



Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal  
Facultat de Medicina

**Adaptació al castellà del *Personality*  
*Diagnostic Questionnaire - 4+*:  
Propietats psicomètriques en població  
clínica i en estudiants**

**Tesi doctoral presentada per  
Natàlia Calvo Piñero**

**Directors  
Rafael Torrubia Beltri i Xavier Caseras Vives**

Bellaterra, juliol de 2007

*A la Clàudia i l'Eduard*

*Quan surts per fer el viatge cap a Ítaca  
has de pregar que el camí sigui llarg,  
ple d'aventures, ple de coneixences.  
Has de pregar que el camí sigui llarg.  
Que siguin moltes les matinades,  
que entraràs en un port que els teus ulls ignoraven,  
i vagis a ciutats per aprendre dels que saben.  
Tingues sempre al cor la idea d'Ítaca,  
has d'arribar, és el teu destí,  
però no forçis gens la travessia.  
És preferible que duri molts anys,  
Que siguis vell quan fondegis l'illa,  
ric de tot el que hauràs guanyat fent el camí,  
sense esperar que et doni més riqueses.*



## *AGRAÏMENTS*

A en Rafael Torrubia. Sense ell, aquest treball no s'hagués fet realitat, si més no, amb aquest rigor i profunditat. Vull agrair-li a més del seu mestratge científic i pedagògic, el seu entusiasme per aquest projecte, la seva generositat i la seva qualitat humana. Gràcies per tot això, i també gràcies per la seva paciència especialment en aquells moments de cansament i de desànim.

A en Xavier Caseras. El seu esperit crític constructiu i el seu optimisme han estat presents al llarg d'aquest camí, estigués en el nostre país o lluny d'ell.

A l'Oscar Andi3n, per les seves valuoses aportacions estadístiques, per les seves anotacions i correccions, pel seu interès, i sobretot, per la seva confiança i amistat.

A la Tatiana Rovira. El seu suport estadístic i la seva disponibilitat han estat fonamentals en aquest treball.

Al Fernando Guti3rrez. Per la seva contribuci3n pel que fa a la mostra clínic*a* i a l'ús del TCI, i per la seva amabilitat per ajudar en qualsevol aclariment.

A la Dolors Moreno i al Guy Fantuzzio. La seva generosa contribuci3n lingüística i filològica han estat imprescindibles en aquest treball. I encara més el seu suport personal.

A la Magda Buenaño. Perquè sempre m'ha fet sentir molt ben acollida en el Departament. Per totes aquelles estones que hem compartit xerrant amb un cafè de coses de la vida (i no de ciència!!), que m'han permès descobrir a una extraordinària persona.

Als meus fills, Clàudia i Eduard. Aquest treball també és el seu treball. Perquè sàpiguen disculpar-me per tot aquells moments que els he restat per dedicar a la tesi.

Espero que se sentin satisfets, si més no, pel fet de que ara ja podré disposar de més temps per a compartir amb ells. De fet, tots dos són el millor projecte de la meva vida!!!

Al Pol. Perquè sempre ha cregut i ha confiat en mi. Fins i tot en alguns moments, més que jo mateixa. La seva estima i suport ha facilitat tot aquest llarg camí de treball i de recerca.

Als meus pares, perquè gràcies a ells sóc el que sóc, i he pogut assolir aquesta nova fita per a mi.

A la meva família, i especialment a tots aquells que m'han animat i s'han interessat per la marxa d'aquest estudi, sabent combinar l'atenció i el bon humor en tot moment. Per a mi sempre han estat un puntal important i un referent no només en aquí, sinó en la meva vida.

Als meus amics, els quals he sentit molt a prop meu en aquest projecte amb interès, i, fins i tot, amb curiositat pel tema.

A tots i cadascun de vosaltres, us vull donar gràcies per la vostra confiança i la vostra estima. Em sento feliçment deutora de tots els que configureu la geografia del meu cor. Per això sense vosaltres, aquest treball no hauria tingut cap sentit.

I per acabar, espero que aquest treball pugui contribuir, encara que només sigui humilment i modestament, al desenvolupament científic del meu estimat país....

## ÍNDIX GENERAL

Abreviatures	1
1. Marc teòric	3
1.1. Perspectiva històrica dels trastorns de la personalitat	3
1.2. Els trastorns de la personalitat en el sistema de classificació DSM	6
1.3. Procediments d'avaluació de la personalitat	22
1.4. Antecedents del <i>Personality Diagnostic Questionnaire-4+</i>	34
1.5. El <i>Personality Diagnostic Questionnaire-4+</i>	56
2. Plantejament experimental	71
2.1. Introducció	71
2.2. Objectius	72
2.3. Hipòtesis	74
3. Estudi 1: Mostra clínica	79
3.1. Mètode	79
3.1.1. Participants	79
3.1.2. Material	80
3.1.3. Procediment	82
3.2. Resultats	85
3.3. Discussió	126
4. Estudi 2: Mostra no clínica	149
4.1. Mètode	149
4.1.1. Participants	149
4.1.2. Material	149
4.1.3. Procediment	153
4.2. Resultats	154

4.3. Discussió	192
5. Comparació de mitjanes i prevalences de la mostra clínica i la no clínica	209
5.1. Mètode	209
5.2. Resultats	210
5.3. Discussió	214
6. Discussió general	219
6.1. Limitacions i propostes per a futurs treballs	224
7. Resum i conclusions	229
8. Bibliografia	233
9. Annexes	265
9.1. Annex 1: Mesures d'avaluació	267
9.2. Annex 2: <i>Back traslation</i>	311
9.3. Annex 3: Histogrames	319

## *ÍNDIX DE TAULES I FIGURES*

### *TAULES*

<b>Taula 1.2.1.</b> Els trastorns de la personalitat en els diferents DSM	20
<b>Taula 1.2.2.</b> Comparació dels eixos de totes les versions del DSM	21
<b>Taula 1.3.1.</b> Procediments d'avaluació segons una adaptació de l'esquema de Clark i Harrison (2001)	24
<b>Taula 1.4.1.</b> Taula-resum d'estudis publicats amb dades de prevalença de TP amb el PDQ en mostres clíniques i no clíniques	41
<b>Taula 1.4.2.</b> Taula-resum d'estudis publicats amb dades de prevalença de TP amb el PDQ-R en mostres clíniques i no clíniques	54
<b>Taula 1.4.3.</b> Taula-resum d'estudis publicats amb puntuacions mitjanes de cada escala específica amb el PDQ-R en mostres clíniques i no clíniques	55
<b>Taula 1.5.1.</b> Taula-resum dels estudis publicats amb el PDQ-4+ i el PDQ-4	67
<b>Taula 1.5.2.</b> Taula-resum d'estudis publicats amb dades de prevalences de TP en el PDQ-4+ en mostres clíniques	68
<b>Taula 1.5.3.</b> Taula-resum d'estudis publicats amb dades de mitjanes de TP amb el PDQ-4+ en mostres clíniques i no clíniques	69



