan que Ud. les dedique su tiempo y atención? .....	NO	SÍ
LIM	90. ¿Se ha puesto furioso con frecuencia cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle?.....	NO	SÍ
(5)	91. Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere, ¿tienen muchos altibajos extremos?.....	NO	SÍ
	92. ¿Cambia a veces de repente su sentido de quién es Ud. o hacia dónde va?.....	NO	SÍ
	93. ¿Cambia a menudo dramáticamente su sentido de quién es?.....	NO	SÍ
	94. ¿Es Ud. diferente con diferentes personas o en diferentes situaciones, de tal manera que a veces no se sabe quién es Ud. en realidad?.....	NO	SÍ
	95. ¿Se han producido muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.?.....	NO	SÍ

	96. ¿Ha hecho a menudo cosas impulsivamente? (Comprar, sexo, tóxicos, conducir, comer)..	NO	SÍ
	97. ¿Ha tratado de hacerse daño o matarse, o ha amenazado con hacerlo?.....	NO	SÍ
	98. ¿Alguna vez se ha cortado, quemado o herido a sí mismo a propósito?.....	NO	SÍ
	99. ¿Experimenta Ud. muchos cambios repentinos de estado de ánimo?.....	NO	SÍ
	100. ¿Se siente con frecuencia vacío por dentro?.....	NO	SÍ
	101. ¿Tiene Ud. a menudo arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control?.....	NO	SÍ
	102. Cuando se enfada, ¿golpea Ud. a las personas o arroja objetos?.....	NO	SÍ
	103. ¿Se pone muy furioso incluso por cosas sin importancia?.....	NO	SÍ
	104. Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz con otras personas o se siente especialmente distante y ausente?.....	NO	SÍ
ANT	105. Antes de los 15 años, ¿intimidaba o amenazaba a otros niños?.....	NO	SÍ
(2)	106. Antes de los 15 años, ¿provocaba Ud. peleas?.....	NO	SÍ
C	107. Antes de los 15 años, ¿hirió o amenazó a alguien con un arma, como por ejemplo un palo, una piedra, una botella rota, una navaja o una pistola?.....	NO	SÍ
	108. Antes de los 15 años, ¿torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?.....	NO	SÍ
	109. Antes de los 15 años, ¿torturó o hirió a animales a propósito?.....	NO	SÍ
	110. Antes de los 15 años, ¿robó, atracó o arrebató por la fuerza algo a alguien amenazándole?.....	NO	SÍ
	111. Antes de los 15 años, ¿forzó a alguien a mantener relaciones sexuales con Ud., a desvestirse delante de Ud. o a tocarle sexualmente?.....	NO	SÍ
	112. Antes de los 15 años, ¿provocó algún incendio?.....	NO	SÍ
	113. Antes de los 15 años, ¿destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?.....	NO	SÍ
	114. Antes de los 15 años, ¿irrumpió en casas, otros edificios o coches de otras personas?.....	NO	SÍ
	115. Antes de los 15 años, ¿mentía mucho o estafaba a otras personas?.....	NO	SÍ
	116. Antes de los 15 años, ¿robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas?.....	NO	SÍ
	117. Antes de los 15 años, ¿se escapó de casa y pasó la noche fuera?.....	NO	SÍ
	118. Antes de los 13 años, ¿permanecía mucho tiempo fuera de casa y llegaba mucho más tarde de la hora permitida?.....	NO	SÍ
	119. Antes de los 13 años, ¿faltaba a menudo a clase?.....	NO	SÍ
ANT	120. ¿Ha realizado repetidamente actos que vayan en contra de la ley?.....	NO	SÍ
(3)	121. ¿Ha tenido que mentir con frecuencia o estafar a otras personas para conseguir lo que quería?.....	NO	SÍ
A	122. ¿Suele actuar impulsivamente, sin pensar en las consecuencias que sus actos pueden tener para Ud o para otras personas? .....	NO	SÍ
	123. ¿Ha habido alguna época en la que no tuviera un lugar fijo para vivir?.....	NO	SÍ
	124. Desde que Ud. tenía 15 años, ¿ha participado en peleas?.....	NO	SÍ
	125. ¿Alguna vez ha golpeado o lanzado objetos a su esposo/a o pareja? .....	NO	SÍ
	126. ¿Ha pegado alguna vez a un niño tan fuerte que le causara contusiones o magulladuras, o que tuviera que guardar cama o ver a un médico?.....	NO	SÍ
	127. ¿Ha amenazado o agredido a alguien diferente de su pareja y que no fuese un niño/a?....	NO	SÍ
	128. ¿Ha conducido estando borracho o drogado?.....	NO	SÍ
	129. ¿Ha sido responsable de accidentes de tráfico graves?.....	NO	SÍ
	130. ¿No usa protección siempre que tiene una relación sexual con alguien a quien no conoce bien?.....	NO	SÍ
	131. ¿Ha dicho alguien alguna vez que Ud. permitió que un niño a su cuidado corriese algún peligro?.....	NO	SÍ
	132. En los últimos cinco años, ¿ha estado durante un tiempo prolongado sin trabajar?.....	NO	SÍ
	133. ¿Ha abandonado un trabajo, sin tener otro en perspectiva?.....	NO	SÍ
	134. Cuando estaba trabajando, ¿faltaba mucho al trabajo?.....	NO	SÍ
	135. ¿Alguna vez le ha debido dinero a alguien y no le ha pagado?.....	NO	SÍ
	136. ¿Ha dejado de mantener económicamente a sus hijos o a alguna otra persona que dependiera de Ud.?.....	NO	SÍ
	137. Cuando hace algo que está mal, ¿no siente remordimientos?.....	NO	SÍ

**AQUÍ ACABA EL CUESTIONARIO, GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

---

 ENTREVISTA COMPLEMENTARIA A RELLENAR POR EL INVESTIGADOR (SCID-II)
 

---

EQT	4	57.1	ENTREVISTA: ¿Pensamiento y Lenguaje raros?.....	NO	SÍ
	5		Codificar con un 3 si alguno de los criterios 1, 2, 3, 4, o 7 son puntuados con un 3.....	NO	SÍ
	6	57.2	ENTREVISTA: ¿Afectividad inapropiada o restringida?.....	NO	SÍ
	7	57.3	ENTREVISTA: ¿Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar?.....	NO	SÍ
EQD	5		Codificado en la pregunta 58	NO	SÍ
	7	65.	Tb. Entrevista: ¿Cree que no hay nada que le ponga ni muy contento ni muy triste?.....	NO	SÍ
HIS	2	67.	Tb. Entrevista: ¿Coquetea mucho?.....	NO	SÍ
	2	68.	Tb. Entrevista: ¿Se da cuenta a menudo de que se está comportando de forma seductora con otras personas?.....	NO	SÍ
	3	68.1	ENTREVISTA: ¿Expresión emocional superficial o rápidamente cambiante?.....	NO	SÍ
	5	69.1	ENTREVISTA: ¿Forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices?.....	NO	SÍ
	6	70.	Tb. Entrevista: ¿Se muestra a menudo como una persona dramática y pintoresca?.....	NO	SÍ
NAR	9	89.	¿Le parece que hay muy pocas personas que merezcan que Ud. les dedique su tiempo y atención? / ENTREVISTA: ¿Comportamientos arrogantes o soberbios?.....	NO	SÍ

---

## 5.1.2. Claves de corrección de los cuestionarios.

**CORRECCIÓN IPDE**

Para obtener las puntuaciones de cada escala, sumar en cada una de ellas los ítems citados a continuación, en los que se haya obtenido la respuesta señalada:

PARANOIDE = 36, 38, 58, 66, 72 (V)  
2, 14 (F).

ESQUIZOIDE = 12, 31, 46 (V)  
1, 21, 57, 77 (F).

ESQUIZITÍPICO = 24, 30, 52, 64, 67, 70 (V)  
2, 71, 77 (F).

HISTRIÓNICO = 5, 10, 17, 26, 28, 44, 45 (V)  
35 (F).

ANTISOCIAL = 20, 29, 47, 56, 74 (V)  
11, 18 (F).

NARCISISTA = 9, 15, 22, 37, 55, 61, 65, 68 (V)  
7 (F).

LIMITE = 4, 8, 13, 40, 43, 53, 60, 75 (V)  
25 (F).

OBSESIVO - COMPULSIVO = 19, 23, 32, 41, 48, 54, 59 (V)  
3 (F).

DEPENDENCIA = 6, 33, 42, 49, 50, 62, 73 (V)  
69 (F).

EVITACIÓN = 16, 27, 34, 38, 39, 51, 63, 76 (V).

---

## CORRECCIÓN ZKPQ-50-CC

Para obtener las puntuaciones de cada escala, sumar en cada una de ellas los ítems citados a continuación, en los que se haya obtenido la respuesta señalada:

N-Anx = 9, 10, 14, 18, 22, 27, 31, 40, 46 (V)  
43 (F).

ImpSS = 6, 13, 17, 24, 26, 30, 34, 39, 42, 49 (V).

Act = 1, 5, 12, 25, 29, 36, 41, 48 (V)  
16, 21 (F).

Sy = 8, 23, 38, 47 (V)  
4, 15, 20, 28, 33, 45 (F).

Agg-Host = 2, 3, 19, 32, 35, 37, 50 (V)  
7, 11, 44 (F).

## CORRECCION TCI-R.

Cambiar las puntuaciones de los siguientes ítems:

53, 63, 145, 156, 165, 176, 205, 47, 123, 179, 193, 210, 239, 14, 105, 139, 155, 172, 215, 222, 77, 159, 170, 2, 61, 64, 161, 171, 217, 230, 38, 103, 154, 214, 78, 86, 131, 180, 81, 98, 121, 237, 65, 92, 127, 194, 79, 96, 110, 174, 11, 26, 39, 85, 138, 233, 134, 189, 140, 153, 129, 146, 3, 17, 34, 49, 66, 167, 236, 6, 69, 87, 23, 58, 108, 221, 21, 83, 168, 178, 182, 192, 227, 231, 48, 90, 100, 107, 115, 196, 28, 124, 133, 198, 18, 27, 84, 185, 226, 33, 67, 93, 128, 208, 13, 75, 88, 141, 234, 32, 206, 232.

De la siguiente forma: (5=1)(4=2)(2=4)(1=5).

Para obtener las puntuaciones para cada faceta sumar de la siguiente forma:

NS1= 1 + 53 + 63+ 104+ 122+ 145+ 146+ 165+ 176+205.

NS2= 10 + 47 + 71 + 102 + 123 + 179 + 193 + 210 +239.

NS3= 14 + 24 + 59 + 105 + 139 + 155 + 172 + 215 +222.

NS4= 44 + 51 + 77 + 109 + 135 + 159 + 170.

NS = NS1 + NS2 + NS3 + NS4.

HA1= 2 + 46 + 61 + 64 + 68 + 144 + 150 + 161 + 171 + 217 + 230.

HA2= 9 + 38 + 70 + 103 + 113 + 154 + 214.

HA3= 19 + 30 + 78 + 86 + 131 + 147 + 180.

HA4= 16 + 81 + 98 + 121 + 136 + 169 + 186 + 237.

HA = HA1 + HA2 + HA3 + HA4.

RD1= 20 + 31 + 54 + 65 + 97 + 181 + 216 + 218.

RD2= 80 + 92 + 125 + 127 + 130 + 162 + 166 + 177 + 194 + 213.

RD3= 15 + 79 + 96 + 110 + 116 + 174.

RD4= 11 + 26 + 39 + 85 + 138 + 233.

RD = RD1 + RD2 + RD3 + RD4.

$PS1 = 8 + 60 + 94 + 114 + 134 + 189 + 197 + 200 + 240.$   
 $PS2 = 5 + 22 + 45 + 111 + 140 + 163 + 173 + 228.$   
 $PS3 = 37 + 62 + 72 + 117 + 126 + 153 + 191 + 202 + 207 + 238.$   
 $PS4 = 55 + 76 + 119 + 129 + 137 + 146 + 158 + 229.$   
 $PS = PS1 + PS2 + PS3 + PS4.$

$SD1 = 3 + 17 + 34 + 49 + 66 + 167 + 211 + 236.$   
 $SD2 = 6 + 35 + 57 + 69 + 87 + 225.$   
 $SD3 = 23 + 58 + 108 + 184 + 221.$   
 $SD4 = 21 + 83 + 168 + 78 + 182 + 188 + 192 + 195 + 227 + 231.$   
 $SD5 = 48 + 90 + 100 + 107 + 115 + 149 + 160 + 196 + 204 + 220 + 235.$   
 $SD = SD1 + SD2 + SD3 + SD4 + SD5.$

$CO1 = 4 + 28 + 124 + 133 + 142 + 198 + 203 + 224.$   
 $CO2 = 18 + 41 + 74 + 89 + 152.$   
 $CO3 = 7 + 27 + 50 + 84 + 83 + 185 + 201 + 226.$   
 $CO4 = 33 + 67 + 93 + 128 + 199 + 208 + 219.$   
 $CO5 = 13 + 40 + 75 + 88 + 141 + 164 + 187 + 234.$   
 $CO = CO1 + CO2 + CO3 + CO4 + CO5.$

$ST1 = 25 + 42 + 56 + 95 + 68 + 95 + 112 + 151 + 175 + 212 + 223.$   
 $ST2 = 12 + 29 + 73 + 91 + 99 + 148 + 157 + 190.$   
 $ST3 = 32 + 43 + 52 + 106 + 118 + 143 + 206 + 232.$   
 $ST = ST1 + ST2 + ST3.$

#### CORRECCION NEO-PI-R

Cambiar las puntuaciones de los siguientes ítems:

1, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 17, 18, 20, 21, 24, 27, 28, 30, 32, 33, 35, 36, 39, 42, 43, 45, 46, 49, 52, 53, 55, 56, 59, 61, 64, 67, 68, 70, 71, 74, 77, 78, 80, 81, 84, 87, 88, 90, 92, 93, 95, 96, 99, 102, 103, 105, 106, 109, 112, 113, 115, 116, 119, 121, 124, 127, 128, 130, 134, 137, 138, 140, 141, 144, 147, 148, 150, 153, 155, 156, 159, 162, 163, 166, 169, 173, 175, 176, 181, 183, 187, 189, 190, 198, 199, 205, 206, 207, 208, 213, 219, 220, 222, 228, 229, 231, 234, 236, 238.

De la siguiente forma: (1=4)(2=3)(3=2)(4=1)(5=0).

Cambiar las puntuaciones de los siguientes ítems:

2, 3, 5, 6, 9, 12, 13, 15, 16, 19, 22, 23, 25, 26, 29, 31, 34, 37, 38, 40, 41, 44, 47, 48, 50, 51, 54, 57, 58, 60, 62, 63, 65, 66, 69, 72, 73, 75, 76, 79, 82, 83, 85, 86, 89, 91, 94, 97, 98, 100, 101, 104, 107, 108, 110, 111, 114, 117, 118, 120, 122, 123, 125, 126, 129, 131, 132, 133, 135, 136, 139, 142, 143, 145, 146, 149, 151, 152, 154, 157, 158, 160, 161, 164, 165, 167, 168, 170, 171, 172, 174, 177, 178, 179, 180, 182, 184, 185, 186, 188, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 200, 201, 202, 203, 204, 209, 210, 211, 212, 214, 215, 216, 217, 218, 221, 223, 224, 225, 226, 227, 230, 232, 233, 235, 237, 239, 240.

De la siguiente forma: (1=0)(2=1)(3=2)(4=3)(5=4).

---

$$\begin{aligned}N1 &= 1 + 31 + 61 + 91 + 121 + 151 + 181 + 211. \\E1 &= 2 + 32 + 62 + 92 + 122 + 152 + 182 + 212. \\O1 &= 3 + 33 + 63 + 93 + 123 + 153 + 183 + 213. \\A1 &= 4 + 34 + 64 + 94 + 124 + 154 + 184 + 214. \\C1 &= 5 + 35 + 65 + 95 + 125 + 155 + 185 + 215.\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}N2 &= 6 + 36 + 66 + 96 + 126 + 156 + 186 + 216. \\E2 &= 7 + 37 + 67 + 97 + 127 + 157 + 187 + 217. \\O2 &= 8 + 38 + 68 + 98 + 128 + 158 + 188 + 218. \\A2 &= 9 + 39 + 69 + 99 + 129 + 159 + 189 + 219. \\C2 &= 10 + 40 + 70 + 100 + 130 + 160 + 190 + 220.\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}N3 &= 11 + 41 + 71 + 101 + 131 + 161 + 191 + 221. \\E3 &= 12 + 42 + 72 + 102 + 132 + 162 + 192 + 222. \\O3 &= 13 + 43 + 73 + 103 + 133 + 163 + 193 + 223. \\A3 &= 14 + 44 + 74 + 104 + 134 + 164 + 194 + 224. \\C3 &= 15 + 45 + 75 + 105 + 135 + 165 + 195 + 225.\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}N4 &= 16 + 46 + 76 + 106 + 136 + 166 + 196 + 226. \\E4 &= 17 + 47 + 77 + 107 + 137 + 167 + 197 + 227. \\O4 &= 18 + 48 + 78 + 108 + 138 + 168 + 198 + 228. \\A4 &= 19 + 49 + 79 + 109 + 139 + 169 + 199 + 229. \\C4 &= 20 + 50 + 80 + 110 + 140 + 170 + 200 + 230.\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}N5 &= 21 + 51 + 81 + 111 + 141 + 171 + 201 + 231. \\E5 &= 22 + 52 + 82 + 112 + 142 + 172 + 202 + 232. \\O5 &= 23 + 53 + 83 + 113 + 143 + 173 + 203 + 233. \\A5 &= 24 + 54 + 84 + 114 + 144 + 174 + 204 + 234. \\C5 &= 25 + 55 + 85 + 115 + 145 + 175 + 205 + 235.\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}N6 &= 26 + 56 + 86 + 116 + 146 + 176 + 206 + 236. \\E6 &= 27 + 57 + 87 + 117 + 147 + 177 + 207 + 237. \\O6 &= 28 + 58 + 88 + 118 + 148 + 178 + 208 + 238. \\A6 &= 29 + 59 + 89 + 119 + 149 + 179 + 209 + 239. \\C6 &= 30 + 60 + 90 + 120 + 150 + 180 + 210 + 240.\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}N &= N1 + N2 + N3 + N4 + N5 + N6. \\E &= E1 + E2 + E3 + E4 + E5 + E6. \\O &= O1 + O2 + O3 + O4 + O5 + O6. \\A &= A1 + A2 + A3 + A4 + A5 + A6. \\C &= C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6.\end{aligned}$$

---

## CORRESPONDENCIA ITEMS NEO-PI-R en NEO-FFI-R

NEO-PI-R = NEO-FFI-R:

1 = 1, 6 = 2, 7 = 3, 11 = 4, 14 = 5, 15 = 6, 23 = 7, 25 = 8,  
 26 = 9, 28 = 10, 32 = 11, 37 = 12, 39 = 13, 40 = 14, 41 = 15,  
 44 = 16, 45 = 17, 48 = 18, 50 = 19, 55 = 20, 59 = 21, 61 = 22,  
 71 = 23, 74 = 24, 76 = 25, 84 = 26, 85 = 27, 86 = 28, 91 = 29,  
 95 = 30, 98 = 31, 104 = 32, 107 = 33, 109 = 34, 110 = 35,  
 122 = 36, 123 = 37, 127 = 38, 128 = 39, 130 = 40, 133 = 41,  
 135 = 42, 139 = 43, 142 = 44, 162 = 45, 163 = 46, 169 = 47,  
 173 = 48, 177 = 49, 184 = 50, 186 = 51, 188 = 52, 189 = 53,  
 197 = 54, 200 = 55, 203 = 56, 213 = 57, 221 = 58, 227 = 59,  
 237 = 60.

## CORRECCIÓN NEO-FFI-R

Cambiar las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma.

A los ítems: 1, 3, 4, 5, 10, 11, 13, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 30, 34, 38,  
 39, 40, 45, 46, 47, 48, 53, 57. Cambiar las puntuaciones con el siguiente criterio:  
 (1=4) (2=3) (3=2) (4=1) (5=0).

A los ítems: 2, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 25, 27, 28, 29, 31, 32, 33,  
 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 58, 59, 60.

Cambiar las puntuaciones con el siguiente criterio:

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).

Para obtener las puntuaciones para cada factor sumar de la siguiente forma:

Neuroticismo (N) = 1+51+28+4+29+15+22+2+58+23+9+25.

Extraversión (E) = 12+60+38+36+44+3+33+49+11+54+59+45.

Apertura a la Experiencia (O) = 37+18+31+10+39+57+46+41+52+48+  
 +56 +7.

Amabilidad (A) = 16+53+5+47+26+50+24+21+32+34+13.

Responsabilidad (C) = 14+8+30+6+19+20+35+42+17+27+40+55.



## 5.2. Anexo 2. Criterios de los Trastornos de la Personalidad del DSM-IV-TR.

### 5.2.1. Criterios diagnósticos generales para el trastorno de la personalidad:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

(1) cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).

(2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).

(3) actividad interpersonal.

(4) control de los impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

---

## 5.2.2. Trastornos de la personalidad del grupo A.

### 5.2.2.1. Trastorno Paranoide de la personalidad, F60.0, [301.0].

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

(1) sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.

(2) preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.

(3) reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.

(4) en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.

(5) alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.

(6) percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o contraatacar.

(7) sospecha repetida e injustificada que su cónyuge o su pareja le es infiel.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

### 5.2.2.2. Trastorno Esquizoide de la personalidad, F60.1, [301.20].

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

---

---

(1) ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.

(2) escoge casi siempre actividades solitarias.

(3) tiene escaso o nulo interés en tener experiencias sexuales con otra persona.

(4) disfruta con pocas o ninguna actividad.

(5) no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.

(6) se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.

(7) muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

#### 5.2.2.3. Trastorno Esquizotípico de la personalidad, F21, [301.22].

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

(1) ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).