<b>Taula 1.5.4.</b> Taula-resum d'estudis publicats amb les fiabilitats Alfa de les escales del PDQ-4+ en mostres clíniques i penitenciàries	70
<b>Taula 3.2.1.</b> Estadístics descriptius i comparació de mitjanes (t de Student) entre qüestionaris vàlids i invàlids en funció de les puntuacions en el PDQ-4+	86
<b>Taula 3.2.2.</b> Estadístics descriptius del PDQ-4+	88
<b>Taula 3.2.3.</b> Prevalença dels TP per trastorns, per grups i per tot el qüestionari en funció de les puntuacions en el PDQ-4+	90
<b>Taula 3.2.4.</b> Asimetria, curtosi i prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors de les escales i de les puntuacions totals del PDQ-4+ i PDQ-4	92
<b>Taula 3.2.5.</b> Fiabilitat $\alpha$ i mitjana de correlacions interítems	93
<b>Taula 3.2.6.</b> Estadístics descriptius del PDQ-4+ i comparació de mitjanes (t de Student) per gèneres	95
<b>Taula 3.2.7.</b> Prevalences dels TP per trastorn en funció de les puntuacions del PDQ-4+ i comparació de prevalences ( $\chi^2$ ) per gèneres	96
<b>Taula 3.2.8.</b> Distribució de la Puntuació total del PDQ-4+ de la mostra total i per gèneres	97
<b>Taula 3.2.9.</b> Estadístics descriptius del PDQ-4+ i comparació de mitjanes (F) per edats	98

<b>Taula 3.2.10.</b> Prevalences dels TP per trastorn en funció de les puntuacions del PDQ-4+ i comparació de prevalences ( $\chi^2$ ) per edats	100
<b>Taula 3.2.11.</b> Matriu de components rotats de les escales del PDQ-4+ després d'una anàlisi de Components Principals amb rotació Varimax	101
<b>Taula 3.2.12.</b> Índexs d'ajust de les escales del PDQ-4+ al model de l'anàlisi factorial confirmatori	105
<b>Taula 3.2.13.</b> Correlacions entre TCI i nombre de TP i puntuacions en els grups del PDQ-4+	109
<b>Taula 3.2.14.</b> Intercorrelacions del PDQ-4+ i les seves escales	111
<b>Taula 3.2.15.</b> Correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les dimensions del TCI	113
<b>Taula 3.2.16.</b> Correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les dimensions de l'EPQ-R	115
<b>Taula 3.2.17.</b> Nombre mitjà de TP diagnosticats per subjecte en funció de les puntuacions en el PDQ-4+	116
<b>Taula 3.2.18.</b> Prevalença del nombre de TP en funció de les puntuacions en el PDQ-4+	117
<b>Taula 3.2.19.</b> Prevalença dels TP per trastorn i comorbiditat associada en funció de les puntuacions en el PDQ-4+	117

<b>Taula 3.2.20.</b> Prevalença de TP per grup en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ i comorbiditats intragrups i entre grups	119
<b>Taula 3.2.21.</b> Nombre mitjà de TP diagnosticats per subjecte en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ abans i després d'aplicar l'escala de Significació clínica	120
<b>Taula 3.2.22.</b> Prevalença del nombre de TP en funció de les puntuacions en el PDQ- 4+ abans i després d'aplicar l'escala de Significació clínica	121
<b>Taula 3.2.23.</b> Prevalences dels TP per trastorns en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ abans i després d'aplicar l'escala de Significació clínica	122
<b>Taula 3.2.24.</b> Prevalença i comorbiditat associada per TP en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ abans i després d'aplicar l'escala de Significació clínica	124
<b>Taula 3.2.25.</b> Prevalença dels TP per grups en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ i comorbiditat intragrups i entre grups associada abans i després d'aplicar l'escala de Significació clínica	125
<b>Taula 4.2.1.</b> Estadístics descriptius i comparació de mitjanes (t de Student) entre qüestionaris vàlids i invàlids en funció de les puntuacions en el PDQ-4+	155
<b>Taula 4.2.2.</b> Estadístics descriptius del PDQ-4+	157
<b>Taula 4.2.3.</b> Prevalença dels TP per trastorns, per clusters i per tot el qüestionari en funció de les puntuacions en el PDQ-4+	158
<b>Taula 4.2.4.</b> Asimetria, curtosi i prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors de les escales i de les puntuacions totals del PDQ-4+ i PDQ-4	160

<b>Taula 4.2.5.</b> Fiabilitat $\alpha$ i mitjana de correlacions interítems	161
<b>Taula 4.2.6.</b> Estadístics descriptius del PDQ-4+ i comparació de mitjanes (t de Student) per gèneres	163
<b>Taula 4.2.7.</b> Prevalences dels TP per trastorn en funció de les puntuacions del PDQ-4+ i comparació de prevalences ( $\chi^2$ ) per gèneres	164
<b>Taula 4.2.8.</b> Distribució de la Puntuació total del PDQ-4+ de la mostra total i per gèneres	165
<b>Taula 4.2.9.</b> Matriu de components rotats de les escales del PDQ-4+ després d'una anàlisi de Components Principals amb rotació Varimax	166
<b>Taula 4.2.10.</b> Índexs d'ajust de les escales del PDQ-4+ al model de l'anàlisi factorial confirmatori	168
<b>Taula 4.2.11.</b> Correlacions entre TCI i nombre de TP i puntuacions en els grups del PDQ-4+	173
<b>Taula 4.2.12.</b> Intercorrelacions del PDQ-4+ i les seves escales	176
<b>Taula 4.2.13.</b> Correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les dimensions del TCI	178
<b>Taula 4.2.14.</b> Correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les dimensions de l'EPQ-R	181
<b>Taula 4.2.15.</b> Correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les escales del KSP	184

<b>Taula 4.2.16.</b> Correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les escales del MCMI-II	187
<b>Taula 4.2.17.</b> Nombre mitjà de TP diagnosticats per subjecte en funció de les puntuacions en el PDQ-4+	188
<b>Taula 4.2.18.</b> Prevalença del nombre de TP en funció de les puntuacions en el PDQ-4+	189
<b>Taula 4.2.19.</b> Prevalença dels TP per trastorn i comorbiditat associada en funció de les puntuacions en el PDQ-4+	189
<b>Taula 4.2.20.</b> Prevalença de TP per grup en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ i comorbiditats intragrups i entre grups	191
<b>Taula 5.2.1.</b> Comparació de la distribució per gèneres, per edat i pel nombre de TP de les mostres clínica i d'estudiants	210
<b>Taula 5.2.2.</b> Comparació de mitjanes (t de Student) entre mostra clínica i d'estudiants en funció de les puntuacions en el PDQ-4+	212
<b>Taula 5.2.3.</b> Prevalences dels TP per trastorn en funció de les puntuacions del PDQ-4+ i comparació de prevalences ( $\chi^2$ ) en mostra clínica i d'estudiants	213

## ***FIGURES***

<b>Figura 3.2.1.</b> Anàlisi factorial confirmatori del model correlacionat del DSM-IV	107
<b>Figura 3.2.2.</b> Anàlisi factorial confirmatori del model no correlacionat del DSM-IV	108
<b>Figura 3.2.3.</b> Histogrames mostra clínica	321
<b>Figura 4.2.1.</b> Anàlisi factorial confirmatori del model correlacionat del DSM-IV	171
<b>Figura 4.2.2.</b> Anàlisi factorial confirmatori del model no correlacionat del DSM-IV	172
<b>Figura 4.2.3.</b> Histogrames mostra d'estudiants	323