(2) creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "*sexto sentido*"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).

(3) experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.

(4) pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobrevalorado o estereotipado).

(5) suspicacia o ideación paranoide.

(6) afectividad inapropiada o restringida.

(7) comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar.

---

(8) falta de amigos íntimos o de confianza aparte de los familiares de primer grado.

(9) ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

### 5.2.3. Trastornos de la Personalidad del grupo B.

#### 5.2.3.1. Trastorno Antisocial de la personalidad, F60.2, [301.7].

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

(1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.

(2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.

(3) impulsividad o incapacidad de planificar el futuro.

(4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.

(5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.

(6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.

(7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

---

C. Existe pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de los 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o de un episodio maníaco.

#### 5.2.3.2. Trastorno Límite de la personalidad, F60.31, [301.83].

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones personales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

(2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

(3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

(4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

(5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.

(6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).

(7) sentimientos crónicos de vacío.

(8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

(9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

#### 5.2.3.3. Trastorno Histriónico de la personalidad, F60.4, [301.50].

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empieza al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de atención

(2) la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador

(3) muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante

(4) Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo

(5) tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices

(6) muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional

(7) es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciados por los demás o por las circunstancias

(8) considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

#### 5.2.3.4. Trastorno Narcisista de la personalidad, F60.8, [301.81].

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empieza al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y las capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).

(2) está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.

(3) cree que es "*especial*" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.

(4) exige una admiración excesiva.

---

(5) es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.

(6) es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.

(7) carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.

(8) frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.

(9) presenta comportamientos arrogantes o soberbios.

#### 5.2.4. Trastornos de la Personalidad del grupo C.

##### 5.2.4.1. Trastorno de la Personalidad por Evitación, F60.6, [301.82].

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de incapacidad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

(1) evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.

(2) es reacio a implicarse con la gente si no está seguro que va a agradar.

(3) demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.

(4) está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.

(5) está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de incapacidad.

(6) se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.

(7) es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

---

#### 5.2.4.2. Trastorno de la Personalidad por Dependencia, F60.7, [301.6].

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.

(2) necesidad de que otros asuman su responsabilidad en las principales parcelas de su vida.

(3) tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluye los temores reales de castigo.

(4) tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).

(5) va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.

(6) se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.

(7) cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.

(8) está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

#### 5.2.4.3. Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad, F60.5, [301.4].

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

---



(1) preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objetivo general de la actividad.

(2) perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).

(3) dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).

(4) excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).

(5) incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.

(6) es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

(7) adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.

(8) muestra rigidez y obstinación.

#### 5.2.5. Trastorno de la Personalidad No Especificado, F60.9, [301.9].

Esta categoría se reserva para los trastornos de la personalidad (ver Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad) que no cumplen los criterios para un trastorno específico de la personalidad. Un ejemplo es la presencia de características de más de un trastorno específico de la personalidad que no cumplen los criterios completos para ningún trastorno de la personalidad ("*personalidad mixta*"), pero que, en conjunto, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro de una o más áreas importantes de la actividad del individuo (p. ej., social o laboral).

Esta categoría también puede utilizarse cuando el clínico considera que un trastorno específico de la personalidad que no está incluido en la clasificación es apropiado. Los ejemplos incluyen el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.

---



### 5.3. Anexo 3. Dimensiones y facetas del NEO-PI-R y del TCI-R.

#### 5.3.1. Descripción de las dimensiones y facetas del NEO-PI-R.

A continuación vamos a ver el significado de las diferentes dimensiones y sus respectivas facetas medidas en el NEO-PI-R (Costa y Widiger, 2002) y algunos potenciales problemas cuando sus puntuaciones son extremas en ambos lados del continuum (Widiger, Costa y McCrae, 2002):

##### 5.3.1.1. NEUROTICISMO (N).

Este factor está relacionado con la vida emocional del sujeto. Las personas con puntuaciones elevadas muestran afecto crónicamente negativo, lo que incluye ansiedad, miedos, tensión, irritabilidad, enfado, abatimiento, desesperanza, culpa y vergüenza; muestran dificultades para inhibir impulsos; tienen creencias irracionales y expectativas poco realistas, son muy perfeccionistas consigo mismos, albergan pesimismo injustificado, quejas somáticas infundadas, se sienten desamparados y dependientes de los otros, a los que pueden necesitar para la toma de decisiones. Muestran hipersensibilidad emocional y les cuesta volver a la normalidad tras experiencias de fuerte carga emocional. Puntajes bajos pueden mostrar sujetos con una pobre respuesta ante potenciales problemas de salud o de ajuste social, exhiben indiferencia emocional; aquí también tendríamos personas estables, calmadas, tranquilas y poco emotivas.

##### 5.3.1.1.1. Ansiedad (N1).

En el polo alto tenemos sujetos ansiosos, aprensivos, miedosos, propensos a preocuparse e inhibidos. La escala no mide miedos y fobias específicas pero elevadas puntuaciones indicarían miedos y ansiedad generalizada. Bajas puntuaciones indican calma y relajación, suelen ser personas preparadas para responder de forma adecuada a peligros, amenazas y riesgos.

---

#### 5.3.1.1.2. Hostilidad-Enfado (N2).

Esta escala mide la tendencia a experimentar ira, rencor, estados de frustración y amargura, aunque su expresión dependerá de la puntuación en Amabilidad, problemas potenciales de personas con alta puntuación serían episodios de descontrol y furia, excesiva susceptibilidad y hostilidad que fácilmente pueden involucrarse en disputas y conflictos. La baja puntuación mostraría una ajustada reacción de enfado y hostilidad ante las provocaciones.

#### 5.3.1.1.3. Depresión (N3).

Mide la tendencia a experimentar afecto depresivo. Sujetos con elevada puntuación son propensos a sentimientos de culpa, pesimismo, tristeza, desesperanza y soledad, abatidos fácilmente se desaniman, en el extremo puede darse riesgo suicida. En el rango bajo vemos sujetos no deprimidos pero tampoco joviales o alegres, características que están asociadas con Extraversión; en el extremo puede que no sean capaces de valorar las consecuencias de sus pérdidas, reveses y fallos, llegando a tener dificultades para solicitar y mantener el apoyo y la simpatía de otros después de una pérdida.

#### 5.3.1.1.4. Ansiedad social (N4).

Las emociones de vergüenza e incomodidad social son el núcleo de esta faceta de Neuroticismo, altas puntuaciones muestran a sujetos que no se sienten cómodos con los demás, sensibles al ridículo y propensos a sentimientos de inferioridad, timidez y ansiedad social. Bajas puntuaciones no indican buenas habilidades sociales sino que les importa poco comportarse torpemente en este tipo de situaciones.

#### 5.3.1.1.5. Impulsividad (N5).

En el NEO-PI-R la impulsividad hace referencia a la poca habilidad para controlar deseos y urgencias, los deseos (p. ej. comida, bebida, cigarrillos, posesiones) son percibidos como irresistibles. El término impulsividad es usado de diferente manera por muchas teorías de personalidad, no hay que confundirlo aquí con espontaneidad, aceptar riesgo o tiempos rápidos de reacción. Una puntuación extrema podría darse en sujetos que por su bajo nivel de control de impulsos pueden llevar a cabo conductas nocivas como consumo excesivo de alcohol y

---

drogas, ingestas compulsivas, apuestas, intentos de suicidio o automutilación. Los sujetos con baja puntuación encuentran fácil resistir los impulsos y las tentaciones junto a una mayor tolerancia a las frustraciones, en el extremo serían personas anodinas y retraídas.

#### 5.3.1.1.6. Vulnerabilidad (N6).

La última faceta de Neuroticismo es vulnerabilidad al estrés. Individuos con altas puntuaciones albergan sentimientos de ser incapaces de enfrentarse a situaciones de estrés, mostrándose dependientes, desesperados o temerosos ante situaciones de emergencia, en el extremo tendríamos propensión a desarrollar cuadros psicopatológicos. En el otro polo tenemos personas que se consideran capaces de desenvolverse en situaciones difíciles y si la puntuación fuera la más baja veríamos falta de reconocimiento de las señales de peligro.

#### 5.3.1.2. EXTRAVERSION (E).

Mide el grado de sociabilidad, la preferencia del sujeto por estar solo o acompañado, la facilidad para experimentar emociones positivas o tener entusiasmo y energía. Los sujetos con elevadas puntuaciones son habladores con preferencia por los grupos y reuniones, activos y asertivos, les gusta la excitación, de carácter alegre y son emprendedores. El introvertido típico es reservado socialmente, se muestra distante excepto con los amigos íntimos, suele ser previsor y desconfía de los impulsos del momento. No le gusta la diversión bulliciosa y disfruta de un modo de vida ordenado, solitario y reservado.

##### 5.3.1.2.1. Cordialidad (E1).

Esta faceta de Extraversión es la más relevante para medir el grado de intimidad interpersonal, en el polo alto las personas son afectuosas y amistosas, les gusta la gente y se relacionan con facilidad. En el otro extremo tenemos sujetos formales, reservados y distantes, aunque no hostiles o poco compasivos. Los potenciales problemas en esta faceta los tendríamos en el polo alto con personas que podrían desarrollar vínculos problemáticos junto a expresiones inapropiadas de afecto, en el polo bajo personas con dificultades para desarrollar y mantener relaciones personales íntimas.

---

#### 5.3.1.2.2. Gregarismo (E2).

Mide el grado de preferencia por la compañía de otros, les gustan las reuniones y divertirse con los demás. En el polo bajo son solitarios, no buscan e incluso evitan estimulación social.

#### 5.3.1.2.3. Asertividad (E3).

Los sujetos con altas puntuaciones en esta escala son dominantes, animosos y socialmente destacados. Hablan sin vacilaciones y a menudo llegan a ser líderes del grupo. Con bajas puntuaciones tenemos personas que prefieren estar apartadas y dejar hablar a los demás, son discretas y prudentes.

#### 5.3.1.2.4. Actividad (E4).

En el polo alto de esta faceta tenemos personas enérgicas y activas que necesitan estar siempre ocupadas y tienen una vida agitada y veloz. En el polo opuesto los sujetos serían pausados y relajados, aunque no necesariamente indolentes o perezosos.

#### 5.3.1.2.5. Búsqueda de emociones (E5).

Altas puntuaciones nos muestran personas que ansían excitación y estimulación, les gustan colores brillantes y ambientes ruidosos, la búsqueda de emociones o excitación es similar a la dimensión de búsqueda de sensaciones de Zuckerman. Con bajas puntuaciones tendríamos sujetos que no necesitan muchas emociones y prefieren un ritmo de vida tranquilo que los que puntúan alto en E5 encontrarían aburrido.

#### 5.3.1.2.6. Emociones positivas (E6).

Evalúa la tendencia a experimentar emociones positivas como júbilo, alegría, amor y entusiasmo, suelen reírse fácilmente y a menudo, son alegres y optimistas. Las personas que obtienen bajas puntuaciones no son necesariamente infelices, simplemente menos exuberantes y fogosos. Esta es la faceta de Extraversión más relevante para predecir la felicidad.

---

### 5.3.1.3. APERTURA A LA EXPERIENCIA (O).

En esta dimensión se mide el grado en que los sujetos buscan experiencias nuevas junto al placer por lo desconocido y su experimentación, las personas que puntúan alto están abiertas e interesadas en el mundo exterior e interior, curiosas, creativas y tolerantes, tienden a la fantasía y a tener emociones y pensamientos “*no-ortodoxos*”, apasionadas por las vanguardias artísticas y los viajes, no les disgustan las ideas y valores nuevos. En el extremo inferior encontraríamos personas convencionales, vulgares, de intereses limitados, simples o superficiales que suelen seguir los caminos marcados.

Una puntuación extrema en el polo alto podría sugerir pensamientos excéntricos y peculiares, preocupaciones fantasiosas y ensoñaciones, en el polo bajo dificultades para adaptarse a los cambios personales y sociales, poca tolerancia a puntos de vista diferentes a los del sujeto, intereses reducidos, alexitimia, insensibilidad hacía el arte y la belleza, con excesivo conformismo a la autoridad.

#### 5.3.1.3.1. Fantasía (O1).

Los individuos que puntúan alto en esta faceta tienen una imaginación ardiente y activa, la fantasía no solo como evasión sino como vía para comprender su mundo interior, elaboran y desarrollan sus fantasías y creencias para contribuir a una vida que creen rica y creativa. Las personas con bajas puntuaciones son más prosaicas, realistas y pragmáticas centrándose en la tarea que tienen entre manos.

#### 5.3.1.3.2. Estética (O2).

Altas puntuaciones indican una profunda apreciación del arte y la belleza, la poesía y la música, aunque no tienen por qué ser talentosos, pero sus gustos les llevan a desarrollar unos amplios conocimientos. En el polo opuesto tenemos sujetos poco interesados e insensibles hacia estas cuestiones.

---

#### 5.3.1.3.3. Sentimientos (O3).

Sujetos con puntuaciones altas en esta faceta son receptivos a sus propios sentimientos y los consideran una parte importante de sus vidas, experimentan de forma más intensa que los demás tanto sentimientos positivos como negativos. Las bajas puntuaciones nos muestran a personas con afecto embotado que no creen que los sentimientos sean importantes.

#### 5.3.1.3.4. Acciones (O4).

En el polo alto se sitúan personas con tendencia a intentar actividades nuevas, ir a nuevos lugares o comer alimentos inusuales. Prefieren la novedad y la variabilidad a lo familiar y rutinario. En el extremo bajo nos encontramos con personas con dificultades para los cambios que prefieren lo conocido y rutinario.

#### 5.3.1.3.5. Ideas (O5).

Esta faceta mide la curiosidad intelectual, los sujetos con altas puntuaciones no solo persiguen intereses intelectuales sino que se sienten inclinados y dispuestos a aceptar nuevas ideas, disfrutan con discusiones filosóficas y resolviendo rompecabezas. Una alta puntuación no implica elevada inteligencia aunque esta característica puede contribuir al desarrollo del potencial intelectual. Las personas con bajas puntuaciones tienen poca curiosidad y si la inteligencia es alta suelen centrarse en temas limitados.

#### 5.3.1.3.6. Valores (O6).

Personas situadas en el polo alto están dispuestas a cuestionar valores sociales, políticos y religiosos. En el polo bajo no se cuestionan nada y aceptan la autoridad y la tradición, como consecuencia suelen ser conservadores y dogmáticos.

---



#### 5.3.1.4. AMABILIDAD (A).

Hace referencia a la interacción social y a las respuestas que se ofrecen a los demás. Los sujetos con elevadas puntuaciones suelen ser altruistas, empáticos y cordiales, además de creer, en general, que los otros se comportan de la misma manera, fieles, gentiles, serviciales, generosos y colaboradores; en el polo opuesto tenemos personas egocéntricas, desagradecidas, antipáticas, frías e insensibles, suspicaces ante las intenciones de los demás y son capaces de manipular al otro sin demasiados escrúpulos.

Problemas potenciales en puntuaciones extremas en la franja alta corresponderían a personas excesivamente candorosas, crédulas y generosas en detrimento de sus propios intereses, poco hábiles para posicionarse y luchar ante un conflicto. En el polo inverso podríamos encontrar personas cínicas y con pensamiento paranoide, pendencieras, mentirosas, poco consideradas con familiares y amigos, poco respetuosas con las convenciones sociales y con problemas con la ley, arrogantes y con un grandioso sentido de sí mismas.

##### 5.3.1.4.1. Confianza (A1).

Altas puntuaciones en esta escala indican una disposición a creer que los otros son honestos y bien intencionados, en el otro extremo tenemos sujetos cínicos y escépticos que creen que los otros pueden ser peligrosos y poco honestos.

##### 5.3.1.4.2. Sinceridad (A2).

En el polo alto las personas serían francas, sinceras e ingenuas, en el polo bajo vemos a personas que desearían manipular a los demás mediante el halago, la astucia o el engaño.

---

#### 5.3.1.4.3. Altruismo (A3).

Los sujetos con altas puntuaciones se preocupan activamente del bienestar de los demás, mostrándose generosos, considerados y dispuestos a ayudar a las personas necesitadas. Cuando las puntuaciones son bajas los individuos están más centrados en sí mismos y más reticentes a implicarse en los problemas de la gente.

#### 5.3.1.4.4. Actitud conciliadora (A4).

Esta faceta de Amabilidad hace referencia a las reacciones características ante los conflictos interpersonales. Los sujetos con elevadas puntuaciones son condescendientes, inhiben la agresión y tienden a olvidar y perdonar, son apacibles y benignos. Las bajas puntuaciones indican agresividad, preferencia por competir a cooperar y no rechazar las expresiones de ira cuando son necesarias.

#### 5.3.1.4.5. Modestia (A5).

Altas puntuaciones en esta escala muestran sujetos humildes y modestos, tratan de pasar desapercibidos aunque no necesariamente por baja autoestima o poca confianza en sí mismos. En el otro extremo tenemos personas que se creen superiores a los demás, presuntuosos y arrogantes.

#### 5.3.1.4.6. Sensibilidad hacia los otros (A6).

Esta escala mide las actitudes de simpatía hacia los asuntos de los demás, las altas puntuaciones indican sensibilidad hacia las necesidades de los otros y dar importancia a la vertiente humana de las ciencias sociales. Las bajas puntuaciones muestran sujetos insensibles y menos inclinados a la compasión, se consideran a sí mismos más realistas y lógicos.

#### 5.3.1.5. RESPONSABILIDAD (C).

La dimensión de Responsabilidad mide el grado de organización, persistencia, control y motivación del sujeto en la conducta que está dirigida a objetivos. En el polo alto nos muestra personas voluntariosas, decididas, organizadas, cuidadosas, reflexivas, eficientes y fiables, suelen respetar las

---

normas y son capaces de controlar sus impulsos de manera exitosa. En el otro extremo las personas suelen ser más descuidadas en sus objetivos, con dificultades para organizarse, frívolas, irresponsables, menos rigurosas y con poca capacidad para controlar sus impulsos.

En el extremo superior como potenciales problemas tendríamos la adicción al trabajo, personas que rinden más de lo esperado hasta el punto de excluir intereses personales y sociales, compulsivos incluyendo excesivo orden, limpieza y atención a los detalles, rígidos, autodisciplinados, con dificultades para relajarse, poco espontáneos y escrupulosos en aspectos morales. Las personas con puntuación extrema inferior rinden por debajo de lo exigido sin llegar a satisfacer su potencial intelectual o artístico, presentan un pobre rendimiento académico a pesar de sus habilidades, desprecian sus responsabilidades pareciendo desconcertados y sin objetivos personales y ocupacionales.

#### 5.3.1.5.1. Competencia (C1).

La Competencia hace referencia a la sensación que uno es capaz, sensible, prudente y efectivo. Altas puntuaciones indicarían que la persona se siente preparada para enfrentarse a la vida. Bajas puntuaciones corresponden a personas que tienen una pobre opinión de sus habilidades, admitiendo falta de preparación e ineptitud.

#### 5.3.1.5.2. Orden (C2).

En el polo alto de la faceta tenemos sujetos pulcros, limpios y bien organizados y en el extremo opuesto personas incapaces de organizarse y desordenadas.

#### 5.3.1.5.3. Sentido del deber (C3).

Las personas con altas puntuaciones muestran adherencia a sus principios éticos y cumplimiento escrupuloso de sus obligaciones morales, con bajas puntuaciones vemos personas más descuidadas, espontáneas e imprevisibles, pudiendo llegar a dar una imagen de poco fiables.

---

#### 5.3.1.5.4. Necesidad de éxito (C4).

Sujetos en el extremo alto presentan altos niveles de aspiración y trabajan duramente para lograr sus metas, son diligentes, resueltos y se marcan una dirección en la vida, aquí podemos encontrar a los adictos al trabajo. En el polo bajo encontramos a sujetos negligentes y perezosos, poco ambiciosos que no buscan el éxito y están contentos con su bajo nivel de aspiraciones.

#### 5.3.1.5.5. Autodisciplina (C5).

Altas puntuaciones sugieren personas que tienen capacidad de motivarse a sí mismos y finalizar las tareas, las bajas puntuaciones muestran personas que dilatan el inicio de sus quehaceres, se desaniman con facilidad y desean abandonar las tareas cuando las encuentran costosas o surgen dificultades.

#### 5.3.1.5.6. Deliberación (C6).

Esta faceta hace referencia a la posibilidad de pensar antes de actuar, así personas en el extremo alto son reflexivos y prudentes, que deliberan antes de iniciar una tarea. En el extremo bajo tenemos a sujetos precipitados que hablan y actúan sin pensar en las consecuencias.

### 5.3.2. Descripción de las dimensiones y facetas del TCI-R.

Las cuatro dimensiones de Temperamento y las tres de Carácter con sus respectivas facetas se verán seguidamente, como ya hemos visto en el texto mantenemos los acrónimos en inglés, así Búsqueda de novedad es NS por "*Novelty Seeking*", Evitación del daño es HA por "*Harm Avoidance*", Dependencia de la recompensa es RD por "*Reward Dependence*", Persistencia es PS por "*Persistence*", Autodirección es SD por "*Self-Directedness*", Cooperación es CO por "*Cooperativeness*" y, finalmente tenemos Autotrascendencia que es ST por "*Self-Transcendence*". Posteriormente comentaremos brevemente las diferentes facetas, tendremos en cuenta que primero se exponen las características de la persona con la puntuación en el polo alto y posteriormente en el polo bajo.

---

### 5.3.2.1. BUSQUEDA DE NOVEDAD (NS).

Esta dimensión refleja una inclinación heredable a la iniciación o activación de la conducta hacia estímulos que presentan señales de potenciales recompensas o alivio del dolor. Esta tendencia suele originar conducta exploratoria cuya finalidad es alcanzar posibles premios, evitar la monotonía y evitar posibles castigos.