## ***1. MARC TEÒRIC***

### ***1.1. PERSPECTIVA HISTÒRICA DELS TRASTORNS DE LA PERSONALITAT***

L'estudi de la personalitat i dels seus trastorns es caracteritza pel desenvolupament de diverses teories que han estat presents al llarg de tota la història de la medicina. Cada una d'elles ha intentat subratllar i aprofundir en diferents aspectes: unes descriuen el desenvolupament de la personalitat en funció de determinats factors, aspectes o etapes; altres, donen més importància a determinants biològics, constitucionals, evolutius o d'aprenentatge; algunes se centren en el desenvolupament de la personalitat normal o en la psicopatologia; i d'altres, en aspectes inconscients o objectivables. Conseqüentment s'ha generat un complex i divers ventall d'explicacions que configuren l'actual entorn teòric dels trastorns de la personalitat (TP).

Els seus antecedents històrics poden situar-se per primera vegada a l'antiga Grècia fa uns 25 segles, amb les doctrines dels temperaments, també anomenades humoral, les quals intentaven trobar les bases biogenètiques de la personalitat (Hipòcrates, Gall). Podríem considerar-les com el primer intent de crear un sistema explicatiu i de classificació de la personalitat (Millon i Davis, 1998). Durant els anys posteriors es van desenvolupar diferents teories que postulaven la relació entre la

personalitat i l'estructura corporal, com l'anomenada concepció fisionòmica-frenològica.

A partir de finals de segle XIX i principis del XX es produeix una enorme proliferació de sistemes nosològics que intenten descriure les tipologies més específiques de la personalitat. Aquestes noves formulacions en psiquiatria i psicologia es poden representar i agrupar al voltant de dos grans corrents, la psiquiatria clàssica descriptiva i la psicoanàlisi. Pel que fa a la primera, Kraepelin va elaborar la primera classificació sistemàtica dels TP basant-se en la descripció dels signes i dels símptomes conductuals. Dintre de la psiquiatria descriptiva també varen sorgir les classificacions morfopsicològiques o constitucionals, però les seves concepcions varen tenir un valor limitat, i actualment no continuen vigents. La segona gran bifurcació de pensament del segle XX va ser la psicoanàlisi, que va tenir com a precursor i màxim representant a Freud. Aquest model va desenvolupar una tipologia caracterial on es varen descriure tipus específics de la personalitat. Posteriorment, i dintre d'aquest corrent, va sorgir una nova tendència, la teoria psicodinàmica que, a més, va establir una base teòrica per estils de personalitat normal.

Mentre que històricament la majoria dels models explicatius sobre la personalitat i la seva patologia varen estar arrelats en l'observació i en l'especulació, les perspectives contemporànies de mitjans del segle XX fins a l'actualitat han mostrat nombroses innovacions pel que fa a la classificació i el diagnòstic dels TP. Lluny dels temps de Freud, Kraepelin, Schneider i d'altres, les noves teories es basen en la investigació empírica i científica, i en l'ús d'instruments d'avaluació estandarditzats; en l'estudi de mostres representatives de diverses poblacions; i en l'obtenció de resultats a partir d'anàlisis estadístiques. Tot amb el mateix objectiu: aconseguir una sistematització teòrica de la psicopatologia de la personalitat.

Un dels dilemes principals que s'ha plantejat ha estat si seguir un enfoc dimensional o categorial (Kaplan i Sadock, 1989; Talbott, Hales i Yudofsky, 1988). Tradicionalment, la psicologia ha utilitzat més les classificacions dimensionals, partint



de la idea que els TP són extrems d'un *continuum* de la personalitat. Aquestes dimensions s'han identificat a partir de les respostes donades a qüestionaris autoadministrats en poblacions normals. Pel contrari, des de la psiquiatria, el mètode de classificació més popular ha estat el categorial, seguidor del model mèdic.

Dels tots els models teòrics i empírics que s'han derivat i que configuren el panorama actual, a grans trets en podem destacar els models dimensionals, els psicobiològics, els cognitius, els evolutius, i els psicodinàmics. Però, tot i aquesta proliferació enregistrada, encara avui no podem parlar d'un únic esquema descriptiu acceptable en la practica clínica que permeti definir el funcionament normal i patològic de la personalitat. L'únic sistema de classificació consensuat transculturalment és el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), desenvolupat per l'*American Psychiatric Association* (APA) als EEUU. Com que l'objectiu del nostre estudi és el *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ-4+), i aquest es fonamenta directament en la quarta edició d'aquest Manual (DSM-IV; APA, 1994), en el següent apartat es fa una revisió més detallada d'aquesta nosologia psiquiàtrica.

## ***1.2. ELS TRASTORNS DE LA PERSONALITAT EN EL SISTEMA DE CLASSIFICACIÓ DSM***

El DSM és un sistema de diagnòstic americà que apareix amb l'objectiu de desenvolupar un llenguatge comú unificador de criteris diagnòstics en psiquiatria i psicologia. Seguint el model mèdic de conceptualització de les malalties, s'ha convertit en el sistema diagnòstic categorial més acceptat en la pràctica clínica actual. Partint d'un enfoc atèoric descriptiu, permet que clínics de diferents orientacions teòriques utilitzin la mateixa classificació mantenint així els seus propis punts de vista.

En totes les versions d'aquest Manual, els trastorns de la personalitat han estat presents d'una forma o altra, però no tots els que hi són actualment hi han estat sempre. Uns, com el paranoide, l'esquizoide (tot i que posteriorment ha estat dividit en esquizoide, esquizotípic i per evitació), l'obsessivcompulsiu i l'antisocial, han estat presents en tots els DSM. Altres, com el límit, el narcisista, l'esquizotípic, el per evitació i el per dependència, s'han afegit en les últimes edicions. Finalment, alguns com el trastorn de la personalitat inadequada o el ciclotímic han estat definitivament eliminats. Les definicions i criteris de cada un d'ells també han anat experimentant modificacions i canvis al llarg del temps.

### ***1.2.1. DSM-I (1952)***

L'APA va publicar el primer Manual diagnòstic amb el títol de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM, a l'any 1952. Més tard, quan es va fer evident la necessitat d'una revisió, aquesta edició es va conèixer com el DSM-I (APA; 1952).

Aquest manual va sorgir de la necessitat d'elaborar una taxonomia que permetés als clínics unificar criteris i sortir de la confusió classificatòria de finals dels anys 40. Es va desenvolupar com una variant de la primera edició del *World Health Organization* (WHO) (Organització Mundial de la Salut, OMS), la ICD-6, la qual va incloure una secció específica pels diagnòstics dels trastorns mentals. Els psiquiatres americans, tot i haver participat de forma destacable en l'elaboració de la ICD-6, no l'utilitzaven degut a les limitacions que presentava quan s'havia d'utilitzar en el diagnòstic dels problemes de salut mental dels militars que havien participat en la II Guerra Mundial.