Los individuos con alta puntuación son impulsivos, irreflexivos, temperamentales, curiosos, amantes del cambio y la novedad, no sujetos a normas, suelen tolerar mal la rutina y aburrirse con facilidad, además de exponerse a situaciones de riesgo. La puntuación alta puede suponer una ventaja adaptativa cuando se traduce en tendencias a la exploración entusiasta de nuevos estímulos, descubrimientos y recompensas, y poder llegar a liderar situaciones originales, pero sería una desventaja adaptativa al producir facilidad para el aburrimiento, impulsividad, arrebatos de enfado y veleidad en las relaciones. En el polo bajo se situarían personas controladas, analíticas, reflexivas, ordenadas y convencionales, rígidas y estoicas con indiferencia por las novedades. La reflexión, la sistematización en el esfuerzo y meticulosidad son rasgos adaptativos si son necesarios, como desventaja adaptativa podría considerarse la tolerancia por la monotonía y la falta de entusiasmo, que potencialmente llevarían a una vida excesivamente rutinaria y prosaica.

#### 5.3.2.1.1. Exploración (NS1): Excitabilidad exploratoria vs. Rigidez estoica.

Excitabilidad exploratoria: Amante del cambio y la novedad, le gusta conocer lugares diferentes y adopta nuevas formas de responder a situaciones cotidianas, innovador, le atraen las nuevas ideas buscando lo excitante de lo desconocido, le aburre la rutina.

Rigidez estoica: Afronta las situaciones vitales de forma conservadora, respondiendo como siempre respondió, resistente al cambio, convencional y rutinario, receloso y precavido ante cambios y situaciones nuevas. En las relaciones interpersonales prefiere escuchar antes que hablar.

---

#### 5.3.2.1.2. Falta de reflexión (NS2): Impulsividad vs. Reflexión.

Impulsividad: Impulsivo, temperamental, decidido, intuitivo en la toma de decisiones, se guía por las emociones o los estados de ánimo del momento y cambia rápidamente de intereses.

Reflexión: Precavido, analítico, reflexivo, lento en sus decisiones reparando excesivamente en los detalles, desconfía de las primeras impresiones y tiene tendencia a mantener los mismos intereses a lo largo del tiempo.

#### 5.3.2.1.3. Malbaratamiento (NS3): Prodigalidad / Extravagancia vs. Reserva.

Prodigalidad / Extravagancia: Poco precavido y poco previsor, muestra extravagancias con el gasto de dinero, en la utilización su energía y en sus sentimientos, le gusta vivir al límite de sus recursos y capacidades, prefiere gastar que ahorrar viviendo al día.

Reserva: Reservado y controlado, prefiere ahorrar a gastar, tacaño y meticuloso en cuestiones económicas.

#### 5.3.2.1.4. Antinormatividad (NS4): Desorden vs. Reglamentación estricta.

Desorden: No soporta las reglas y puede saltárselas si sabe que quedará impune, se maneja bien en la ambigüedad, sabe mentir y exagera con facilidad con una gran capacidad de improvisación, puede perder el control y expresar ira hacia fuera cuando no obtiene lo que desea.

Reglamentación estricta: Ordenado y organizado, prefiere establecer reglas para él y para los demás, controla su expresión emocional, tiene dificultades para mentir y para salir airoso cuando se le sorprende haciendo algo equivocado.

#### 5.3.2.2. EVITACIÓN DEL DAÑO (HA).

Representa una disposición heredable a responder intensamente a las señales de estímulos aversivos y a inhibir conductas como respuesta a señales de castigo, a la novedad o a la frustración por falta de recompensa.

---

Puntajes altos nos muestran personas ansiosas, preocupadas, que tienden a anticipar los problemas, inseguras, con miedo a la incertidumbre, tímidas, inhibidas socialmente, pesimistas y fácilmente fatigadas. La vertiente adaptativa de este extremo de la dimensión la tendríamos en el cuidado y la cautela ante situaciones de riesgo y la vertiente desadaptativa en la ansiedad anticipatoria y la inhibición. En el otro polo (bajo) encontramos personas relajadas, despreocupadas, enérgicas, dinámicas, optimistas, asertivas, tienden a plantar cara a situaciones de riesgo e incertidumbre, desde un punto de vista desadaptativo pueden mostrarse irresponsables ante los peligros y mantener un optimismo poco realista.

#### 5.3.2.2.1. Preocupación (HA1): Preocupación vs. Optimismo desinhibido.

Preocupación: Ansioso, preocupado y pesimista, anticipa el fracaso y se inhibe ante situaciones problemáticas, esta tendencia es más pronunciada ante situaciones peligrosas o poco familiares, además tiene dificultades para sobreponerse a experiencias de humillación o vergüenza, con tendencia a rumiar sobre lo ocurrido.

Optimismo desinhibido: Confiado ante el futuro y en su buena suerte, despreocupado y optimista no anticipa las dificultades.

#### 5.3.2.2.2. Miedo a la incertidumbre (HA2): Evitación del riesgo vs. Confianza.

Evitación del riesgo: Tenso y preocupado ante situaciones poco familiares o nuevas, evita los riesgos prefiriendo estar inactivo y tranquilo, muestra dificultades para adaptarse a los cambios en la rutina diaria.

Confianza: Despreocupado, prefiere el riesgo a la inactividad, el peligro no le intranquiliza ni le crea sensación de inseguridad, lo puede llegar a considerar como algo atractivo.

#### 5.3.2.2.3. Timidez (HA3): Timidez social vs. Gregarismo.

Timidez social: Vergonzoso, inseguro en situaciones sociales por lo que tiende a evitarlas, sobretodo conocer gente nueva, poco asertivo.

---

Gregarismo: Confiado en la mayoría de interacciones con los otros, atrevido, extrovertido, se siente cómodo en situaciones sociales incluso con gente desconocida.

#### 5.3.2.2.4. Fatigabilidad (HA4): Fatigabilidad y Astenia vs. Vigor.

Fatigabilidad y Astenia: Sentimientos de escasa energía y poca confianza, fácilmente fatigable, además, le cuesta más que a la mayoría recuperarse de las tensiones.

Vigor: Enérgico y dinámico se recupera rápidamente de las tensiones, no se cansa en exceso.

#### 5.3.2.3. DEPENDENCIA DE LA RECOMPENSA (RD).

Esta dimensión muestra una tendencia heredable a responder intensamente a los signos de recompensa y a mantener la conducta ante estímulos que indiquen la obtención de un refuerzo social.

En el polo alto tenemos a personas sentimentales, amigables, afiliativas, sociables, cálidas y dependientes de los otros. El comportamiento adaptativo se muestra en la facilidad para desarrollar relaciones afectivas y genuinas con los demás, así como ser sensible a aspectos de la relación social. La desventaja estaría en personas excesivamente dependientes que son muy sugestionables y suelen perder la objetividad.

En el otro extremo de la dimensión encontraríamos sujetos prácticos, inflexibles, materialistas, fríos, insensibles en las relaciones, a los que no les importa la soledad y disfrutan de ella. Poco influenciados por la presión social. En un plano adaptativo tenemos personas independientes y objetivas que no se corrompen para satisfacer a otros, la vertiente desadaptativa la vemos en sujetos que muestran actitudes de desapego, frialdad y rechazo social.

---



#### 5.3.2.3.1. Sentimentalismo (RD1): Sentimentalismo vs. Insensibilidad.

Sentimentalismo: Compasivo, empático, comprensivo e influenciable, se conmueve intensamente y muestra con facilidad sus sentimientos. Es capaz de experimentar los sentimientos de los demás.

Insensibilidad: Duro, imparcial, práctico e inflexible. No es sensible a los sentimientos de los demás por lo que le es difícil establecer un buen "rapport" social.

#### 5.3.2.3.2. Apertura (RD2): Abierto a la comunicación cálida vs. Reservado.

Abierto a la comunicación cálida: Tendencia a explicar sus problemas y preocupaciones, suelen establecer vínculos duraderos rodeándose de amigos íntimos y afectuosos.

Reservado: Tiende a guardarse sus problemas incluso con los amigos íntimos, no le interesan las relaciones sociales y es indiferente al rechazo.

#### 5.3.2.3.3. Apego (RD3): Apego vs. Desapego.

Apego: Comparte abiertamente sus sentimientos, sociable, necesita personas de confianza a su lado y tiene facilidad para establecer relaciones.

Desapego: Muestra falta de interés por las personas e indiferente por sus sentimientos, no comparte los propios sentimientos con los demás prefiriendo estar solo.

#### 5.3.2.3.4. Dependencia (RD4): Dependencia vs. Independencia.

Dependencia: Pendiente de la opinión de los demás puede llegar a cambiar su conducta para complacer a otros, suele amoldarse y transigir. Considera que las necesidades del grupo son más importantes que las individuales.

Independencia: Suele guiarse por sus propias necesidades y hacer las cosas a su manera, autosuficiente e individualista no se muestra influenciable ante la presión social. Lo individual es más importante que lo grupal.

---

#### 5.3.2.4. PERSISTENCIA (PS).

Esta dimensión refleja una tendencia heredable a mantener las conductas a pesar de las frustraciones y del cansancio, o si estas conductas son reforzadas de forma intermitente, así tenemos personas que se muestran productivas, con determinación, ambiciosas y perfeccionistas.

La puntuación alta hace referencia a personas que trabajan duro, perseverantes y autoexigentes que no se dan por vencidos e intentan superarse ante los retos, llegando a conseguir más logros de los esperados. Cuando los refuerzos son intermitentes y las contingencias se mantienen estables esta tendencia es adaptativa, si las contingencias son cambiantes la perseveración puede llegar a ser desadaptativa.

En el polo bajo encontramos sujetos indolentes, inactivos, inestables y erráticos, tienden a abandonar ante las frustraciones y raramente luchan por objetivos a largo plazo, de acuerdo con esto, estas actitudes son adaptativas cuando los refuerzos contingentes son cambiantes y pueden no serlo ante situaciones de refuerzo infrecuente que necesitan una larga trayectoria para conseguirse.

##### 5.3.2.4.1. Esforzado (PS1): Trabajador vs. Inerte.

Trabajador: Le gusta ocuparse de las tareas de forma eficaz y cuidadosa, muy activo suele embarcarse en otras actividades cuando termina las que está haciendo.

Inerte: Descuidado en el trabajo, inactivo y ocioso, suele actuar con desidia, tiende a trabajar lo mínimo necesario, costándole iniciar las tareas que le encomiendan o realizándolas a un ritmo lento.

##### 5.3.2.4.2. Tolerancia al fracaso (PS2): Resuelto vs. Irresoluto.

Resuelto: Dispuesto a hacer las cosas hasta el final, disfruta con los retos y suele estar convencido de ser capaz de hacer cualquier cosa. Rinde bien ante situaciones de estrés y percibe las dificultades como desafíos.

---

Irresoluto: Se da por vencido fácilmente ante las dificultades, le falta resolución para enfrentarse a los problemas generando grandes dudas, no suele tomar determinaciones fijas y decisivas. No rinde bien bajo condiciones de estrés.

#### 5.3.2.4.3. Ambición (PS3): Entusiasta vs. Indiferente.

Entusiasta: Ambicioso con un gran deseo de conseguir poder, riqueza y fama, busca constantemente la mejora y quiere tener éxitos en sus trabajos.

Indiferente: No le importa tener éxito en la vida ni mejorar los logros obtenidos, no está motivado para superarse y carece de objetivos claros.

#### 5.3.2.4.4 Autoexigencia (PS4): Perfeccionista vs. Imperfecto / Pragmático.

Perfeccionista: Intenta hacer las cosas lo mejor posible según sus capacidades e incluso, a veces, se implica más de la cuenta, suele esforzarse más en sus trabajos que el resto de la gente. Autoexigente, no se da por vencido e ignora las señales de agotamiento.

Imperfecto/Pragmático: No ve necesario esforzarse más de lo necesario, si las cosas no suceden como pensaba abandona sin plantearse nuevas opciones o nuevos esfuerzos.

#### 5.3.2.5. AUTODIRECCIÓN (SD).

Mide la habilidad de la persona para controlar, regular y adaptar su conducta, ajustándose a las situaciones de acuerdo con unas metas y valores escogidos individualmente. Esta dimensión se relaciona con la madurez, la integridad personal y la autoestima, la posesión de recursos propios y eficaces de afrontamiento y, en general, con una buena adaptación personal. Refleja el grado en que el sujeto se percibe como individuo autónomo.

En el polo alto encontramos sujetos autosuficientes, maduros, responsables, fiables, con buena autoestima, capaces de admitir sus faltas y de aceptarse a sí mismos, pueden demorar la satisfacción para conseguir sus metas, son realistas y efectivos pudiendo adaptar su conducta a las metas por ellos escogidas. La puntuación baja nos muestra individuos

---

inmaduros con baja autoestima, que culpan a los otros de sus problemas, irresponsables, poco fiables, reactivos, dependientes y con pocos recursos, suelen verse arrastrados por las circunstancias.

#### 5.3.2.5.1. Locus de control interno (SD1): Responsabilidad vs. Proyección de culpa.

Responsabilidad: Piensa que su conducta depende fundamentalmente de sí mismo, se siente plenamente responsable de sus actos, se considera libre para tomar decisiones y percibe que su situación actual es producto de sus decisiones pasadas.

Proyección de culpa: Tiende a creer que está influenciado por la suerte o por las circunstancias, no se siente libre para elegir, dominado por acontecimientos fuera de su control y culpa a los otros de sus dificultades.

#### 5.3.2.5.2. Propósitos / metas (SD2): Determinación vs. Falta de dirección.

Determinación: Sabe lo que quiere hacer en su vida y orienta la conducta hacia esas metas, actúa en base a propósitos claros y percibe un significado en su vida.

Falta de dirección: Errático, con objetivos inciertos y cambiantes, su conducta no se guía por unos objetivos determinados y piensa que su vida tiene poco sentido, no sabe lo que quiere.

#### 5.3.2.5.3. Recursos (SD3): Autoeficacia vs. Inercia.

Autoeficacia: Se siente eficaz y competente, capaz de afrontar los problemas, toma la iniciativa y suele considerar las situaciones difíciles como desafíos u oportunidades para demostrar su valía.

Inercia: Aquí el sentimiento es de ineficacia, indefensión e incompetencia, tiende a esperar que le solucionen los problemas y otros tomen la iniciativa por él, ante situaciones difíciles espera la presencia de un líder.

---

#### 5.3.2.5.4. Autoaceptación (SD4): Autoaceptación vs. Comparación con los demás.

Autoaceptación: Se acepta tal como es y está satisfecho con sus características físicas y sus capacidades, a la vez que reconoce sus limitaciones, no necesita ser más admirado que los demás.

Comparación con los demás: Insatisfecho con sus capacidades y su apariencia, se compara negativamente con los demás, fantasea con ser diferente.

#### 5.3.2.5.5. Buenos hábitos (SD5): Hábitos congruentes vs. Malos hábitos.

Hábitos congruentes: Conducta espontánea acorde con sus valores, autodisciplinado con buena capacidad para controlar impulsos y tentaciones, confía en sus recursos y hábitos aprendidos para poder alcanzar sus objetivos.

Malos hábitos: No se gusta por sus imperfecciones y escasa fuerza de voluntad, los hábitos son discrepantes con los propios valores o insuficientes para controlar los impulsos y tentaciones.

#### 5.3.2.6. COOPERACIÓN (CO).

Esta dimensión refleja las diferencias individuales en la capacidad de aceptar, identificarse y colaborar con otras personas, además de mostrar comportamientos éticos o prosociales. Incluye la tolerancia, la empatía, el altruismo, el sentido de responsabilidad, la compasión, la conciencia y la caridad. Refleja la adaptación interpersonal y el grado de percepción de sí mismo como parte de la humanidad y la sociedad.

Una puntuación elevada muestra a personas que se autodefinen como miembros integrantes de la sociedad, tolerantes, desprendidos, compasivos, empáticos, con principios, y proclives a ayudar al otro. Estas características son adaptativas para personas que tienen que trabajar en equipo y con grupos pero un problema para los que deben realizar tareas en solitario.

---

En el polo bajo estarían las personas intolerantes, desconfiadas, críticas, oportunistas, rencorosas, vengativas, sin principios éticos claros y desconsiderados con los derechos y sentimientos de los otros.

#### 5.3.2.6.1. Tolerancia social (CO1): Aceptación social vs. Intolerancia.

Aceptación social: Amigable, trata de aceptar y aprender de los otros aunque tengan opiniones diferentes a las suyas, muestra una actitud abierta hacia lo diferente.

Intolerancia: Se muestra intolerante hacia opiniones diferentes a la suya, crítico con los demás intenta imponer su punto de vista.

#### 5.3.2.6.2. Empatía (CO2): Empatía vs. Desinterés social.

Empatía: Facilidad para ponerse en lugar del otro y entenderlo, considerar sus sentimientos por encima de los prejuicios, respetuoso con los demás, estos suelen confiarle sus sentimientos.

Desinterés social: Tiene dificultades para ponerse en lugar de los demás y es consciente que le cuesta comprender a la mayoría de la gente. Desconsiderado.

#### 5.3.2.6.3. Altruismo (CO3): Adhesión altruista vs. Distanciamiento egoísta.

Adhesión altruista: Servicial y desprendido, trata de ayudar a los demás, con buena capacidad para compartir y trabajar en grupo.

Distanciamiento egoísta: Más centrado en sus propios intereses cree que la mayoría de la gente actúa de la misma manera, egoísta, no malgasta esfuerzos en ayudar a los demás, a los que suele percibir como hostiles o interesados. Prefiere trabajar solo.

---

#### 5.3.2.6.4. Capacidad de perdonar (CO4): Compasión vs. Venganza.

Compasión: Compasivo, conciliador, benevolente, perdona y olvida con facilidad, puede aceptar a la gente aunque le hayan hecho daño, considera sus sentimientos y prefiere ser amable con ellos antes que vengarse.

Venganza: Rencoroso y vengativo, le cuesta olvidar y perdonar, disfruta imaginando el sufrimiento de los que le han hecho algún daño.

#### 5.3.2.6.5. Integridad (CO5): Honestidad vs. Ventajismo / Oportunismo.

Honestidad: Atiende a las normas y trata a los demás con respeto, tiene interiorizados principios morales que trata de seguir, cree que el fin no justifica los medios.

Ventajismo / Oportunismo: Oportunista, aprovecha las ventajas aunque otros salgan perjudicados, deshonesto, carece de principios morales sólidos dando prioridad a sus intereses personales.

#### 5.3.2.7. AUTOTRASCENDENCIA (ST).

Indica el grado en que las personas se sienten partes del universo como un todo, es decir, el concepto trascendente de la vida. Agrupa características de espiritualidad, el misticismo y los pensamientos mágico y religioso. Se relaciona también con la creatividad, la imaginación y la capacidad del sujeto para aceptar la ambigüedad y la incertidumbre.

En el extremo alto de la dimensión tenemos a personas idealistas, espirituales, que pueden experimentar vivencias religiosas o místicas, albergan sentimientos de unión con otras personas y con la naturaleza. Estas características pueden ser adaptativas cuando se enfrentan a sufrimientos, enfermedades o pérdidas, lo cual suele ser inevitable cuando se envejece. Por otro lado, puede no parecer ventajoso en sociedades que priman el materialismo.

---

En el otro extremo tenemos a sujetos pragmáticos, objetivos, materialistas, racionales, escépticos y pretenciosos, poco imaginativos y convencionales.

#### 5.3.2.7.1. Ensimismamiento (ST1): Autoconciencia / Abstracción vs. Realismo.

Autoconciencia/Abstracción: Facilidad para centrarse totalmente en una actividad perdiendo la noción de todo, así son personas que pueden parecer distraídas o ausentes, aprenden más a confiar en sus emociones que en sus razonamientos lógicos.

Realismo: Básicamente se mueven por los razonamientos lógicos y no suelen confiar en sus sentimientos, raramente se quedan fascinados por algo, prosaicos.

#### 5.3.2.7.2. Identificación transpersonal (ST2): Identificación transpersonal vs. Identificación personal / Autodiferenciación.

Identificación transpersonal: Estas personas se sienten conectados espiritualmente y emocionalmente con otros y la naturaleza, idealistas, suele dedicarse a actividades humanitarias y ecologistas.

Identificación personal / Autodiferenciación: Sienten su individualidad como algo que les diferencia de los demás, poco idealistas y raramente se sienten conectados con otros o con la naturaleza.

#### 5.3.2.7.3. Espiritualidad (ST3): Aceptación espiritual vs. Racionalismo material.

Aceptación espiritual: Creen en los milagros, la percepción extrasensorial, en las corazonadas y en la intuición, la experiencia religiosa les ha dado sentido a sus vidas.

Racionalismo material: Racionales, escépticos, pragmáticos y materialistas, no creen en los milagros y si en las casualidades, solo creen en aquello que puede ser probado científicamente.

---



## 5.4. Anexo 4. Predicciones y gráficos comparativos (LOESS).

Cuadro 2.1.

Predicción del cluster A (IPDE) con el ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.  
 Variables independientes: Dimensiones del ZKPQ-50-CC  
 Variable dependiente: Cluster A.

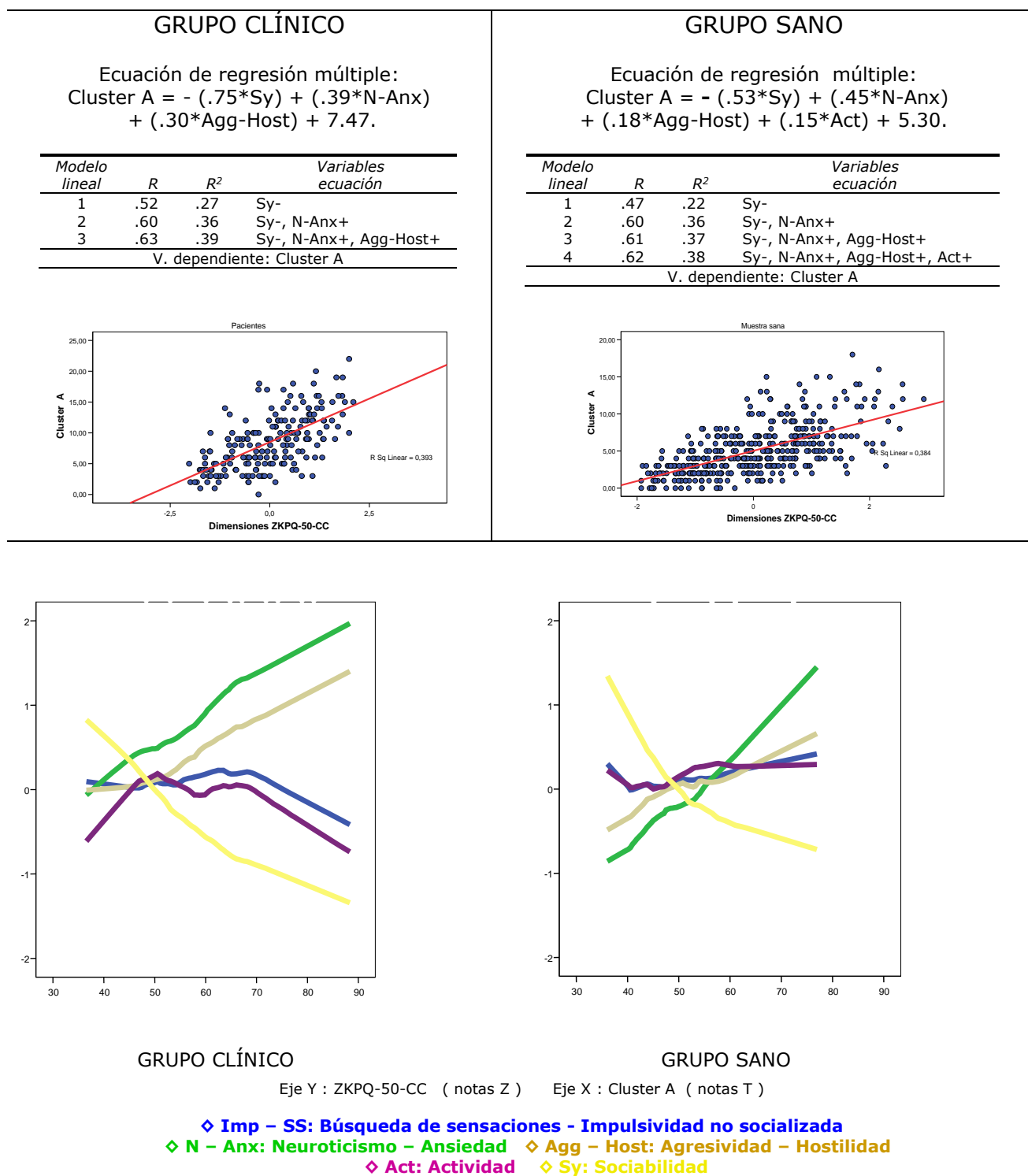
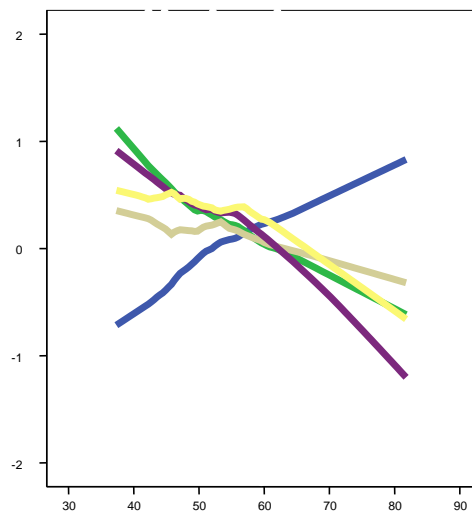
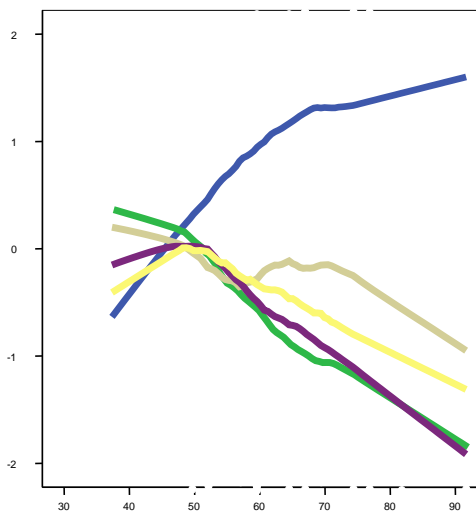
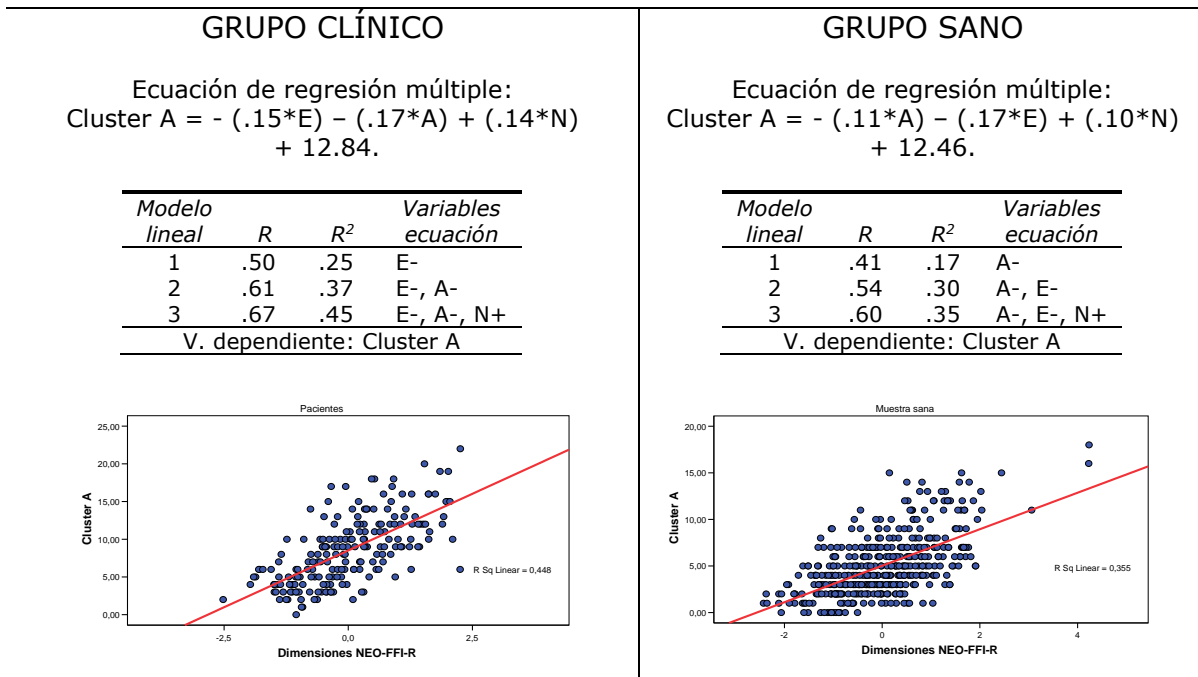


Figura 2.5.

Gráficos comparativos (LOESS): cluster A vs. ZKPQ-50-CC en grupo clínico y sano.

Cuadro 2.2.

Predicción del cluster A (IPDE) con el NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.  
 Variables independientes: Dimensiones del NEO-FFI-R  
 Variable dependiente: Cluster A.



GRUPO CLÍNICO

GRUPO SANO

Eje Y : NEO-FFI-R ( notas Z ) Eje X : Cluster A ( notas T )

◆ N: Neuroticismo    ◆ E: Extraversión    ◆ O: Apertura a la experiencia  
 ◆ A: Amabilidad    ◆ C: Responsabilidad

Figura 2.6.

Gráficos comparativos (LOESS): cluster A vs. NEO-FFI-R en grupo clínico y sano.

Cuadro 2.3.

Predicción del cluster A (IPDE) con el Temperamento (TCI-R) en el grupo clínico y sano.

Variables independientes: Dimensiones de Temperamento del TCI-R

Variable dependiente: Cluster A.

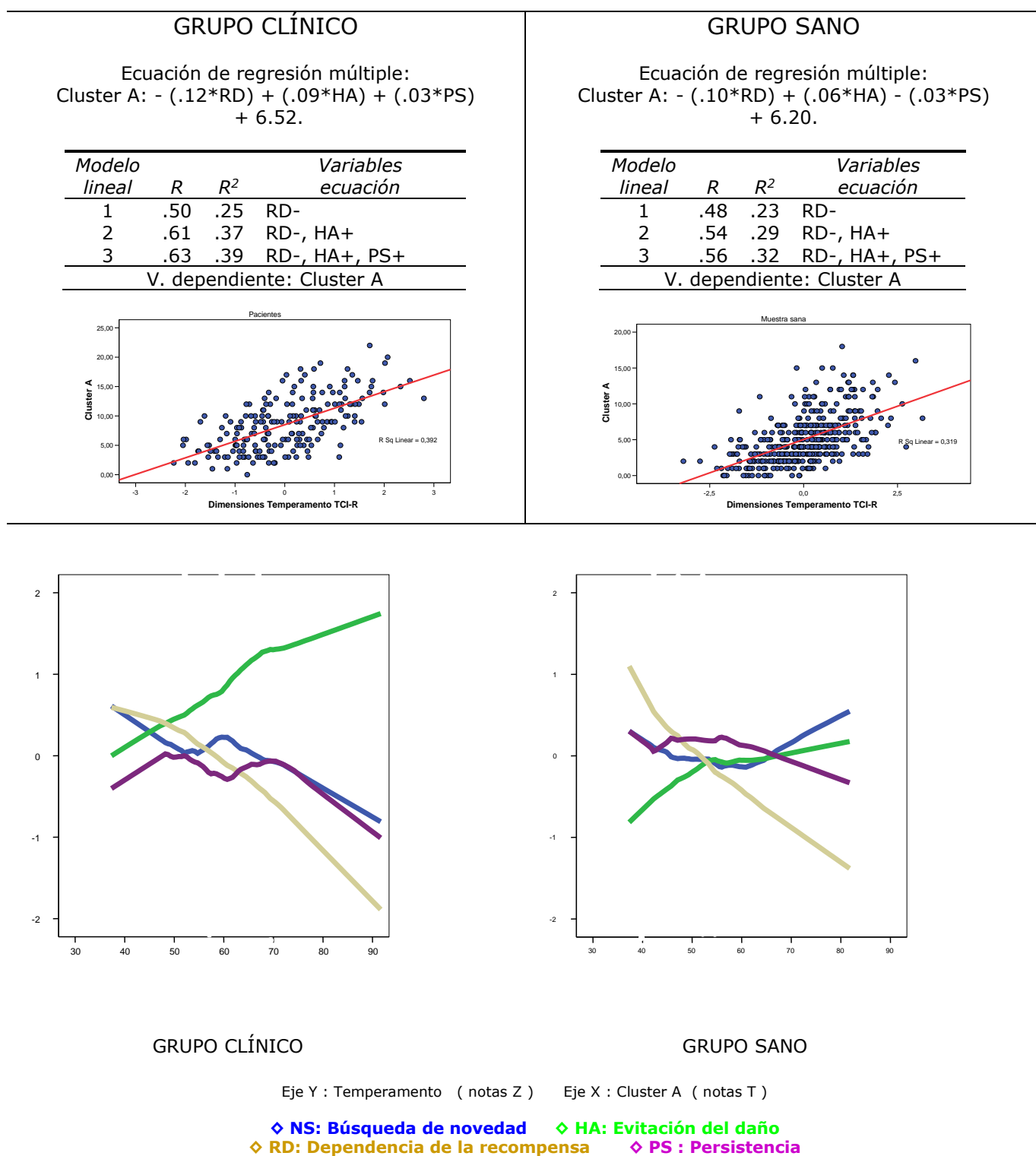


Figura 2.7.

Gráficos comparativos (LOESS): cluster A vs. Temperamento del TCI-R en grupo clínico y sano.

Cuadro 2.4.

Predicción del cluster A (IPDE) con el Carácter (TCI-R) en el grupo clínico y sano.  
 Variables independientes: Dimensiones del Carácter del TCI-R  
 Variable dependiente: Cluster A.

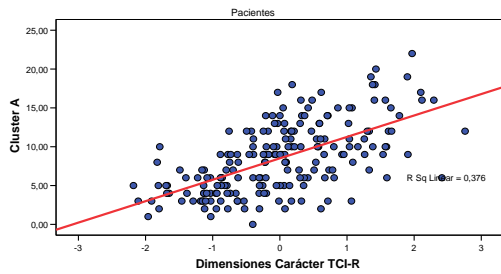
GRUPO CLÍNICO

Ecuación de regresión múltiple:

Cluster A:  $-(.07*SD) - (.06*CO) + 25.92.$

Modelo lineal	R	R <sup>2</sup>	Variables ecuación
1	.55	.30	SD-
2	.61	.38	SD-, CO-

V. dependiente: Cluster A



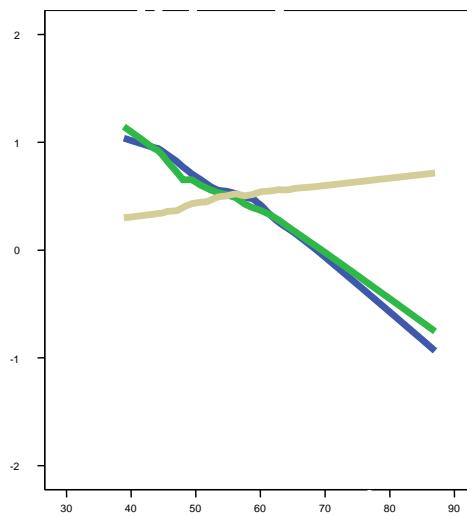
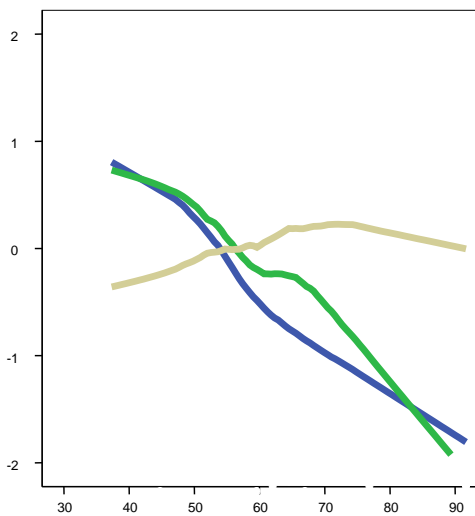
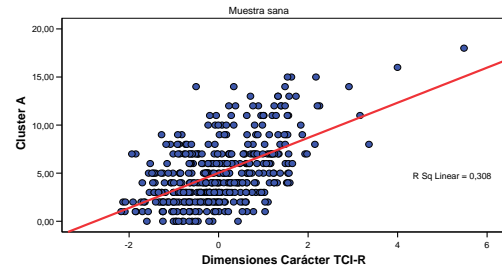
GRUPO SANO

Ecuación de regresión múltiple:

Cluster A:  $-(.05*SD) - (.06*CO) - (.02*ST) + 19.53.$

Modelo lineal	R	R <sup>2</sup>	Variables ecuación
1	.48	.23	SD-
2	.54	.30	SD-, CO-
3	.55	.31	SD-, CO-, ST+

V. dependiente: Cluster A



GRUPO CLÍNICO

GRUPO SANO

Eje Y : Carácter ( notas Z ) Eje X : Cluster A ( notas T )

◇ SD: Autodirección

◇ CO: Cooperación

◇ ST: Autotranscendencia

Figura 2.8.

Gráficos comparativos (LOESS): cluster A vs. Carácter del TCI-R en grupo clínico y sano.

Cuadro 2.5.

Predicción del cluster B (IPDE) con el ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.

Variables independientes: Dimensiones del ZKPQ-50-CC

Variable dependiente: Cluster B.

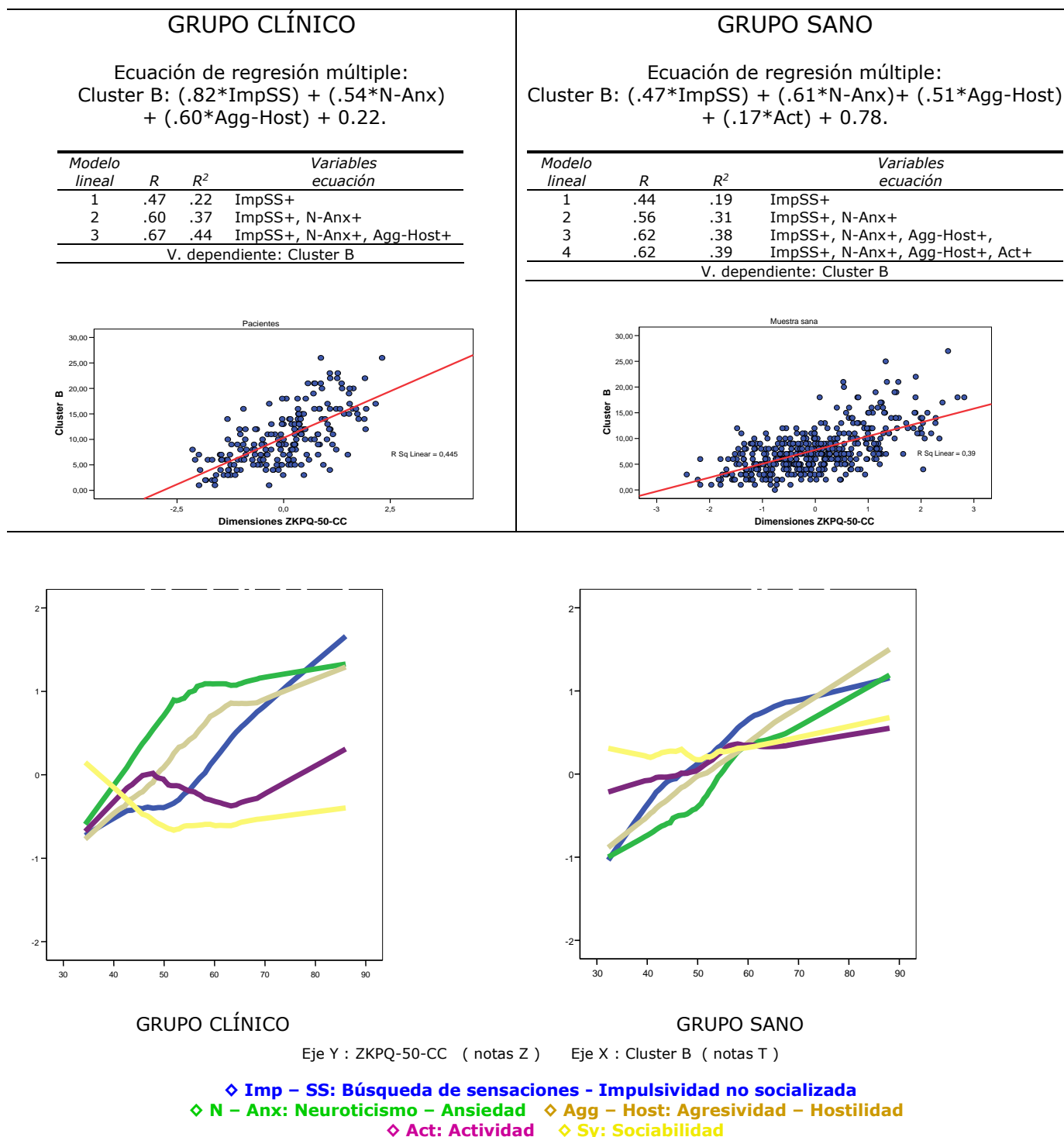
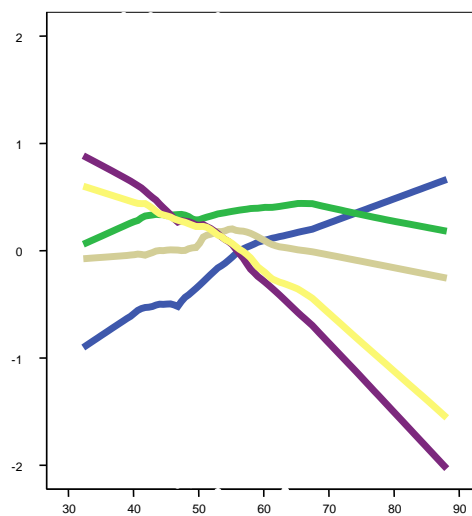
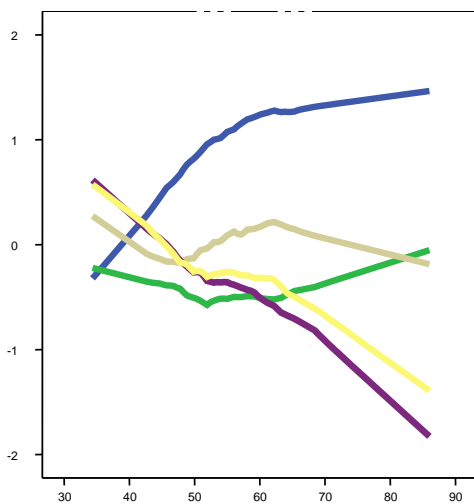
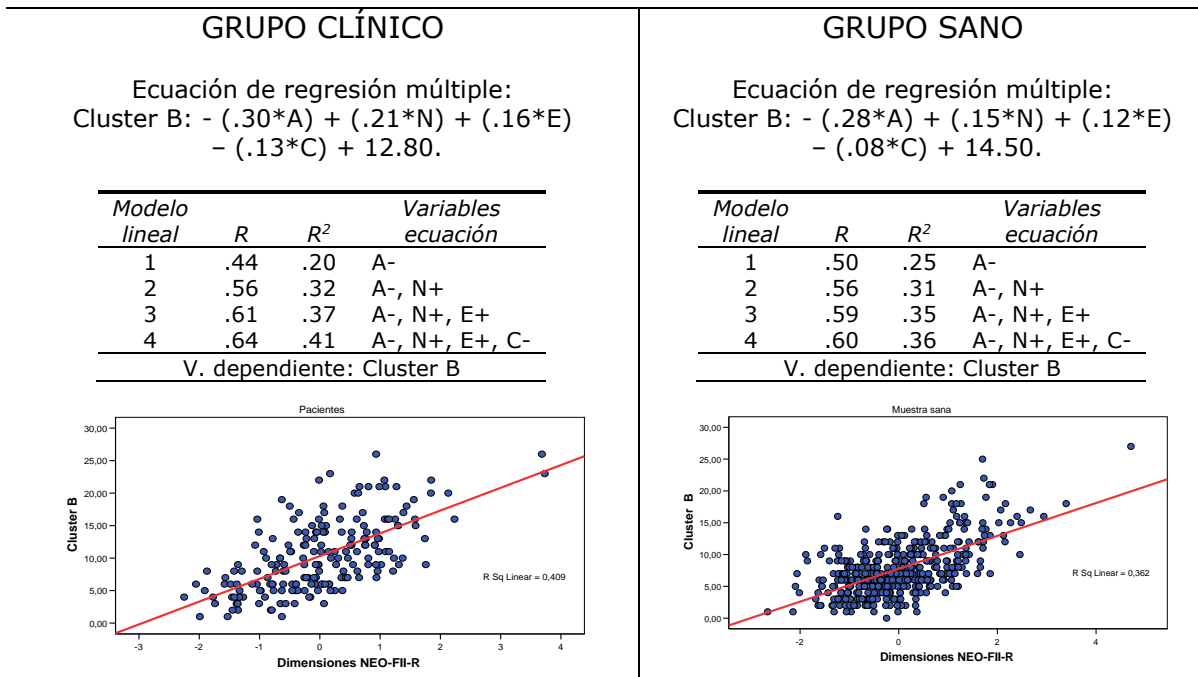


Figura 2.9.