El DSM-I era essencialment un glossari de descripcions diagnòstiques, on es va incloure cinc grups de trastorns de la personalitat. Els tres primers es poden considerar com equivalents a algunes de les patologies actuals de la personalitat.

El primer grup, anomenat alteracions del patró de personalitat, incloïa aquells trastorns profundament arrelats i poc modificables per la teràpia: els trastorns de la personalitat inadequada, l'esquizoide, el ciclotímic i el paranoide. El segon grup, les alteracions dels trets de personalitat, va fer referència a aquells trastorns deguts a la incapacitat per mantenir un equilibri emocional sota condicions d'estrès: les personalitats emocionalment inestable, passivoagressiva i compulsiva. El tercer, anomenat les alteracions sociopàtiques de la personalitat, feia referència a les conductes conflictives amb el medi cultural com les conductes antisocials, els actes socialment inacceptables, l'homosexualitat i l'alcoholisme. El quart i cinquè, les reaccions de símptomes especials i els trastorns situacionals transitoris. Tot i que es van situar dintre del grup de trastorns de la personalitat no ho eren en el sentit actual del terme. Eren trastorns com l'enuresi, els dèficits en l'aprenentatge i els trastorns per estrès (veure Taula 1.2.1).

Tot i la bona acollida que va rebre, aquesta edició va estar molt influenciada per la teoria psicoanalítica i pel model mèdic, així com per les necessitats de l'exèrcit i les administracions de veterans de guerra. Va rebre crítiques en relació a la seva validesa i

fiabilitat en els diagnòstics psiquiàtrics, i pel fet que el clínic hagués de triar entre els diagnòstics de trastorn mental i de la personalitat quan tots dos hi eren presents.

### **1.2.2. DSM-II (1968)**

A l'any 1968, l'APA va presentar el nou DSM-II (APA; 1968). Aquesta revisió es va basar en la secció de trastorns mentals de la nova revisió del WHO, la ICD-8. Les dues van entrar en vigor el mateix any.

Tot i no diferenciar-se substancialment del primer, les modificacions més destacables en els TP respecte al DSM-I varen ser: 1) que el DSM-II va establir clarament en la seva definició d'aquests trastorns l'existència d'un funcionament deteriorat i una angoixa personal; i 2) que els TP es podien solapar amb els trastorns neuròtics o psicòtics.

Es va eliminar la diferència categorial irrellevant del DSM-I entre les alteracions de patró de personalitat i les alteracions dels trets de personalitat, agrupant-se i formant els trastorns de la personalitat. Es varen afegir dues categories diagnòstiques noves, l'astènica i l'explosiva. Del tercer grup, únicament es va conservar la personalitat sociopàtica. L'alcoholisme i les desviacions sexuals, tot i tractar-se de trets de personalitats desadaptatius, no eren trastorns de la personalitat i van passar a encapçalar els seus propis grups diagnòstics. Les categories quarta i cinquena varen ser reubicades en una altra part del Manual, abandonant-se el terme reacció. El DSM-II va establir, així, 10 trastorns: paranoide, ciclotímic, esquizoide, explosiu, obsessivocompulsiu, histèric, astènic, antisocial, passivoagressiu i inadequat (veure Taula 1.2.1).

Aquest Manual també va resultar controvertit. No incloïa cap guia específica sobre quins trets eren suficients o necessaris, o com determinar la presència d'aquests. Els seus diagnòstics encara van resultar poc fiables i la seva validesa dubtosa. Tot i la

presència de criteris diagnòstics més específics, els clínics encara depenien dels seus propis judicis subjectius i de les seves habilitats. El DSM-II no cobria les necessitats ni de clínics ni d'investigadors. La ubicació dels TP en un eix apart es feia cada cop més urgent per solucionar alguns d'aquests problemes.

### ***1.2.3. DSM-III (1980)***

Igual que els seus predecessors, el DSM-III (APA, 1980) es va desenvolupar paral·lelament a l'elaboració de la ICD-9 (1979), i la seva publicació va tenir lloc al 1980 (primera edició en castellà al 1983). Tot i tractar-se d'un nou DSM, va suposar una ruptura amb les dues versions anteriors en fer un plantejament més científic i renovador. El seu objectiu fou crear una classificació comú en psicopatologia, que permetés establir diagnòstics més precisos i fiables, facilitar els tractaments i augmentar l'intercanvi d'informació entre diferents professionals.

En primer lloc, el DSM-III es va definir com un model de diagnòstic categorial. Cada trastorn o síndrome es definia com un conjunt de criteris operatius descriptius específics, d'aplicació internacional. El DSM-III es convertia en una eina clínica i d'investigació de major fiabilitat que les versions anteriors.

En segon lloc, va establir un sistema de diagnòstic multiaxial. Aquesta fou l'aportació més innovadora i més important respecte als DSM precedents. Això va significar la reformulació dels psicodiagnòstics, ja que va garantir la contemplació per separat dels diferents aspectes implicats en els trastorns, com curs, etiologia i funcionament social, entre d'altres, els quals podrien passar per alt. El DSM-III definia, així, cinc eixos, sent els més destacables l'I i el II. L'eix I ho era perquè va incloure i inclou els trastorns mentals pròpiament dits. L'eix II perquè, per primera vegada, i aquest és el fet més important, va situar els TP en un eix separat de les grans síndromes clíniques (veure Taula 1.2.2). Amb aquesta bifurcació els clínics van evitar la tasca de

decidir si un pacient era millor diagnosticat com tenint un trastorn de la personalitat o una síndrome clínica. D'aquesta manera, es podia avaluar la presència de tots dos i s'assegurava una atenció adequada als TP, que fins aquell moment podien passar desapercebuts en rebre major atenció les síndromes psiquiàtriques més clàssiques. Els TP aconseguien així una posició diagnòstica reconeguda i diferenciada d'aquestes.

La presència dels TP en un eix separat va anar acompanyada d'un increment destacable en les dades de prevalença (Loranger, 1990) i, consegüentment, d'un substancial interès en el seu estudi, encara que el diagnòstic i l'avaluació continuaven sent difícils (Widiger, 2000). L'aparició de societats científiques i de revistes especialitzades dedicades al seu estudi, com el *Journal of Personality Disorders*, foren el testimoni i un dels segells més evidents d'aquest interès. Com Millon i Frances assenyalen "...amb l'arribada d'aquesta classificació oficial, la personalitat no només ha aconseguit un lloc (...) entre les categories sindròmiques sinó que arriba a ser central en aquest esquema multiaxial" (1987, pàg. ii ). Loranger (1990), en un estudi de comparació dels diagnòstics abans i després del DSM-III, va trobar una gran diferència entre el DSM-II i el DSM-III: els TP van passar de ser diagnosticats en un 19,1% en el DSM-II a un 42,2% en el DSM-III dels pacients. L'objectiu de l'eix II de generar una investigació empírica curiosa i extensiva ja s'havia posat en marxa.