Gráficos comparativos (LOESS): cluster B vs. ZKPQ-50-CC en grupo clínico y sano.

Cuadro 2.6.

Predicción del cluster B (IPDE) con el NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.  
 Variables independientes: Dimensiones del NEO-FFI-R  
 Variable dependiente: Cluster B.



GRUPO CLÍNICO

GRUPO SANO

Eje Y : NEO-FFI-R ( notas Z ) Eje X : Cluster B ( notas T )

◆ N: Neuroticismo    ◆ E: Extraversión    ◆ O: Apertura a la experiencia  
 ◆ A: Amabilidad    ◆ C: Responsabilidad

Figura 2.10.

Gráficos comparativos (LOESS): cluster B vs. NEO-FFI-R en grupo clínico y sano.

Cuadro 2.7.

Predicción del cluster B (IPDE) con el Temperamento (TCI-R) en el grupo clínico y sano.

Variables independientes: Dimensiones del Temperamento del TCI-R

Variable dependiente: Cluster B.

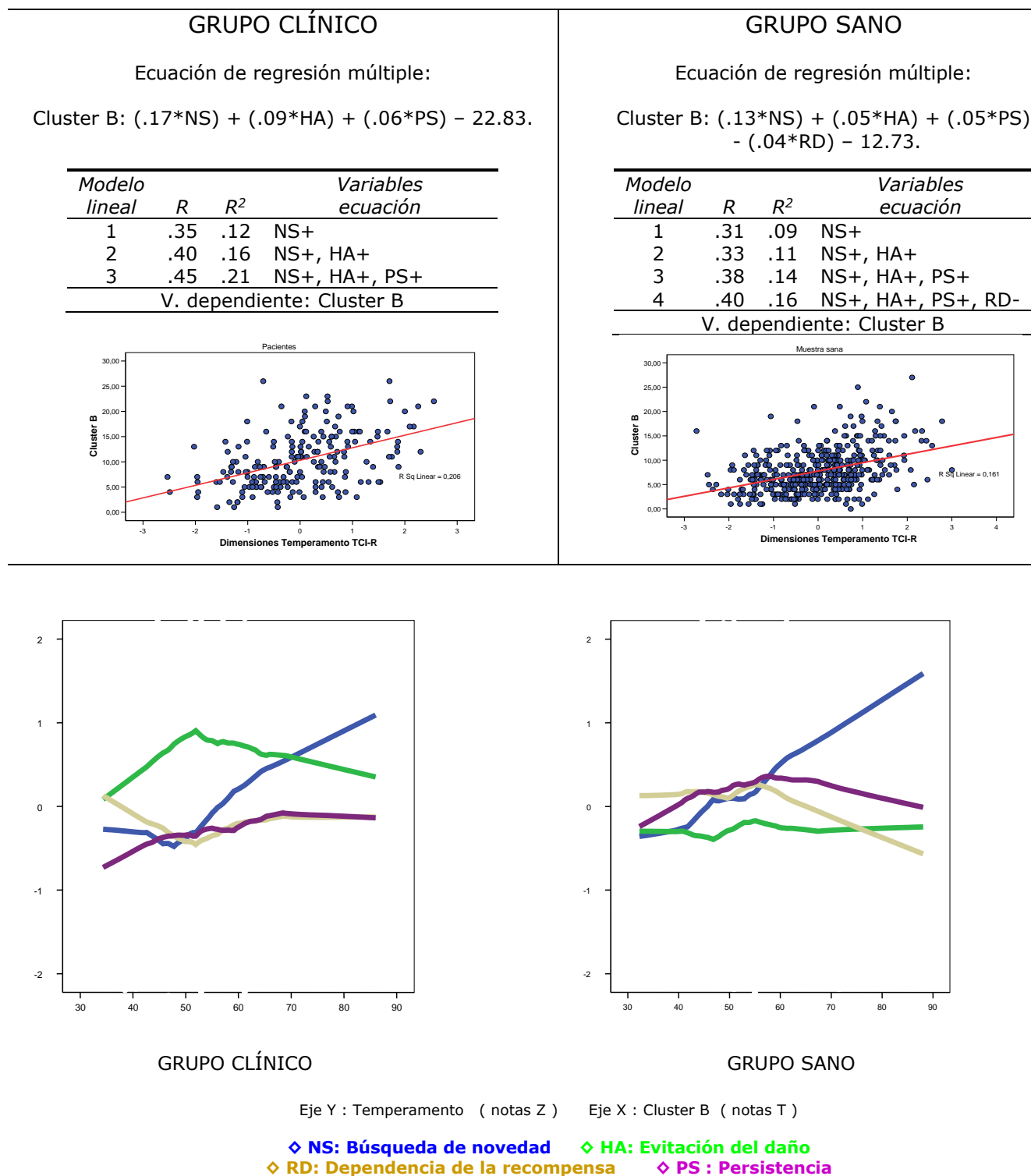


Figura 2.11.

Gráficos comparativos (LOESS): cluster B vs. Temperamento del TCI-R en grupo clínico y sano.

Cuadro 2.8.

Predicción del cluster B (IPDE) con el Carácter (TCI-R) en el grupo clínico y sano.  
 Variables independientes: Dimensiones del Carácter del TCI-R  
 Variable dependiente: Cluster B.

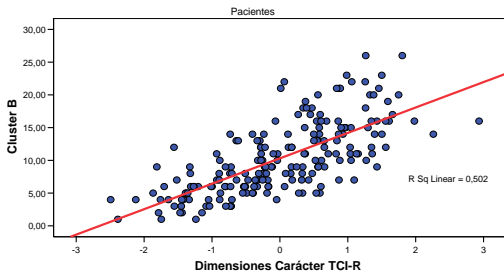
**GRUPO CLÍNICO**

Ecuación de regresión múltiple:

Cluster B:  $-(.08*SD) + (.10*ST) - (.09*CO) + 25.12.$

Modelo lineal	R	R <sup>2</sup>	Variables ecuación
1	.58	.33	SD-
2	.64	.41	SD-, ST+
3	.71	.50	SD-, ST+, CO-

V. dependiente: Cluster B



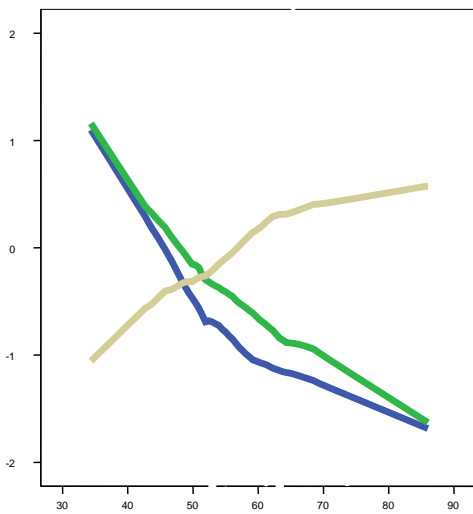
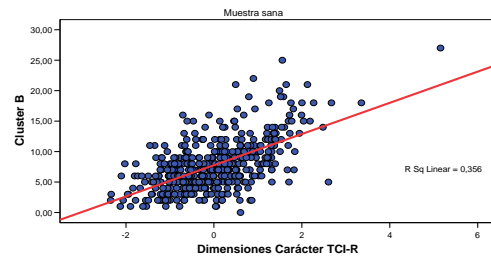
**GRUPO SANO**

Ecuación de regresión múltiple:

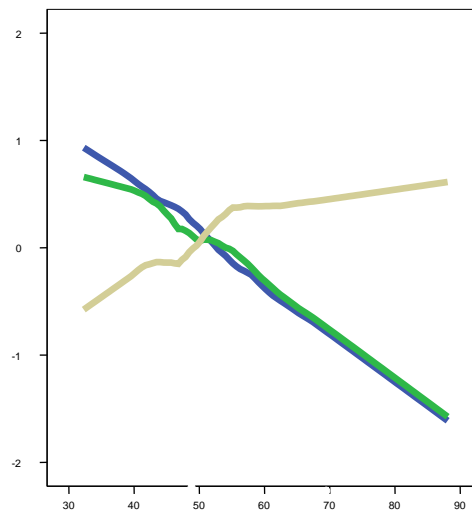
Cluster B:  $-(.07*SD) + (.07*ST) - (.08*CO) + 23.65.$

Modelo lineal	R	R <sup>2</sup>	Variables ecuación
1	.51	.26	SD-
2	.54	.30	SD-, ST+
3	.60	.36	SD-, ST+, CO-

V. dependiente: Cluster B



**GRUPO CLÍNICO**



**GRUPO SANO**

Eje Y : Carácter ( notas Z ) Eje X : Cluster B ( notas T )

◇ SD: Autodirección      ◇ CO: Cooperación      ◇ ST: Autotrascendencia

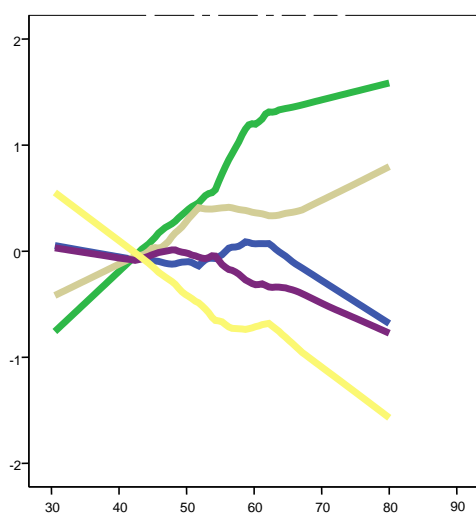
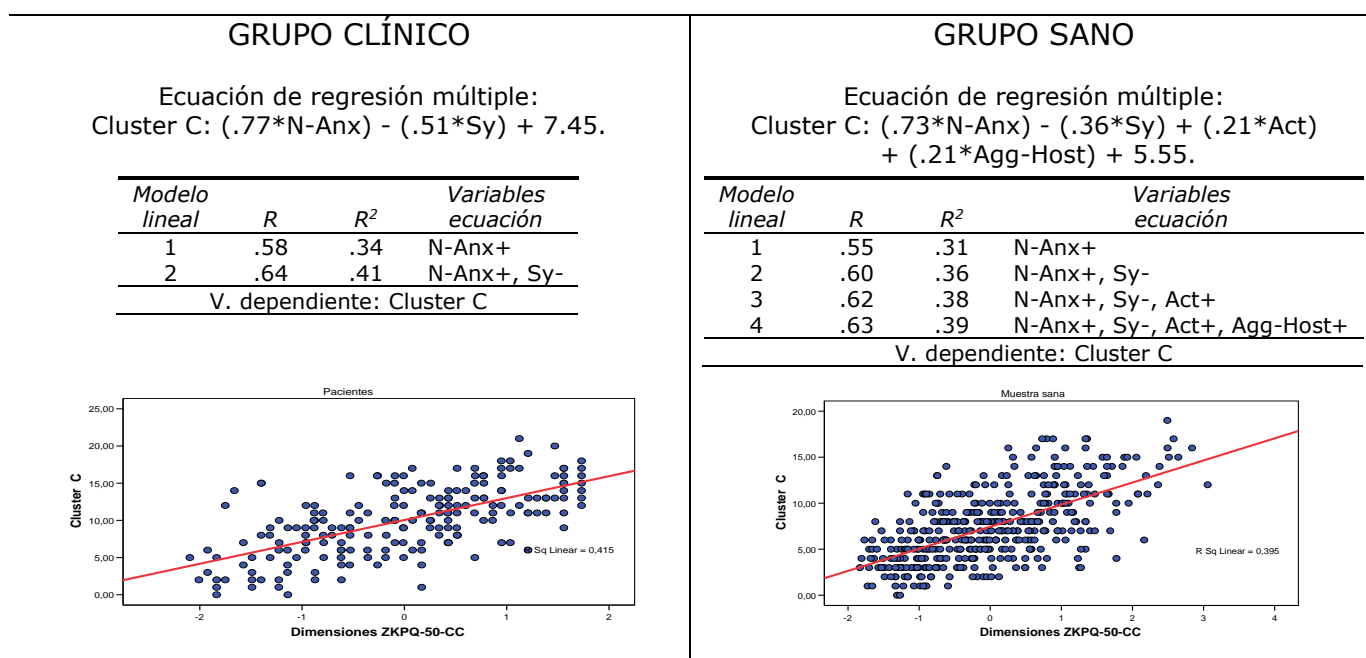
Figura 2.12.

Gráficos comparativos (LOESS): cluster B vs. Carácter del TCI-R en grupo clínico y sano.

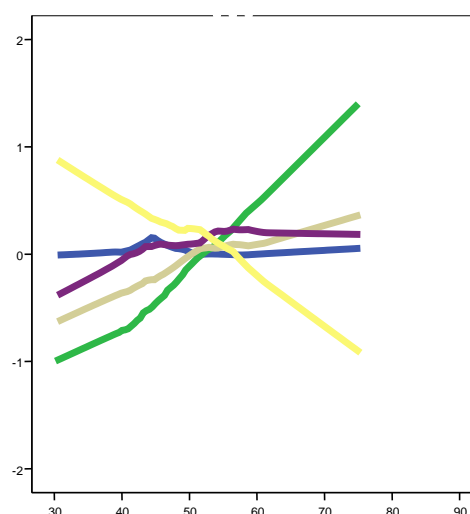


Cuadro 2.9.

Predicción del cluster C (IPDE) con el ZKPQ-50-CC en el grupo clínico y sano.  
 Variables independientes: Dimensiones del ZKPQ-50-CC  
 Variable dependiente: Cluster C.



GRUPO CLÍNICO



GRUPO SANO

Eje Y : ZKPQ-50-CC ( notas Z ) Eje X : Cluster C ( notas T )

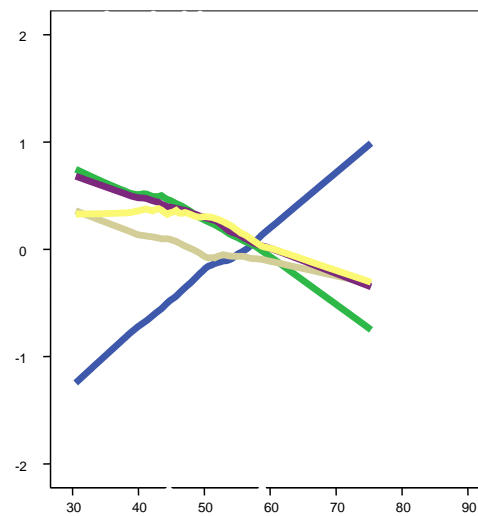
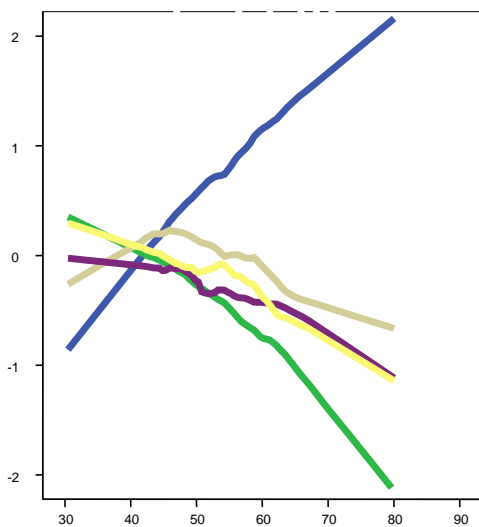
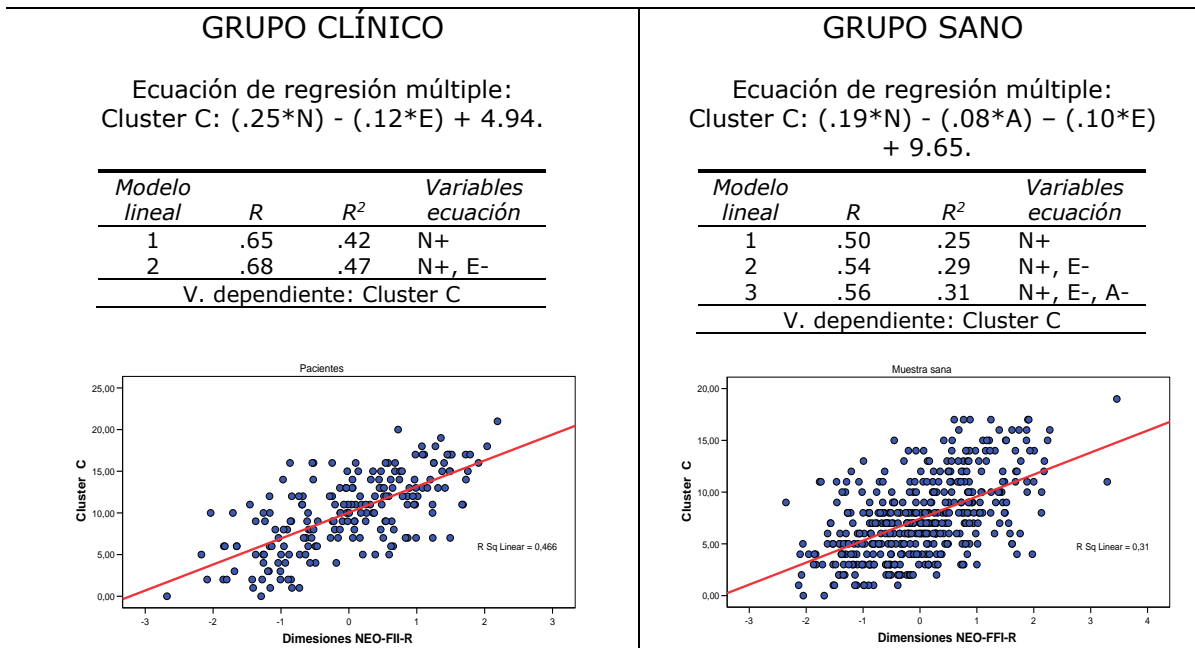
◆ **Imp – SS: Búsqueda de sensaciones - Impulsividad no socializada**  
 ◆ **N – Anx: Neuroticismo – Ansiedad** ◆ **Agg – Host: Agresividad – Hostilidad**  
 ◆ **Act: Actividad** ◆ **Sy: Sociabilidad**

Figura 2.13.

Gráficos comparativos (LOESS): cluster C vs. ZKPQ-50-CC en grupo clínico y sano.

Cuadro 2.10.

Predicción del cluster C (IPDE) con el NEO-FFI-R en el grupo clínico y sano.  
 Variables independientes: Dimensiones del NEO-FFI-R  
 Variable dependiente: Cluster C.



GRUPO CLÍNICO

GRUPO SANO

Eje Y : NEO-FFI-R ( notas Z ) Eje X : Cluster C ( notas T )

- ◆ N: Neuroticismo    ◆ E: Extraversión    ◆ O: Apertura a la experiencia
- ◆ A: Amabilidad    ◆ C: Responsabilidad

Figura 2.14.

Gráficos comparativos (LOESS): cluster C vs. NEO-FFI-R en grupo clínico y sano.

Cuadro 2.11.

Predicción del cluster C (IPDE) con el Temperamento (TCI-R) en el grupo clínico y sano.  
 Variables independientes: Dimensiones del Temperamento del TCI-R  
 Variable dependiente: Cluster C.

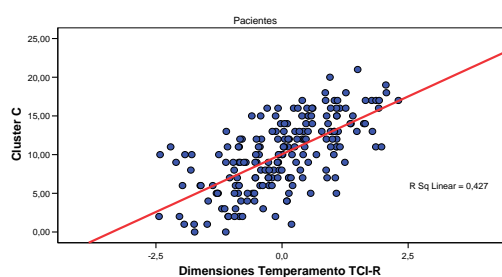
## GRUPO CLÍNICO

Ecuación de regresión múltiple:

Cluster C:  $(.16*HA) + (.05*PS) - 14.10$ .

Modelo lineal	R	R <sup>2</sup>	Variables ecuación
1	.60	.37	HA+
2	.65	.43	HA+, PS+

V. dependiente: Cluster C



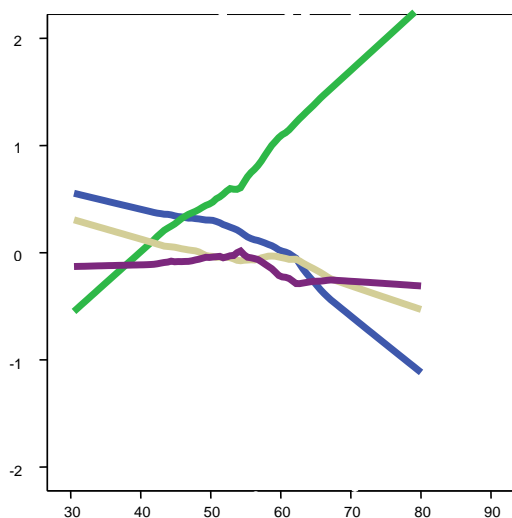
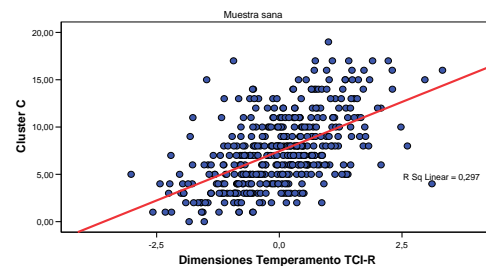
## GRUPO SANO

Ecuación de regresión múltiple:

Cluster C:  $(.12*HA) + (.06*PS) - (.05*RD) - 5.88$ .

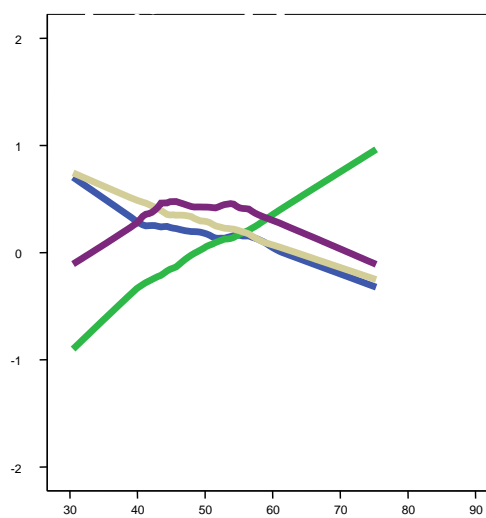
Modelo lineal	R	R <sup>2</sup>	Variables ecuación
1	.44	.19	HA+
2	.50	.25	HA+, PS+
3	.54	.30	HA+, PS+, RD-

V. dependiente: Cluster C



## GRUPO CLÍNICO

Eje Y : Temperamento ( notas Z )



## GRUPO SANO

Eje X : Cluster C ( notas T )

◇ NS: Búsqueda de novedad    ◇ HA: Evitación del daño  
 ◇ RD: Dependencia de la recompensa    ◇ PS : Persistencia

Figura 2.15.

Gráficos comparativos (LOESS): cluster C vs. Temperamento del TCI-R en grupo clínico y sano.

Cuadro 2.12.

Predicción del cluster C (IPDE) con el Carácter (TCI-R) en el grupo clínico y sano.  
 Variables independientes: Dimensiones del Carácter del TCI-R  
 Variable dependiente: Cluster C.

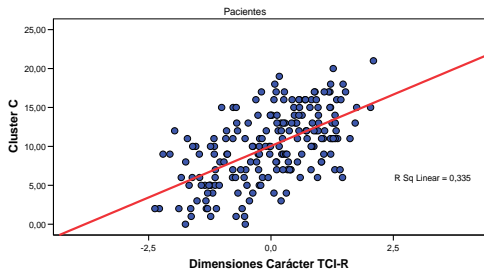
**GRUPO CLÍNICO**

Ecuación de regresión múltiple:

Cluster C: - (.10\*SD) + 23.82.

Modelo lineal	R	R <sup>2</sup>	Variables ecuación
1	.56	.32	SD-

V. dependiente: Cluster C



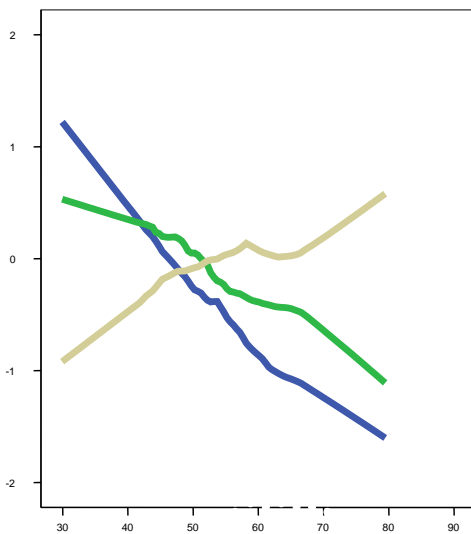
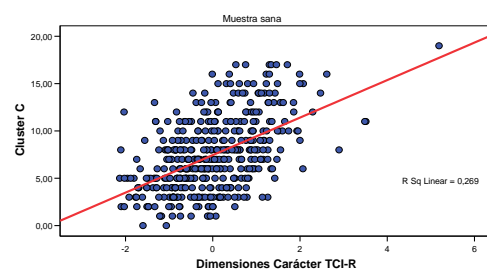
**GRUPO SANO**

Ecuación de regresión múltiple:

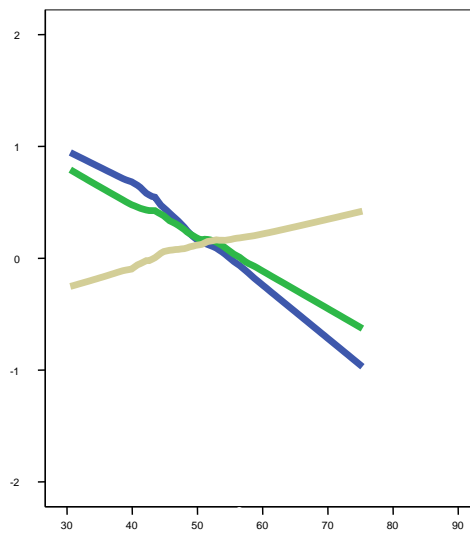
Cluster C: - (.10\*SD) + 22.77.

Modelo lineal	R	R <sup>2</sup>	Variables ecuación
1	.51	.26	SD-

V. dependiente: Cluster C



**GRUPO CLÍNICO**



**GRUPO SANO**

Eje Y : Carácter ( notas Z ) Eje X : Cluster C ( notas T )

◇ SD: Autodirección    ◇ CO: Cooperación    ◇ ST: Autotranscendencia

Figura 2.16.

Gráficos comparativos (LOESS): cluster C vs. Carácter del TCI-R en grupo clínico y sano.

5.5. Anexo 5. Concurrencia de diagnósticos Eje I y II en los diferentes trastornos de la personalidad del grupo clínico.

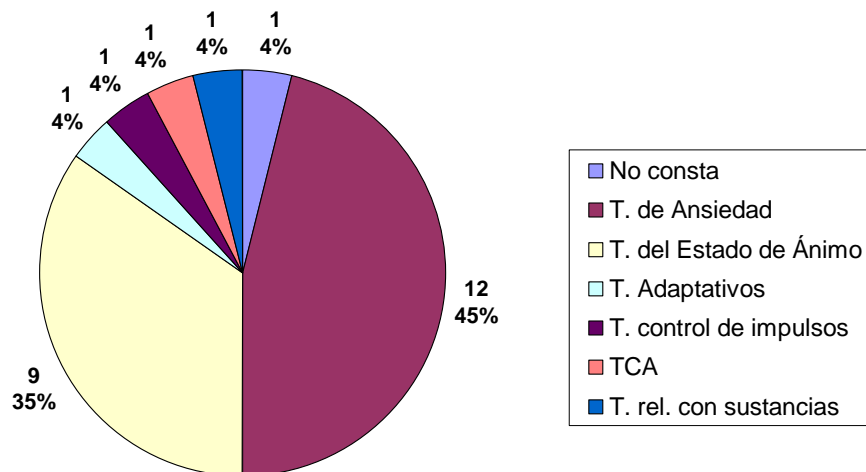


Figura 2.17.

Diagnósticos del Eje I asociados al Trastorno de la Personalidad por **Evitación** (n = 26).

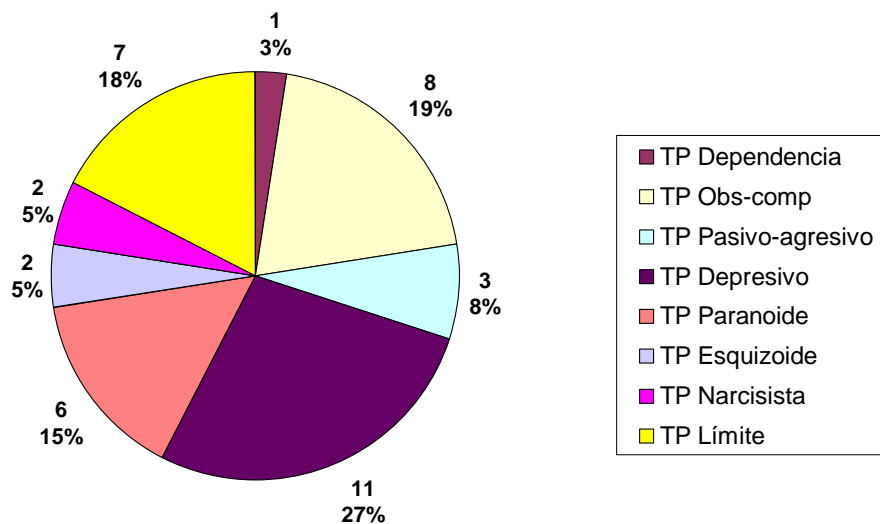


Figura 2.18.

Diagnósticos del Eje II asociados al Trastorno de la Personalidad por **Evitación** (n = 26).

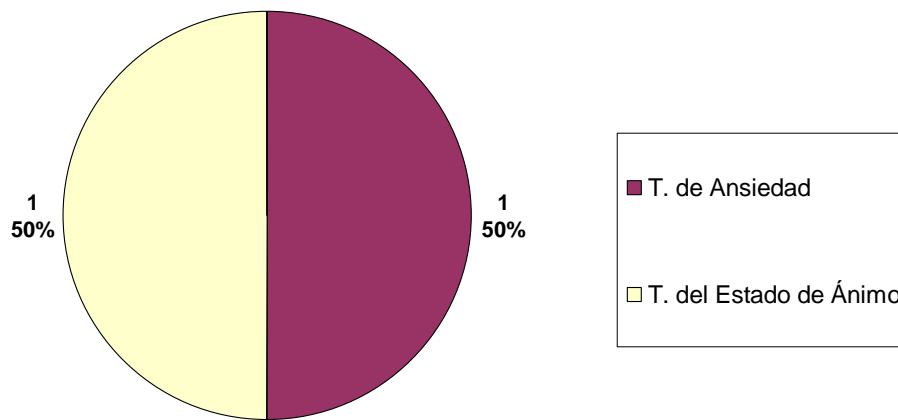


Figura 2.19.

Diagnósticos del Eje I asociados al Trastorno de la Personalidad por **Dependencia** (n = 2).

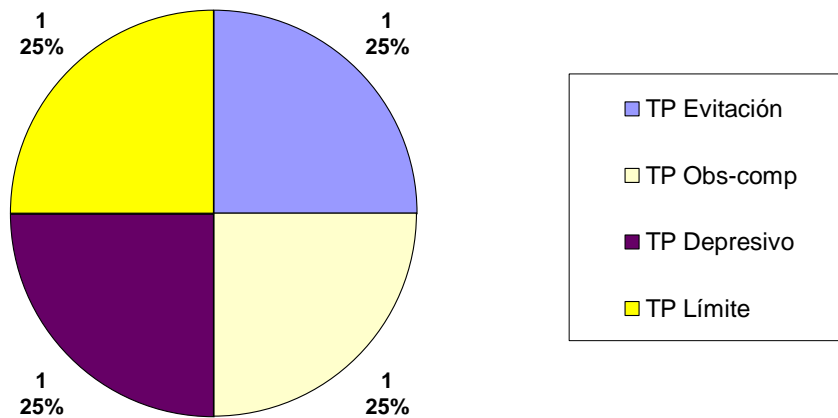


Figura 2.20.

Diagnósticos del Eje I asociados al Trastorno de la Personalidad por **Dependencia** (n = 2).

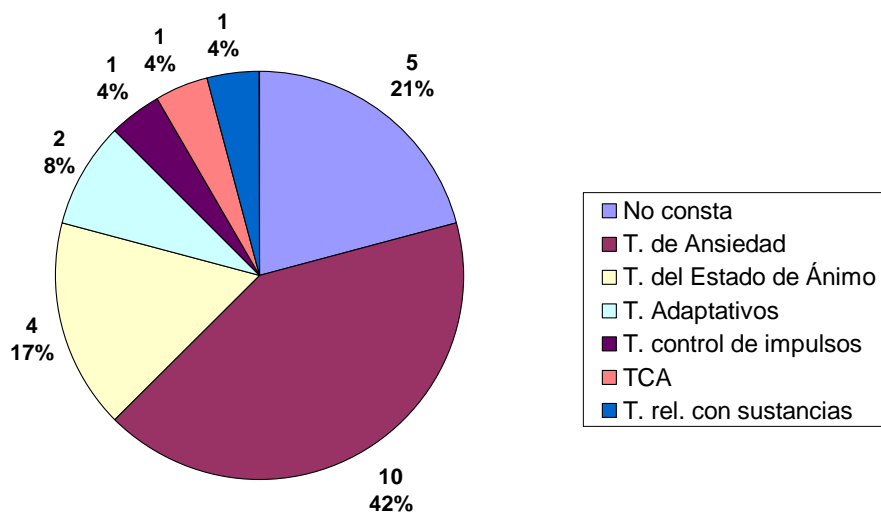


Figura 2.21.

Diagnósticos del Eje I asociados al Trastorno **Obsesivo-Compulsivo** de Personalidad (n = 24).

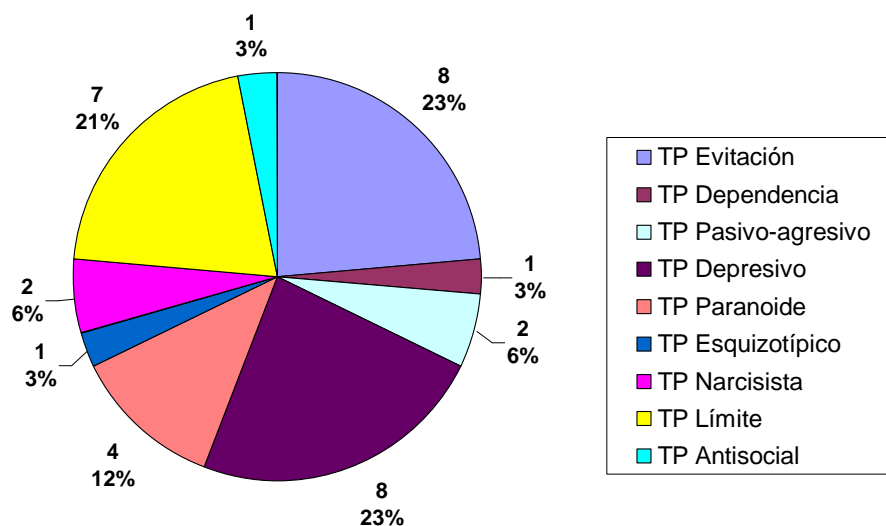


Figura 2.22.

Diagnósticos del Eje II asociados al Trastorno **Obsesivo-Compulsivo** de Personalidad (n = 24).

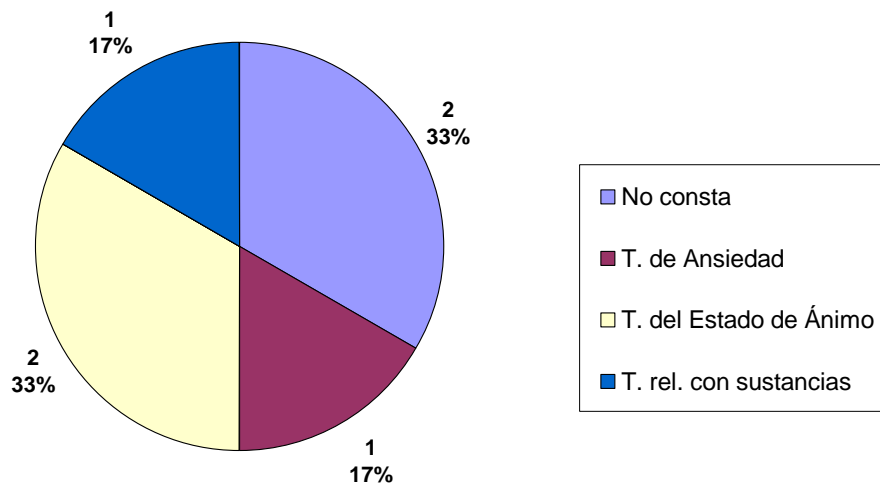


Figura 2.23.

Diagnósticos del Eje I asociados al Trastorno **Pasivo-Agresivo** de Personalidad (n = 6).

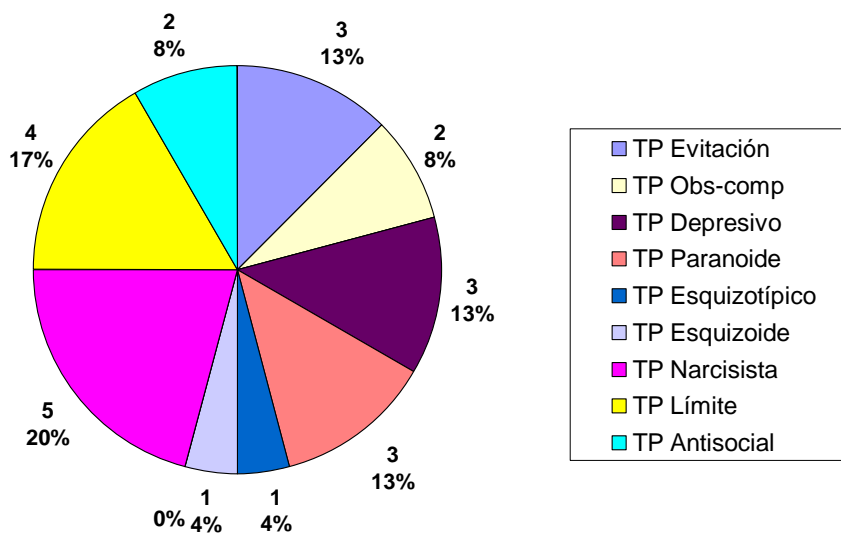


Figura 2.24.

Diagnósticos del Eje II asociados al Trastorno **Pasivo-Agresivo** de Personalidad (n = 6).



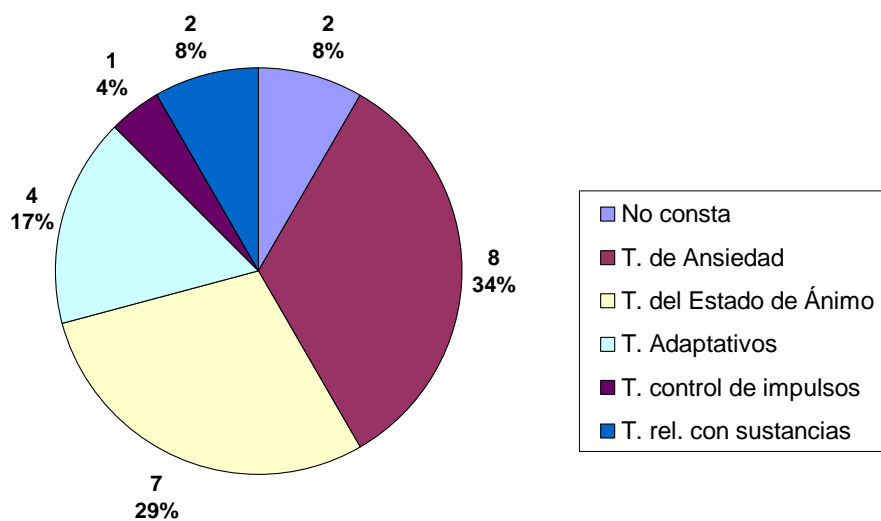


Figura 2.25.

Diagnósticos del Eje I asociados al Trastorno **Depresivo** de Personalidad (n = 24).

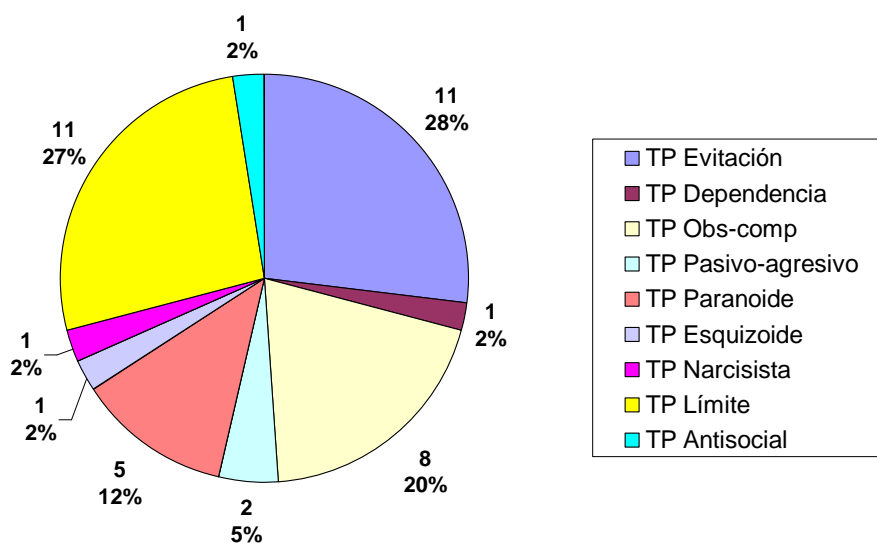


Figura 2.26.