Pel que fa a la conceptualització i la classificació dels trastorns de la personalitat es van produir canvis rellevants. A diferència dels DSM precedents, es van agrupar en tres grups. En el grup 1 s'hi van ubicar els TP anomenats rars, estranys o excèntrics, que van ser paranoide, esquizoide i esquizotípic. En el 2, els teatrals, emotius o erràtics, s'hi van incloure el TP histriònic, el TP narcisista, el TP antisocial i el TP límit. I en el grup 3 dels TP ansiosos o temorosos, hi havia el TP per evitació, el TP per dependència, el TP compulsiu i el TP passivoagressiu. Amb aquesta nova organització van desaparèixer les personalitats astènica i inadequada; la ciclotímica va deixar de ser un TP i es va classificar com un trastorn afectiu; i l'explosiva es va traslladar al grup de trastorns Impulsius. També varen aparèixer noves categories: el TP per evitació, el TP per

dependència, el TP límit i el TP narcisista. Finalment, es va establir la diferència entre els TP per evitació, TP esquizoide i TP esquizotípic (veure Taula 1.2.1).

En tercer lloc, el DSM-III mantenia l'aproximació descriptiva explícitament atèrica per tal d'evitar la introducció de biaixos teòrics i aconseguir l'acceptació de clínics i investigadors de diferents orientacions. Els seus autors varen obtenir un acord bàsic en les característiques definitòries de la majoria dels trastorns, sense fer referència a les seves possibles etiologies. Igual que els seus antecessors, va mantenir la compatibilitat, fins on va ser possible, amb la ICD-9.

Tot i els canvis descrits, el DSM-III va continuar generant diagnòstics de trastorns de la personalitat amb fiabilitat inadequada i amb un elevat grau d'inferència (Zimmerman, 1994). Ara bé, la seva influència va resultar considerable. Ha estat acceptat internacionalment com sistema de diagnòstic en salut mental, i en tots els manuals de psiquiatria i de psicopatologia recents més importants s'hi troben amplies referències. La seva aparició ha permès diferenciar al llarg del segle XX dues fases en l'estudi de la personalitat: la pre i la post DSM-III (Livesley, 2000). La primera, dominada per les descripcions clíniques dels trastorns de la personalitat que van adoptar dues aproximacions molt diferents (fenomenològica clàssica i psicoanàlisi); la segona, basada en la separació dels TP en l'eix II i en l'ús de criteris diagnòstics.

#### ***1.2.4. DSM-III-R (1987)***

La revisió del DSM-III, anomenada DSM-III-R, va aparèixer set anys més tard, al 1987 (APA, 1987). L'edició en castellà ho feia un any després. Com que originalment només pretenia ser un DSM-III perfeccionat, només es van produir canvis modestos (veure Taula 1.2.2). En canvi, en la secció dels TP de l'eix II oferia una major revisió per diversos motius. Des de la publicació del DSM-III, la investigació en trastorns de la personalitat s'havia desenvolupat de forma significativa, però els diagnòstics van continuar sent poc fiables i exactes comparats amb l'eix I. Calia revisar les definicions

dels trastorns específics del DSM-III, per tal de millorar els seus diagnòstics, i reduir l'ús de la categoria inespecífica mixta o atípic, que resultava molt elevada.

Pel que fa al nombre de TP específics, onze, es van mantenir reunits en els tres mateixos grups (veure Taula 1.2.1). Però a diferència del DSM-III, el TP compulsiu va passar a ser anomenat TP obsessivocompulsiu; i els TP autodestructiu (o masoquista) i TP sàdic es van incloure en un apèndix per a estudis i investigacions ulteriors, degut a la seva naturalesa controvertida i al seu suport empíric qüestionable. Els TP atípics, mixtes i altres es varen convertir en no específics. A més, el DSM-III-R va presentar una reformulació de tots els criteris diagnòstics en format politètic, mentre que en el DSM-III n'hi havia alguns monotètics.

Es important fer referència al treball de Morey (1988), on compara les dues versions del DSM. Va trobar, en general, poca convergència diagnòstica, amb una  $\kappa$  que va fluctuar entre 0,97 (TP límit) i 0,09 (TP esquizoide), i amb un grau de concordança per a la majoria dels trastorns dels dos Manuals mitjà. El TP límit va presentar la major concordança: el DSM-III el va diagnosticar en el 32% dels casos i el DSM-III-R en el 33,3%. En canvi, en el TP esquizoide, amb la  $\kappa$  més baixa, els percentatges varen ser dispersos: segons el DSM-III un 1,4% de subjectes complien criteris, davant d'un 11% segons el DSM-III-R. La resta de diagnòstics, o bé es van mantenir d'un sistema a l'altre, com el TP histriònic (amb 21,6% en els dos manuals), i el TP antisocial (de 5,8% a 6,2%); o bé varen augmentar considerablement, com el TP narcisista (d'un 6,2% a un 22%) o el TP paranoide (d'un 7,2% a un 22%). Únicament en dos va disminuir: TP esquizotípic (17,2% a 9,3%) i TP compulsiu (8,9% a 7,9%). Segons Morey, la prevalença dels diferents trastorns específics va semblar millorar en el DSM-III-R, i, conseqüentment es va reduir el nombre de diagnòstics atípics o mixtes (d'un 29,2% a un 22,3%). Però com assenyala l'autor, aquest augment de diagnòstics específics va tenir com a conseqüències una major disparitat i inconsistència de diagnòstics, un increment de la dificultat d'establir grups de criteris diagnòstics purs, i un augment considerable de la comorbiditat entre trastorns (d'un 36,4% de coocurrència de dos o més TP en el



DSM-III es va passar a un 51,9% en el DSM-III-R). Pel que fa a la consistència interna en els dos Manuals, el DSM-III-R la va fer augmentar considerablement en alguns trastorns, com en el paranoide, i la va fer disminuir en altres, com en el per dependència i el narcisista. Com va assenyalar Morey, en alguns trastorns de la personalitat específics no es van produir canvis, com en el TP límit, mentre en d'altres, els canvis foren substancials, com en els criteris pel TP esquizoide i pel TP narcisista.

Així doncs, treballs com aquest de Morey (1988), van portar a clínics i investigadors a comprovar que els dos Manuals, tot i mantenir els mateixos noms, no descrivien els mateixos trastorns. Per tant, s'obtenien encara diagnòstics força heterogenis respecte al mateix trastorn i amb una elevada comorbiditat.

#### **1.2.5. DSM - IV (1994)**

El DSM-IV (APA, 1994), i posteriorment el DSM-IV-TR (APA, 2000), han introduït un nombre considerable de canvis, dels que destaquen els produïts en l'eix II. A diferència dels anteriors, la versió castellana té per la majoria de trastorns dos codis, degut a que Europa s'utilitza la ICD-10, mentre que als EEUU s'utilitza la ICD-9-MC (Modificació Clínica). Els codis i termes del DSM-IV són totalment compatibles amb tots dos.

Els predecessors del DSM-IV varen posar de relleu certs problemes en l'eix II, la majoria relacionats amb les seves categories discretes múltiples. Per això, un dels seus principals objectius ha estat augmentar la validesa de les categories dels TP, incorporant les dades generades en nombrosos estudis publicats, a partir d'alguns canvis en l'eix II.

El DSM-IV introdueix per primera vegada un grup de criteris diagnòstics per definir de forma general els TP. Aquests fan referència a l'inici primerenc, la llarga durada en el temps, la inflexibilitat i la generalització del deteriorament.