Diagnósticos del Eje II asociados al Trastorno **Depresivo** de Personalidad (n = 24).

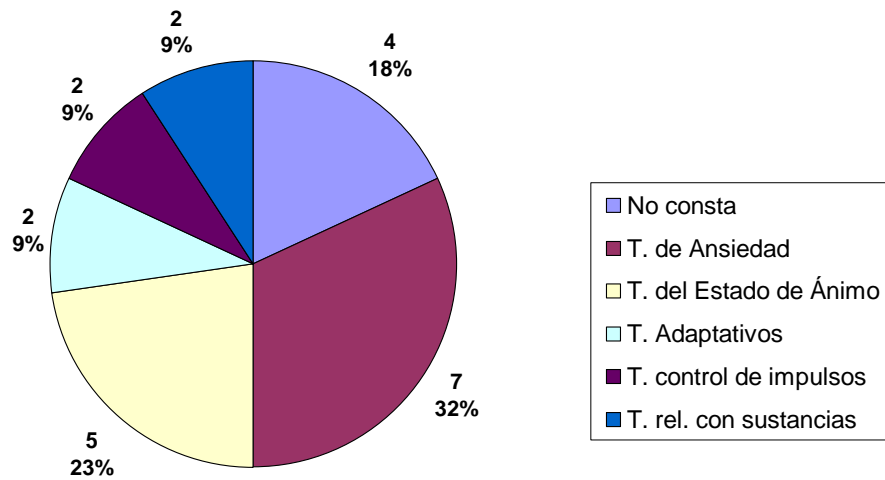


Figura 2.27.

Diagnósticos del Eje I asociados al Trastorno **Paranoide** de Personalidad (n = 22).

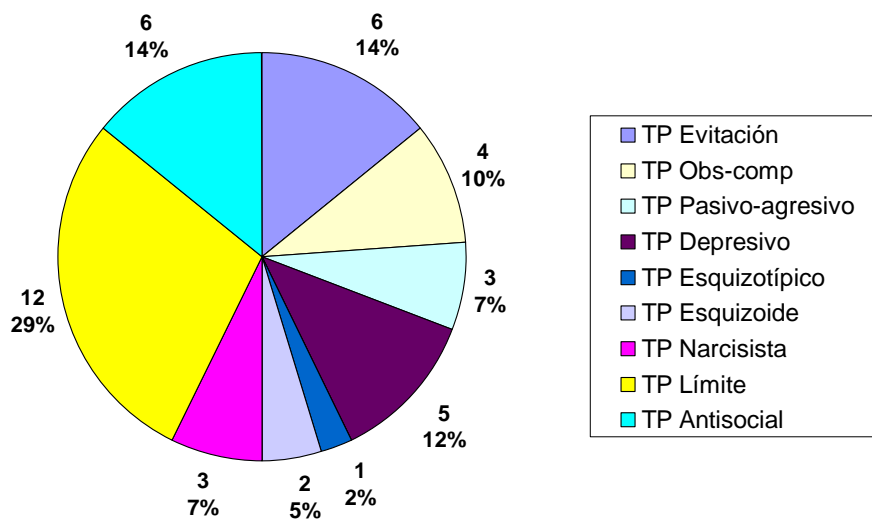


Figura 2.28.

Diagnósticos del Eje II asociados al Trastorno **Paranoide** de Personalidad (n = 22).

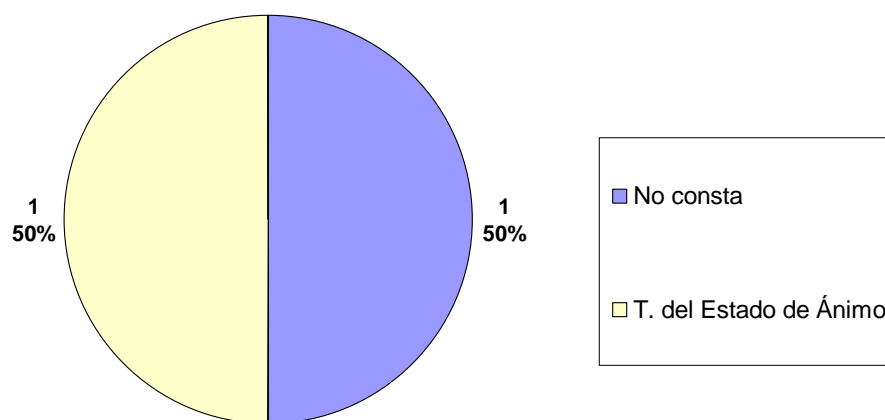


Figura 2.29.

Diagnósticos del Eje I asociados al Trastorno **Esquizotípico** de Personalidad (n = 2).

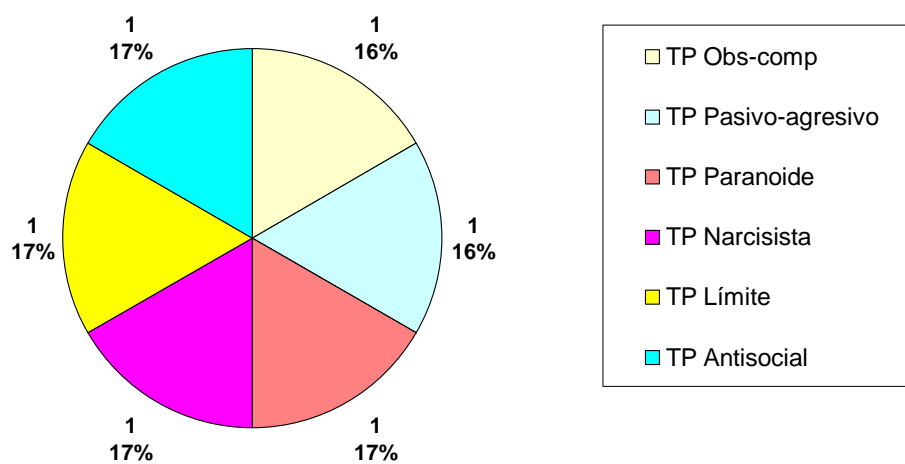


Figura 2.30.

Diagnósticos del Eje II asociados al Trastorno **Esquizotípico** de Personalidad (n = 2).

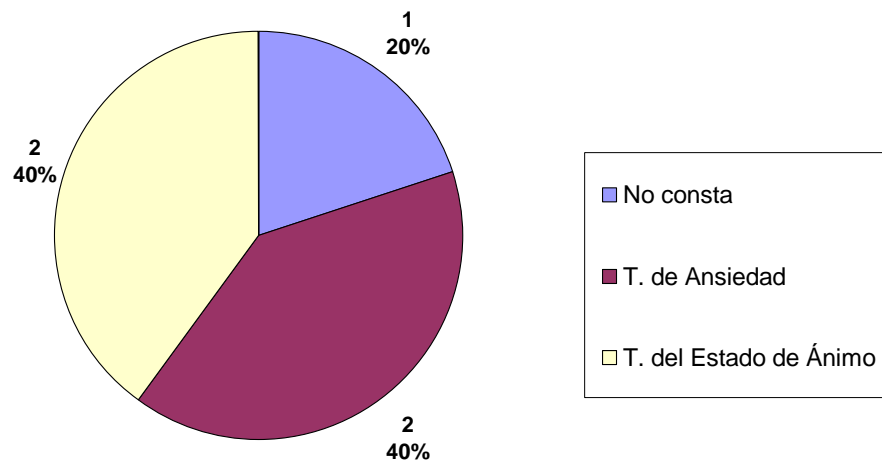


Figura 2.31.

Diagnósticos del Eje I asociados al Trastorno **Esquizoide** de Personalidad (n = 5).

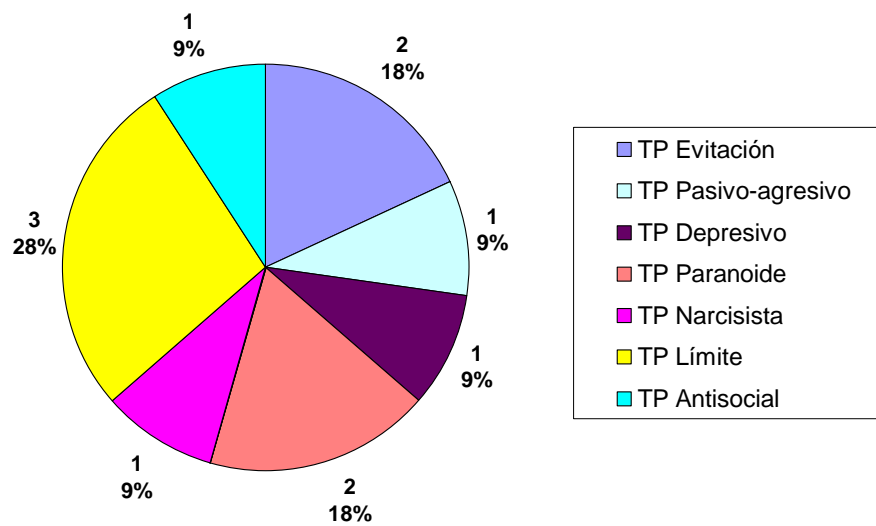


Figura 2.32.

Diagnósticos del Eje II asociados al Trastorno **Esquizoide** de Personalidad (n = 5).

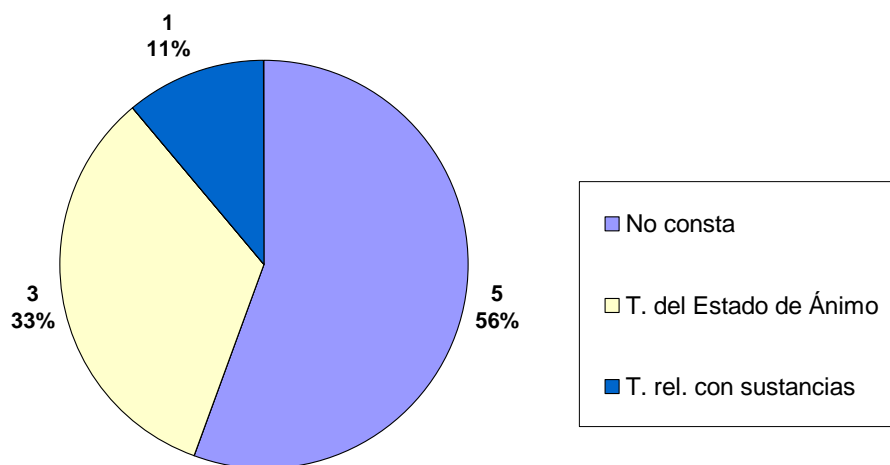


Figura 2.33.

Diagnósticos del Eje I asociados al Trastorno **Narcisista** de Personalidad (n = 9).

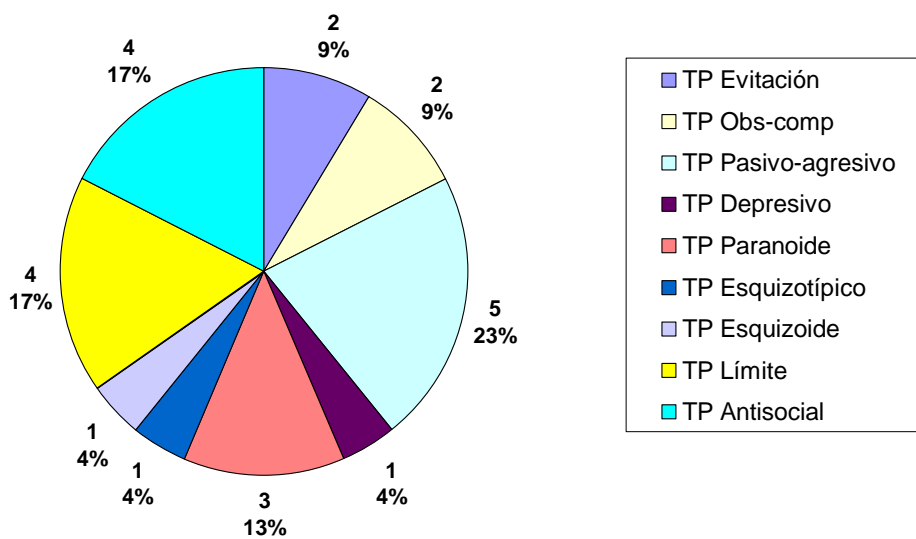


Figura 2.34.

Diagnósticos del Eje II asociados al Trastorno **Narcisista** de Personalidad (n = 9).

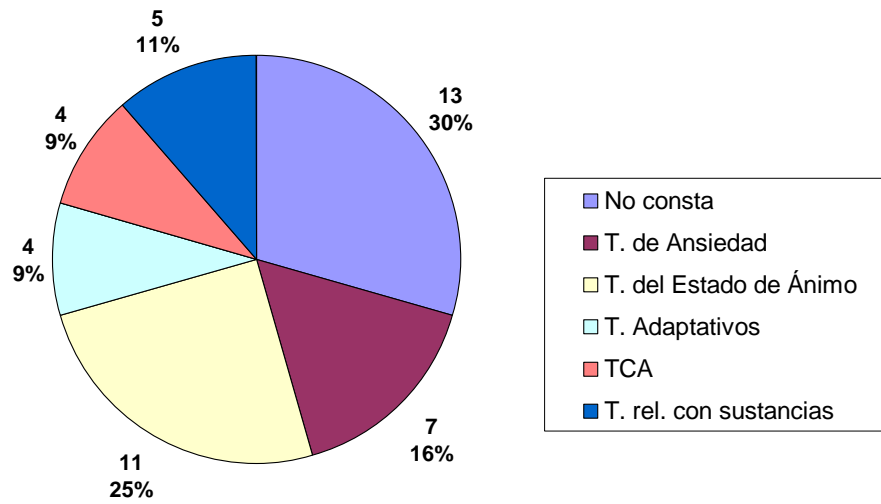


Figura 2.35.

Diagnósticos del Eje I asociados al Trastorno **Límite** de Personalidad (n = 44).

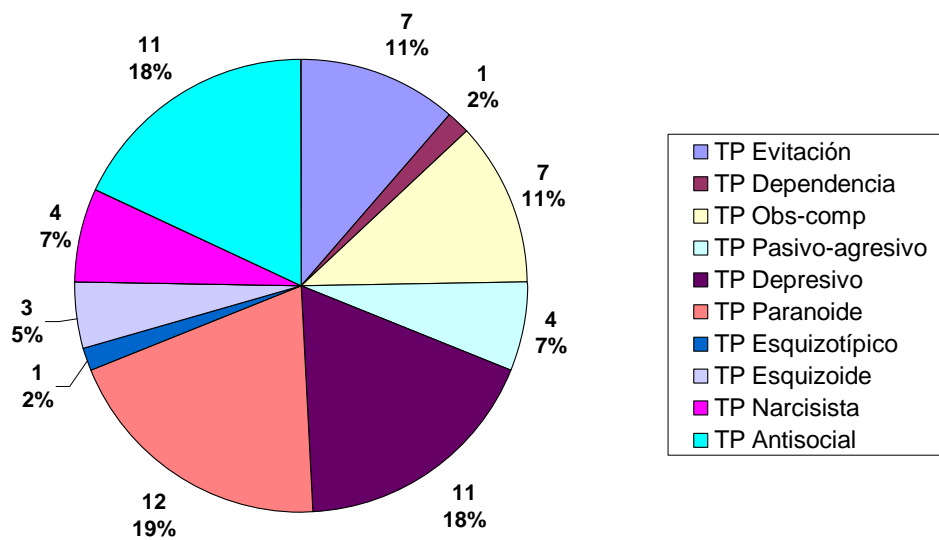


Figura 2.36.

Diagnósticos del Eje II asociados al Trastorno **Límite** de Personalidad (n = 44).

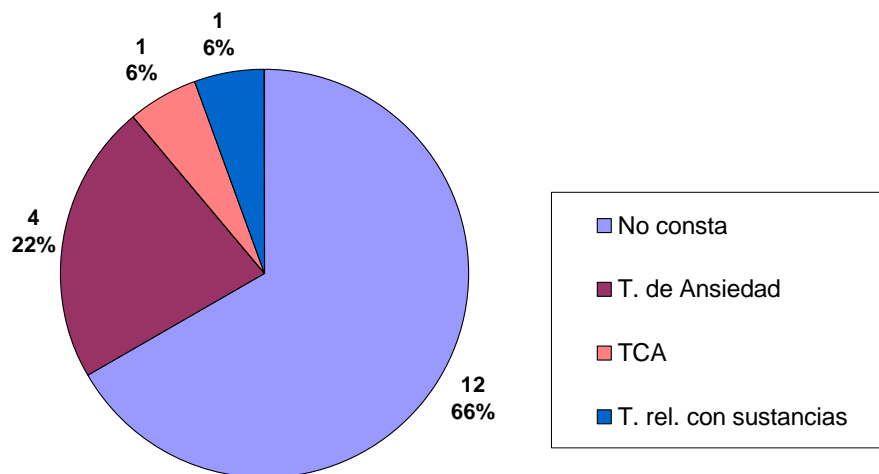


Figura 2.37.

Diagnósticos del Eje I asociados al Trastorno **Antisocial** de Personalidad (n = 18).

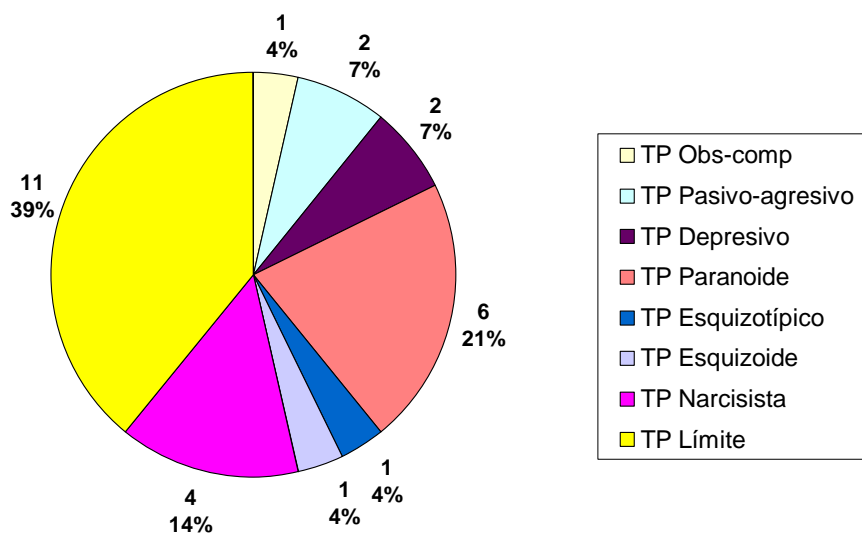


Figura 2.38.

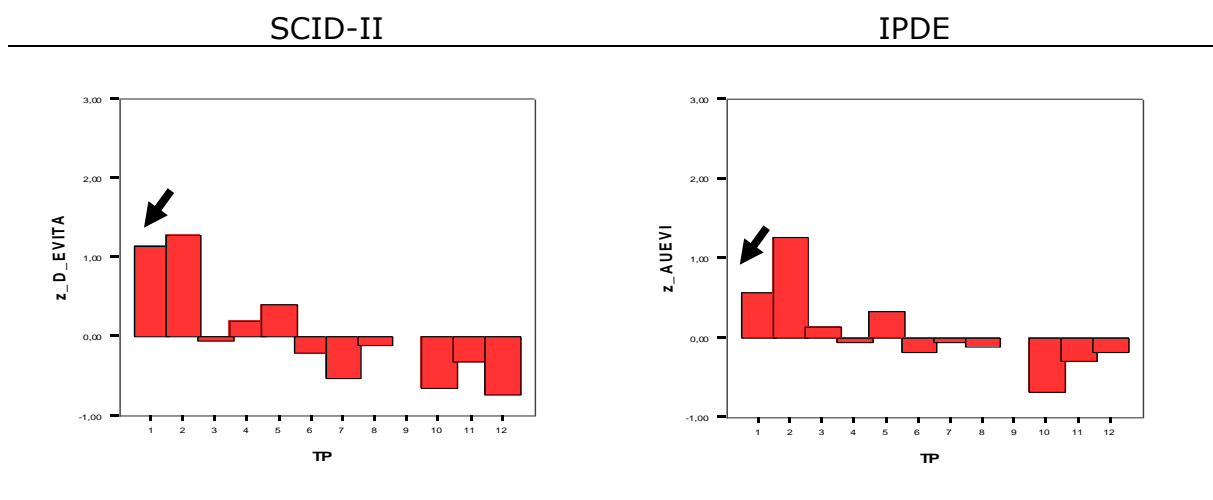
Diagnósticos del Eje II asociados al Trastorno **Antisocial** de Personalidad (n = 18).





## 5.6. Anexo 6.

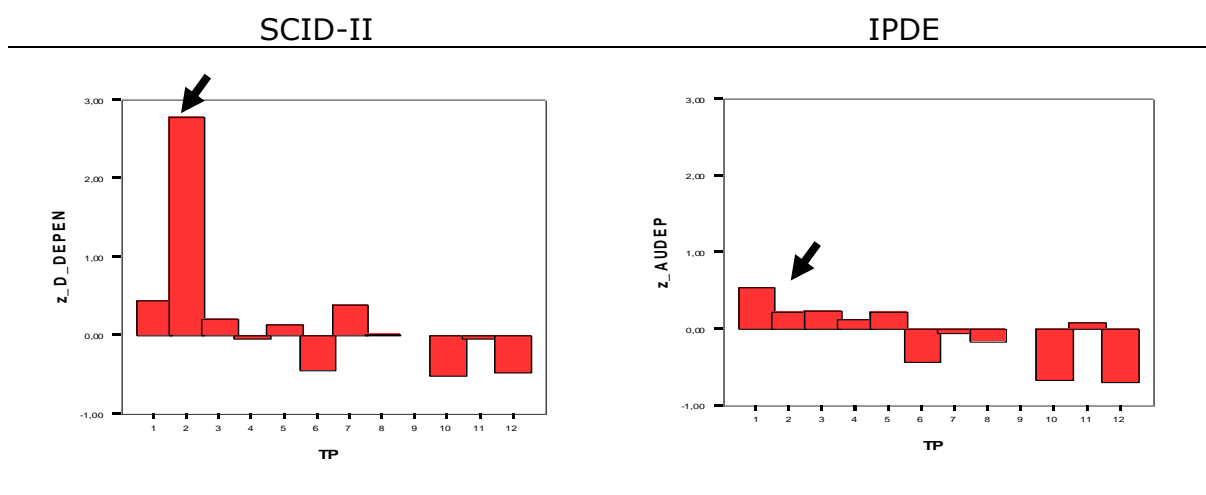
Gráficas comparativas entre las puntuaciones dimensionales del SCID-II vs. IPDE de cada uno de los 12 diagnósticos encontrados con el SCID II (categorial).



1.- Evitación (n=26), 2.- Dependencia (n=2), 3.- Obsesivo-Compulsivo (n=24), 4.- Pasivo-agresivo (n=6), 5.- Depresivo (n=24), 6.- Paranoide (n=22), 7.- Esquizotípico (n=2), 8.- Esquizoide (n=5), 9.- Histriónico (n=0) 10.- Narcisista (n=9), 11.- Límite (n=47) y 12.- Antisocial (n=18).

Figura 2.39.

Puntuaciones (notas Z) de los sujetos diagnosticados con el SCID-II (categorial) en las escalas del Trastorno de la Personalidad por Evitación del SCID-II-D y del IPDE.

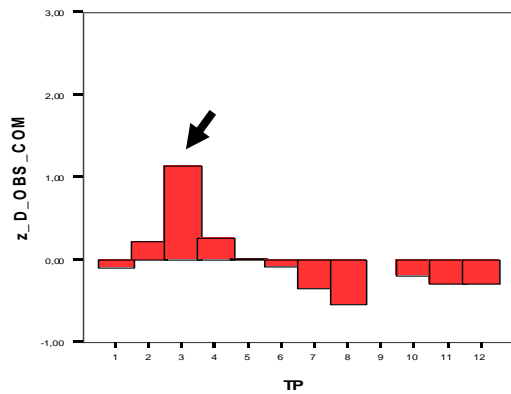


1.- Evitación (n=26), 2.- Dependencia (n=2), 3.- Obsesivo-Compulsivo (n=24), 4.- Pasivo-agresivo (n=6), 5.- Depresivo (n=24), 6.- Paranoide (n=22), 7.- Esquizotípico (n=2), 8.- Esquizoide (n=5), 9.- Histriónico (n=0) 10.- Narcisista (n=9), 11.- Límite (n=47) y 12.- Antisocial (n=18).

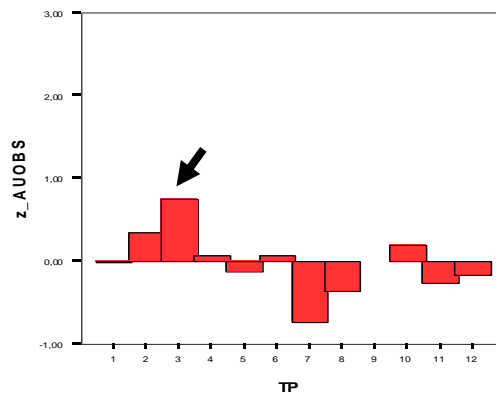
Figura 2.40.

Puntuaciones (notas Z) de los sujetos diagnosticados con el SCID-II (categorial) en las escalas del Trastorno de la Personalidad por Dependencia del SCID-II-D y del IPDE.

## SCID-II



## IPDE

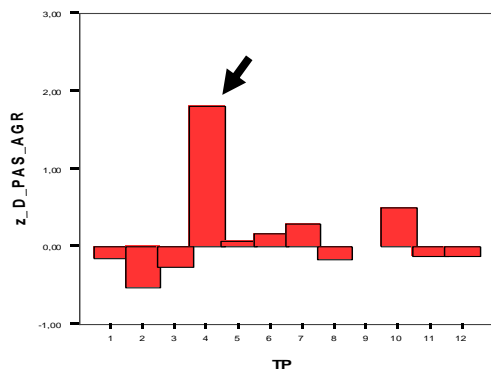


1.- Evitación (n=26), 2.- Dependencia (n=2), 3.- Obsesivo-Compulsivo (n=24), 4.- Pasivo-agresivo (n=6), 5.- Depresivo (n=24), 6.- Paranoide (n=22), 7.- Esquizotípico (n=2), 8.- Esquizoide (n=5), 9.- Histriónico (n=0) 10.- Narcisista (n=9), 11.- Límite (n=47) y 12.- Antisocial (n=18).

Figura 2.41.

Puntuaciones (notas Z) de los sujetos diagnosticados con el SCID-II (categorial) en las escalas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad del SCID-II-D y del IPDE.

## SCID-II

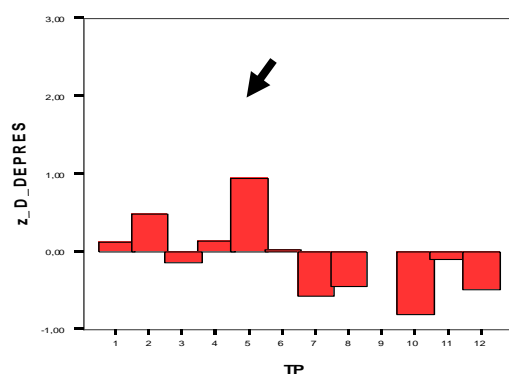


1.- Evitación (n=26), 2.- Dependencia (n=2), 3.- Obsesivo-Compulsivo (n=24), 4.- Pasivo-agresivo (n=6), 5.- Depresivo (n=24), 6.- Paranoide (n=22), 7.- Esquizotípico (n=2), 8.- Esquizoide (n=5), 9.- Histriónico (n=0) 10.- Narcisista (n=9), 11.- Límite (n=47) y 12.- Antisocial (n=18).

Figura 2.42.

Puntuaciones (notas Z) de los sujetos diagnosticados con el SCID-II (categorial) en las escalas del Trastorno de Pasivo-Agresivo de la Personalidad del SCID-II-D.

## SCID-II

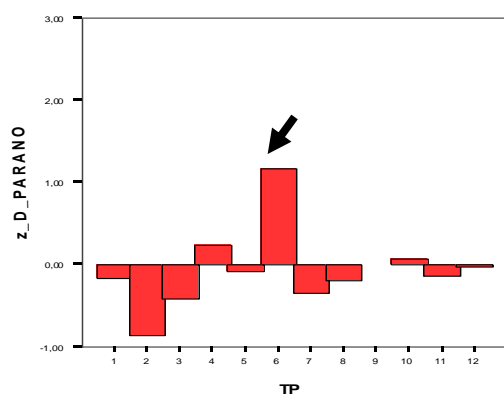


1.- Evitación (n=26), 2.- Dependencia (n=2), 3.- Obsesivo-Compulsivo (n=24), 4.- Pasivo-agresivo (n=6), 5.- Depresivo (n=24), 6.- Paranoide (n=22), 7.- Esquizotípico (n=2), 8.- Esquizoide (n=5), 9.- Histriónico (n=0) 10.- Narcisista (n=9), 11.- Límite (n=47) y 12.- Antisocial (n=18).

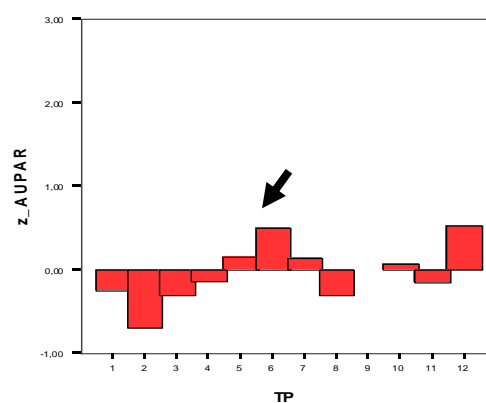
Figura 2.43.

Puntuaciones (notas Z) de los sujetos diagnosticados con el SCID-II (categorial) en las escalas del Trastorno de Depresivo de la Personalidad del SCID-II-D.

## SCID-II



## IPDE

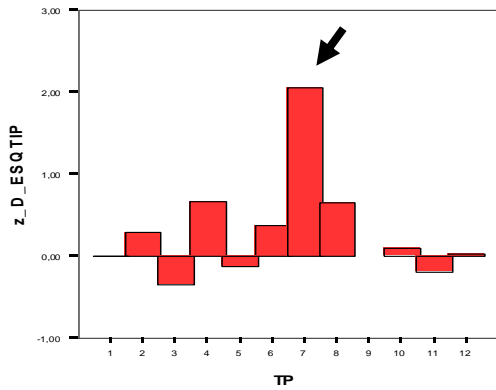


1.- Evitación (n=26), 2.- Dependencia (n=2), 3.- Obsesivo-Compulsivo (n=24), 4.- Pasivo-agresivo (n=6), 5.- Depresivo (n=24), 6.- Paranoide (n=22), 7.- Esquizotípico (n=2), 8.- Esquizoide (n=5), 9.- Histriónico (n=0) 10.- Narcisista (n=9), 11.- Límite (n=47) y 12.- Antisocial (n=18).

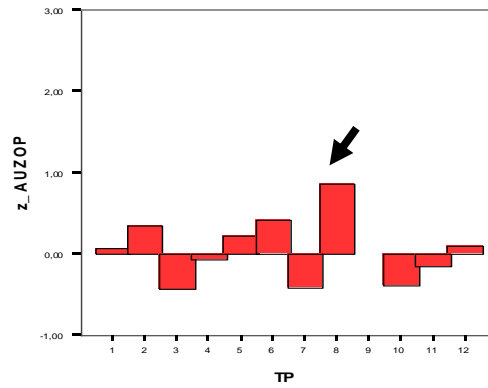
Figura 2.44.

Puntuaciones (notas Z) de los sujetos diagnosticados con el SCID-II (categorial) en las escalas del Trastorno Paranoide de la Personalidad del SCID-II-D y del IPDE.

SCID-II



IPDE

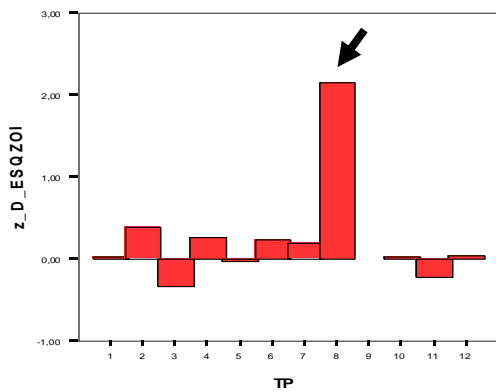


1.- Evitación (n=26), 2.- Dependencia (n=2), 3.- Obsesivo-Compulsivo (n=24), 4.- Pasivo-agresivo (n=6), 5.- Depresivo (n=24), 6.- Paranoide (n=22), 7.- Esquizotípico (n=2), 8.- Esquizoide (n=5), 9.- Histriónico (n=0) 10.- Narcisista (n=9), 11.- Límite (n=47) y 12.- Antisocial (n=18).

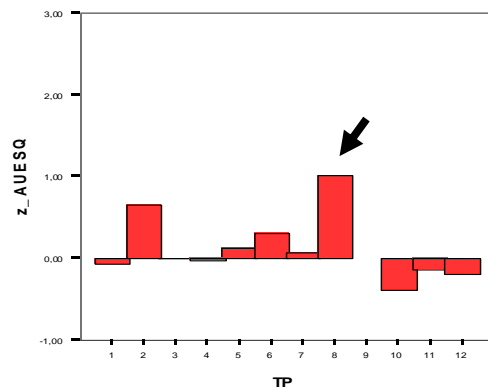
Figura 2.45.

Puntuaciones (notas Z) de los sujetos diagnosticados con el SCID-II (categorial) en las escalas del Trastorno Esquizotípico de la Personalidad del SCID-II-D y del IPDE.

SCID-II



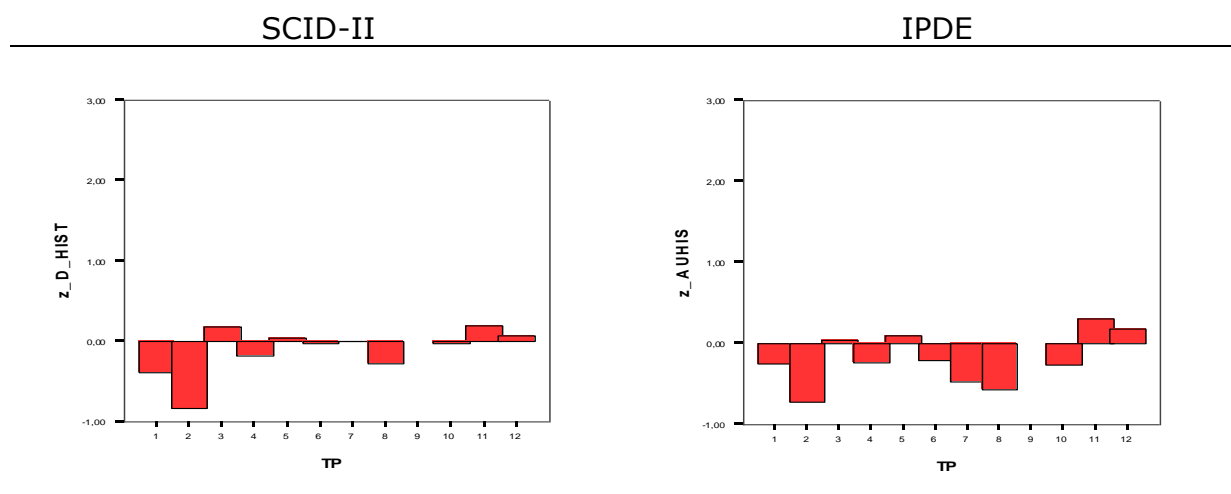
IPDE



1.- Evitación (n=26), 2.- Dependencia (n=2), 3.- Obsesivo-Compulsivo (n=24), 4.- Pasivo-agresivo (n=6), 5.- Depresivo (n=24), 6.- Paranoide (n=22), 7.- Esquizotípico (n=2), 8.- Esquizoide (n=5), 9.- Histriónico (n=0) 10.- Narcisista (n=9), 11.- Límite (n=47) y 12.- Antisocial (n=18).

Figura 2.46.

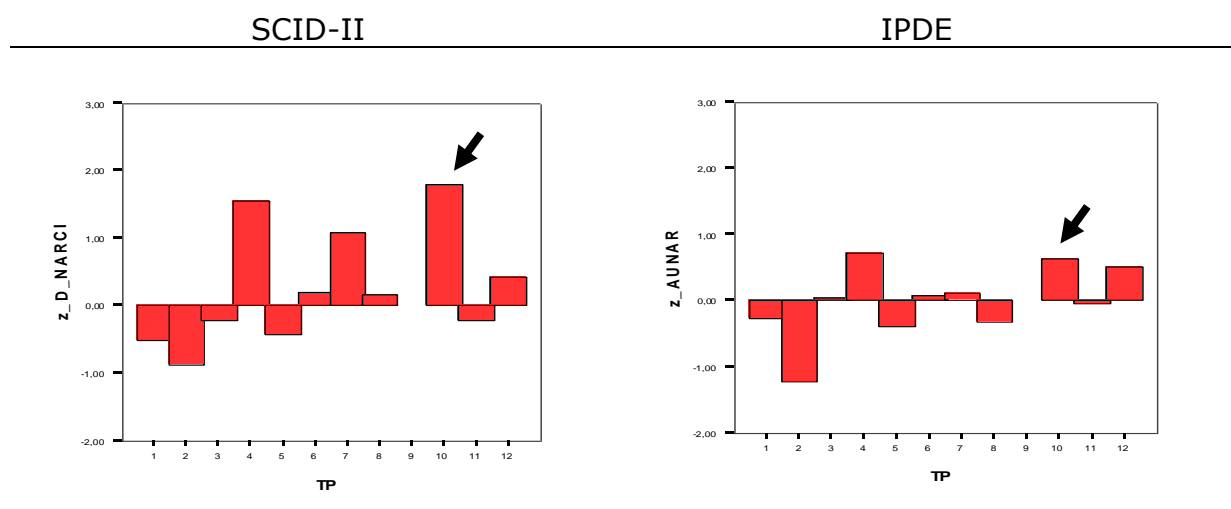
Puntuaciones (notas Z) de los sujetos diagnosticados con el SCID-II (categorial) en las escalas del Trastorno Esquizoide de la Personalidad del SCID-II-D y del IPDE.



1.- Evitación (n=26), 2.- Dependencia (n=2), 3.- Obsesivo-Compulsivo (n=24), 4.- Pasivo-agresivo (n=6), 5.- Depresivo (n=24), 6.- Paranoide (n=22), 7.- Esquizotípico (n=2), 8.- Esquizoide (n=5), 9.- Histriónico (n=0) 10.- Narcisista (n=9), 11.- Límite (n=47) y 12.- Antisocial (n=18).

Figura 2.47.

Puntuaciones (notas Z) de los sujetos diagnosticados con el SCID-II (categorial) en las escalas del Trastorno Histriónico de la Personalidad del SCID-II-D y del IPDE.



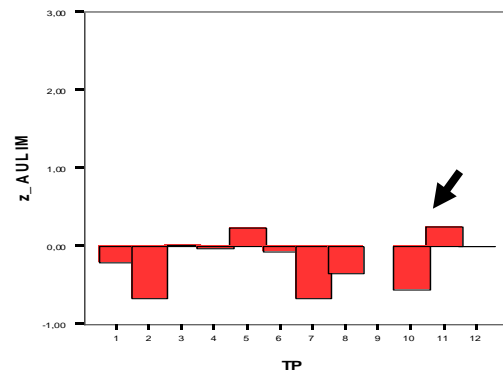
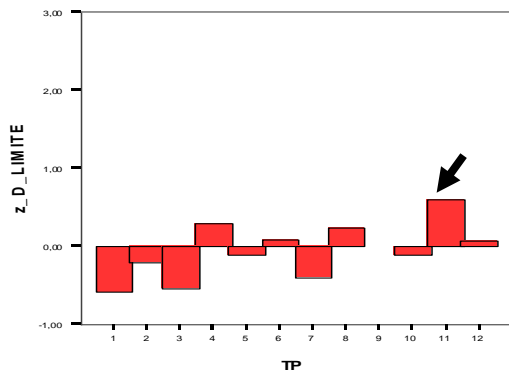
1.- Evitación (n=26), 2.- Dependencia (n=2), 3.- Obsesivo-Compulsivo (n=24), 4.- Pasivo-agresivo (n=6), 5.- Depresivo (n=24), 6.- Paranoide (n=22), 7.- Esquizotípico (n=2), 8.- Esquizoide (n=5), 9.- Histriónico (n=0) 10.- Narcisista (n=9), 11.- Límite (n=47) y 12.- Antisocial (n=18).

Figura 2.48.

Puntuaciones (notas Z) de los sujetos diagnosticados con el SCID-II (categorial) en las escalas del Trastorno Narcisista de la Personalidad del SCID-II-D y del IPDE.

SCID-II

IPDE



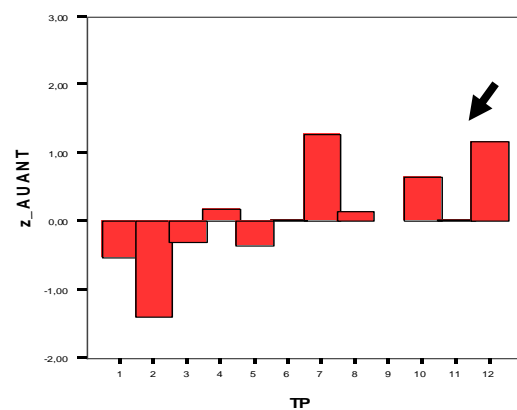
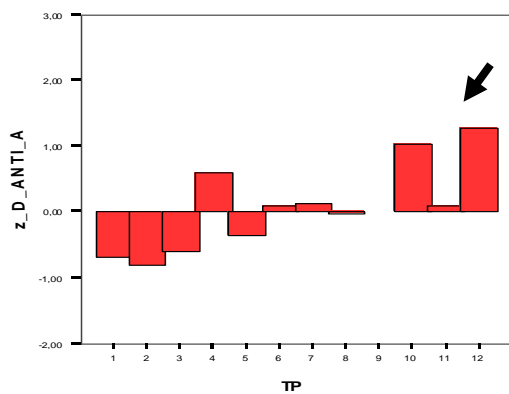
1.- Evitación (n=26), 2.- Dependencia (n=2), 3.- Obsesivo-Compulsivo (n=24), 4.- Pasivo-agresivo (n=6), 5.- Depresivo (n=24), 6.- Paranoide (n=22), 7.- Esquizotípico (n=2), 8.- Esquizoide (n=5), 9.- Histriónico (n=0) 10.- Narcisista (n=9), 11.- Límite (n=47) y 12.- Antisocial (n=18).

Figura 2.49.

Puntuaciones (notas Z) de los sujetos diagnosticados con el SCID-II (categorial) en las escalas del Trastorno Límite de la Personalidad del SCID-II-D y del IPDE.

SCID-II

IPDE



1.- Evitación (n=26), 2.- Dependencia (n=2), 3.- Obsesivo-Compulsivo (n=24), 4.- Pasivo-agresivo (n=6), 5.- Depresivo (n=24), 6.- Paranoide (n=22), 7.- Esquizotípico (n=2), 8.- Esquizoide (n=5), 9.- Histriónico (n=0) 10.- Narcisista (n=9), 11.- Límite (n=47) y 12.- Antisocial (n=18).

Figura 2.50.

Puntuaciones (notas Z) de los sujetos diagnosticados con el SCID-II (categorial) en las escalas del Trastorno Antisocial de la Personalidad del SCID-II-D y del IPDE.