El DSM-IV també introdueix canvis en els criteris diagnòstics d'alguns trastorns específics (Widiger, 2001). El nombre de trastorns queda reduït a deu, agrupats en els tres grups establerts originalment des del DSM-III. El grup A amb TP paranoide, TP esquizoide i TP esquizotípic; el grup B, amb TP antisocial, TP límit, TP histriònic i TP narcisista; i el grup C, amb TP per evitació, TP per dependència i TP obsessivocompulsiu. Estableix una categoria residual anomenada els trastorns de la personalitat no especificats, per aquells casos en què no es compleixen criteris per a un trastorn específic de la personalitat, però si els criteris generals de TP. També es pot utilitzar quan el clínic considera que un trastorn específic no està inclòs en la classificació, com són els dos de l'apèndix. Una de les més notables modificacions ha estat excloure el TP passivoagressiu del grup C del DSM-III-R i situar-lo en l'apèndix B per estudis ulteriors, juntament amb el TP depressiu. Els dos trastorns que varen formar part de l'apèndix en el DSM-III-R, el TP autodestructiu i el TP sàdic, han estat eliminats del Manual, degut a la manca de suport empíric i al seu caràcter controvertit (veure Taula 1.2.1).

Però els trastorns de la personalitat continuen definint-se, com en el DSM-III-R, seguint un enfoc categorial, encara que per primera vegada apunta la incorporació d'un sistema dimensional que complementi el model categorial utilitzat, però sense especificar quin és el més adient. En el DSM-IV les categories diagnòstiques continuen sent llistes de criteris politètics (només és necessari un subconjunt d'aquests pel diagnòstic), i no hi ha categories distintives necessàries. S'obtenen així diagnòstics heterogenis semblants a col·leccions arbitràries de criteris sense una clara estructura explícita (Livesley i Jang, 2000). Els individus poden rebre un mateix diagnòstic per mitjà de diferents ítems i compartir-ne pocs. En l'extrem, el TP obsessivocompulsiu, on degut al nombre de criteris inclosos i al mínim necessari per a rebre el diagnòstic, dues persones poden ser diagnosticades amb aquest TP sense tenir cap criteri en comú.

Totes les modificacions experimentades en les diverses versions dels DSM han permès elaborar un Manual de diagnòstic objectiu i útil en la clínica i en la recerca, però

ahora amb unes limitacions, com l'absència de límits clars entre algunes categories diagnòstiques; comorbiditat; arbitrarietat i pèrdua d'informació clínica; problemes de classificació quan el pacient està en els límits de diferents trastorns; i manca de criteris de normalitat *versus* anormalitat, entre d'altres. Tot això porta a reflexionar sobre el futur d'aquest sistema.

### **1.2.6. DSM-IV-TR (2000)**

L'APA ha presentat durant l'any 2000 la seva última revisió del text, anomenant-lo DSM-IV-TR (Text Revisat) (veure Taules 1.2.1 i 1.2.2). Com que l'interval entre el DMS-IV i el DSM-V està resultant més llarg que el d'edicions anteriors, l'objectiu és actualitzar el seu contingut amb la nova informació disponible, per tal que no quedi obsoleta. Es per això que els canvis en l'eix II resulten mínims i apareixen resumits en l'apèndix D, i no incorpora noves propostes, tasca reservada per al DSM-V.

En el text introductori se subratlla una mica més l'alternativa dels models dimensionals en la definició dels trastorns de la personalitat. Però tot i reconèixer la seva incipient importància, acaba dient que la seva relació amb el sistema categorial continua investigant-se activament.

En alguns trastorns específics es mostren mínimes modificacions. En el TP antisocial s'ha afegit que els símptomes que formen part de la concepció tradicional de psicopatia, com manca d'empatia, vanitat i encant superficial, són indicatius de major risc de recidives en l'entorn penitenciari o forense. El TP límit presenta una informació addicional significativa respecte al curs del trastorn. Per primera vegada es fa referència a la importància del tractament com a factor de bon pronòstic, observant-se amb freqüència una millora durant el primer any. Els estudis de seguiment amb malalts ambulatoris de centres psiquiàtrics indiquen que, passats uns deu anys, fins a la meitat de pacients ja no compleixen tots els criteris. En el TP per dependència assenyala que alguns estudis descriuen taxes de prevalença similars entre homes i dones, eliminant-se

la probable associació entre aquest trastorn i gènere femení. Finalment s'ha considerat de forma més clara la probable relació entre el TP obsessivocompulsiu i els trastorns d'ansietat, especialment amb el trastorn obsessivocompulsiu.

Tot i que no hi ha una referència explícita, s'han observat certes diferències entre les versions originals i les traduccions al castellà del DSM-IV i DSM-IV-TR. Entenem que es pot tractar de certs matisos o fins i tot probables errades en la traducció, i tot plegat no resulten destacables.

### ***1.2.7. Reflexions entorn al futur del DSM***

Les actuals classificacions dels trastorns de la personalitat plantegen problemes conceptuals fonamentals implícits que ens porten a reflexionar sobre el futur del DSM. La primera qüestió fa referència a la controvèrsia sobre el tipus de sistema de classificació. Les actuals classificacions internacionals de malaltia mental segueixen un model categorial que defineix els trastorns de la personalitat dicotòmicament segons un nombre de criteris. Això permet descriure els pacients de forma ràpida, sent de gran utilitat en la pràctica clínica habitual (Westen i Shedler, 2000). Ara bé, diverses crítiques es poden fer a aquest sistema, entre les que destaquen la discontinuïtat entre trastorn i normalitat; l'ús de puntuacions llindars que obliga a la presència d'un nombre de criteris que justifiquin el diagnòstic; els límits confusos i imprecisos entre personalitats patològiques, i entre aquestes i normalitat, generant-se un elevat nombre de casos no classificables, sent els quadres clínics típics poc freqüents i quasi excepcionals.

Per això cada cop és més generalitzada l'opinió de modificar les taxonomies oficials en futures edicions (DSM-V), introduint algun tipus d'aproximació dimensional. En general, el model dimensional parteix d'un esquema de continuïtat, on el tret es desenvolupa en diversos graus: des de la personalitat normal fins a la patologia de

personalitat (Iglesias, Gimeno, Díaz i Inda, 2000). D'aquesta manera avalua els trets problemàtics de forma més àmplia i flexible, tenint en compte que molts dels trastorns es poden trobar en formes menys extremes en persones psicològicament sanes. A més, evita el reduccionisme que implica inevitablement una etiqueta diagnòstica.

Desafortunadament en molts moments, la literatura posa un èmfasi especial en aquesta dicotomia de sistemes com si es tractés d'una competició o elecció entre els dos. Contràriament alguns autors, com Oldham i Skodol (2000), consideren que la solució passa per l'elaboració de sistemes de diagnòstic híbrids on coexisteixin les dues aproximacions de forma inclusiva i no mútuament excloent. Això permetria aprofitar els avantatges de cadascuna, al fer un ús indiscriminat, sense haver d'inclinar-se cap a una direcció o altra (Costa, Patriciu i McCrae, 2005; Iglesias i cols., 2000; Livesley, 1995, 2005; Oldham i Skodol, 2000; Westen i Shedler, 2000).

La segona qüestió fa referència al debat actual sobre la ubicació dels TP en l'eix II. Tot i el consens general de que la inclusió en una secció separada dels altres trastorns mentals ha suposat un pas crucial, no queda del tot clar si ha tingut l'efecte desitjat o el contrari. Cada cop hi ha una major tendència a afirmar que l'eix II té un llistat de problemes inherents: desacord entre l'actual sistema de grups i de categories i els resultats de les anàlisis factorials; consistència interna moderada; presència de correlacions entre diferents TP; i elevada comorbiditat (Westen i Shedler, 2000).

Aquest debat sobre la necessitat de mantenir-los en un eix separat ja es va iniciar en el congrés de la *International Society for the Study of Personality Disorders* (ISSPD) de l'any 1997 (Oldham i Skodol, 2000). Livesley, Schroeder, Jackson i Jang (1994) afirmen que la utilitat de l'eix II ja està esgotada i que haurien de ser inclosos en l'I. Segons ells, els TP no semblen ser substancialment diferents de la resta de trastorns mentals. Per això, prefereixen classificar-los en l'eix I, i utilitzar un eix separat, potser també anomenat com eix II, per codificar trets de personalitat. Per Livesley (1998), la funció inicial de l'eix II d'obligar al clínic a considerar la personalitat durant el procés diagnòstic ja s'ha complert. Widiger (2000) també defensa un canvi en l'eix a partir

d'una concepció dimensional dels TP. Considera que la ubicació en un eix separat genera certes percepcions problemàtiques i errònies, com per exemple que els trastorns de la personalitat no són tractables o són qualitativament diferents dels altres trastorns mentals. Fins i tot el *National Institute of Mental Health* (NIMH) (Widiger, 2003) ha recomanat que el futur DSM-V substitueixi l'eix II per una mesura de gravetat o incapacitat, convertint-se la majoria dels actuals TP en variants cròniques dels trastorns de l'eix I, i conservant-se el terme personalitat només com una referència històrica.

Ara bé, una majoria de clínics i investigadors de TP no donen suport a les propostes d'eliminació de l'eix II en futures revisions del DSM per diversos motius. Bàsicament perquè consideren que totes les possibles alternatives presenten problemes i s'allunyen de la consideració dels TP com una entitat separada de les síndromes psiquiàtriques (Oldham i Skodol, 2000). Consideren que no queda clar quins TP haurien de moure's de l'eix i quins s'haurien de conservar, doncs tots ells podrien estar en un *continuum* amb la personalitat normal així com amb els trastorns de l'eix I. A més, assenyalen que els límits entre els diversos trastorns de l'eix I resulten tan problemàtics com en l'eix II. Millon i Davis (2001) i Moran, Jenkins, Tylee, Blizard i Mann (2000), fins i tot, plantegen la crítica no en funció dels eixos, sinó en relació a la millora de les descripcions d'aquests i dels TP. Afirment que altres classificacions, com la ICD-10, mantenen tots els trastorns junts i presenten els mateixos problemes que el DSM. Per tant, sembla que la proposta de barrejar els dos eixos no representa la millor solució pel problema del DSM.

Una tercera qüestió fa referència a la limitació del DSM per diagnosticar patologies de la personalitat menys greus que els propis trastorns, i que són precisament les més tractades en la pràctica habitual. L'eix II mostra una inadequació per valorar aquest ampli rang de problemes de personalitat que requereixen atenció clínica i que no poden ser actualment diagnosticats (Westen i Arkowitz-Westen, 1998).

La quarta i última qüestió fa menció a una sèrie d'aspectes generals del DSM, com són: l'absència d'un cos teòric coherent de classificació, que proporcioni una

estructura i un esquema conceptual per derivar els TP; l'existència d'un grau de concordança diagnòstica pobre o escàs entre instruments d'avaluació, tant en entrevistes com en qüestionaris, que fa plantejar dubtes sobre la validesa d'aquests i, especialment sobre la conceptualització de les categories diagnòstiques (Hunter, 1998); i la manca de criteris externs de disfunció social en les definicions dels TP.

Sembla, doncs, que la descripció dels TP a partir de la tercera edició del DSM ha representat un gran avenç en la nosologia psiquiàtrica i psicològica en comparació a les primeres edicions, però malgrat això no resulta comparable a la de la majoria de les síndromes clíniques. Cal continuar treballant i aprofundint, especialment en aquells aspectes que encara resulten problemàtics i poc clars (Pincus, 2001).

*Taula 1.2.1. Els trastorns de la personalitat en els diferents DSM.*

<i>DSM-I (1952)</i>	<i>DSM-II (1968)</i>	<i>DSM-III (1980)</i>	<i>DSM-III-R (1987)</i>	<i>DSM-IV (1994)</i> <i>DSM-IV-TR (2000)</i>
Paranoide Esquizoide  Ciclotímica	Paranoide Esquizoide  Ciclotímica →	<b>1er grup</b> Paranoide Esquizoide Esquizotípic	<b>Grup A o 1er</b> Paranoide Esquizoide Esquizotípic	<b>Grup A</b> Paranoide Esquizoide Esquizotípic
Sociopàtica	Histèrica Antisocial  Explosiva → Astènica Δ	<b>2on grup</b> Histriònic Antisocial Narcisista Límit	<b>Grup B o 2on</b> Histriònic Antisocial Narcisista Límit	<b>Grup B</b> Histriònic Antisocial Narcisista Límit
Compulsiva Passivoagressiu Inadequada Emocionalment inestable	Obsessivcompulsiu Passivoagressiu Inadequada Δ	<b>3er grup</b> Per evitació Per dependència Compulsiu Passivoagressiu	<b>Grup C o 3er</b> Per evitació Per dependència Obsessivcompulsiu Passivoagressiu	<b>Grup C</b> Per evitació Per dependència Obsessivcompulsiu
		Atípics, mixtes i altres	No especificats	No especificats
			<b>Apèndix</b> Sàdica Δ Autodestructiva Δ	<b>Apèndix</b>  Depressiva Passivoagressiu (Negativista)

Δ Trastorns de la personalitat que no han tingut continuïtat a llarg de les diferents edicions del DSM.

→ Trastorns de la personalitat que han passat a convertir-se en quadres clínics de l'eix I.



*Taula 1.2.2. Comparació dels eixos de totes les versions del DSM.*

	<b>DSM-III (1980)</b>	<b>DSM-III-R (1987)</b>	<b>DSM-IV (1994) DSM-IV-TR (2000)</b>
<b>EIX I</b>	- Síndromes Clíniques - Estats no atribuïbles a Trastorn Mental	- Síndromes Clíniques - Codi V (Estats no atribuïbles a Trastorn Mental)	- Trastorns clínics - Altres problemes objecte atenció clínica
<b>EIX II</b>	- <b>T. PERSONALITAT</b> <sup>d</sup> - T. Específics del Desenvolupament	- <b>T. PERSONALITAT</b> - T. Desenvolupament	- <b>T. PERSONALITAT</b> - Retard Mental
<b>EIX III</b>	- Trastorns i estats somàtics/físics	- Trastorns i estats físics	- Malalties mèdiques
<b>EIX IV</b>	- Intensitat estrès psicosocial	- Intensitat estrès psicosocial	- Problemes psicosocials i ambientals
<b>EIX V</b>	- Màxim nivell d'adaptació últim any	- Avaluació global subjecte (GAF)	- Avaluació Activitat Global (Escala EEAG)

<sup>1</sup> Apareixen per primer cop en un eix separat de les síndromes clíniques.  
T.: Trastorn

### ***1.3. PROCEDIMENTS D'AVALUACIÓ DE LA PERSONALITAT***

Si la mesura i l'avaluació en psicologia i psiquiatria és un procés complex i força controvertit, encara ho és més quan es tracta de la personalitat i dels seus trastorns. Des de la publicació del DSM-III fins l'actualitat s'han desenvolupat un nombre considerable d'instruments de mesura que han permès millorar el diagnòstic i que han facilitat la investigació sistemàtica en aquesta àrea, sent les entrevistes semiestructurades i els autoinformes els mètodes més utilitzats. En ambdós casos s'han anat refinant progressivament i han millorat les seves propietats psicomètriques al llarg del temps. Però encara es caracteritzen de forma general per una fiabilitat i una validesa insuficients (Bernardo i Roca, 1999; Hales, Yudofsky i Talbott, 2000; Perry, 1992; Zimmerman, 1994).

Tot i la gran varietat d'instruments disponibles, clínics i investigadors estan dividits respecte a la idea de quin és el millor mètode d'avaluació. Per una banda, es tendeix a considerar que les entrevistes semiestructurades produeixen valoracions teòricament més fiables, encara que la seva utilitat clínica està limitada pel temps d'administració i correcció. Per altra banda, es considera que els autoinformes són més ràpids d'administrar i de valorar, però que generen un major nombre de diagnòstics falsos positius, dels quals tampoc n'estan exemptes les entrevistes. Tot i que aquestes generalitzacions s'haurien de concretar i matisar en funció de l'instrument específic escollit, la majoria de treballs mostren una discordança diagnòstica entre les dues mesures (Clark i Harrison, 2001; Clark, Livesley i Morey, 1997; McDermut i Zimmerman, 2005; Zimmerman, 1994). A més, l'absència de criteris de referència (*gold standard*) fa impossible confirmar si els qüestionaris sobrediagnostiquen o si les entrevistes subdetecten (Perry, 1992; Torrubia, Caseras i Gutiérrez, 2005).

Cal assenyalar que malgrat això, encara un nombre considerable de clínics afirmen no confiar plenament en aquests mètodes de diagnòstic. Aquests continuen utilitzant només el seu judici clínic (Westen, 2001), el qual no està exempt dels seus

propis biaixos i d'importants problemes de fiabilitat i de validesa (Widiger i Frances, 1987).

Tot i aquesta situació, cal reconèixer que els dos procediments d'avaluació, entrevistes semiestructurades i qüestionaris, tenen un valor potencial indiscutible i poden ser d'una gran utilitat en el diagnòstic dels trastorns de la personalitat.

Els instruments disponibles actualment es poden classificar segons la finalitat (trets *versus* TP) i segons el procediment de recollida d'informació (autoinformes *versus* entrevistes). En funció d'aquests criteris, els instruments de mesura poden ser: autoinformes i entrevistes basades en diagnòstics, i autoinformes i entrevistes basades en trets. La idoneïtat d'un format o d'un altre depèn de quin sigui el nostre objecte d'avaluació. Com assenyalen Clark i Harrison (2001), l'avaluació de les dimensions de la personalitat normal o patològica es fa principalment amb autoinformes, mentre que la dels TP categorials es fa amb aquests i amb entrevistes, i en alguns casos, a partir del judici clínic. A partir d'una adaptació de l'esquema de Clark i Harrison (2001) (veure Taula 1.3.1), s'ha fet la nostra descripció tenint, a més en compte, si fan una valoració de la personalitat normal o patològica; i si mesuren tots els trastorns o només alguns d'ells.

*Taula 1.3.1. Procediments d'avaluació segons una adaptació de l'esquema de Clark i Harrison (2001).*

<b>AUTOINFORMES</b>	<b>ENTREVISTES</b>
<b>MESURES BASADES EN DIAGNOSTICS CATEGORIALS</b>	
<i>Personality Diagnostic Questionnaire-4+</i> (PDQ-4+; Hyler, 1994)	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders</i> (SCID-II; First i cols., 1997)
<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory-III</i> (MCMI-III; Millon i cols., 1994)	<i>Structured Interview for DSM Personality Disorders-IV</i> (SIDP-IV; Pfohl i cols., 1997)
<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Personality Disorder Scales</i> (MMPI-PD; Morey i cols., 1985)	<i>International Personality Disorders Examination</i> (IPDE; Loranger, 1999b)
<i>Schedule for Nonadaptative and Adaptative Personality</i> (SNAP; Clark, 1993)	<i>Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders</i> (DIPD-IV; Zanarini i cols., 1996)
<i>Personality Assessment Inventory</i> (PAI; Morey, 1991)	<i>Personality Disorder Interview-IV</i> (PDI-IV; Widiger i cols., 1995)
<i>Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV</i> (WISPI-IV; Klein i cols., 1993)	
<i>Shedler-Westen Assessment Procedure</i> (SWAP-200; Shedler i Westen, 1999)	
<b>MESURES BASADES EN DIMENSIONS</b>	
<i>Schedule for Nonadaptative and Adaptative Personality</i> (SNAP; Clark, 1993)	<i>Personality Assessment Schedule</i> (PAS; Tyrer, 1988)
<i>Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire</i> (DAPP-BQ; Livesley i Jackson, in press)	<i>Diagnostic Interview for Borderline Patients-Revised</i> (DIB-R; Zanarini i cols., 1989)
<i>Inventory of Interpersonal Problems-Personality Disorder Scales</i> (IIP-PD; Pilkonis i cols., 1996)	<i>Diagnostic Interview for Narcissism</i> (DIN; Gunderson i cols., 1990)
<i>Eysenck Personality Questionnaire-Revised</i> (EPQ-R; Eysenck i Eysenck, 1991)	<i>Diagnostic Interview for Depressive Personality</i> (DIDP; Phillips i cols., 1990)
<i>Temperament and Character Inventory</i> (TCI; Cloninger i cols., 1994)	<i>Structured Interview for the Five-Factor Model</i> (SIFFM; Trull i Widiger, 1994)
<i>NEO Personality Inventory-Revised</i> (NEO-PI-R; Costa i McCrae, 1992)	<i>Psychopathy Checklist-Revised 2<sup>nd</sup> Edition</i> (PCL-R; Hare, 2004)
<i>Sixteen Personality Factor Questionnaire, Fifth Edition</i> (PF-16-5; Catell i cols., 1993)	
<i>Extended Interpersonal Adjective Scales-Revised-Big 5</i> (IASR-B5; Trapnell i Wiggins, 1990)	

### ***1.3.1. ELS AUTOINFORMES***

Des de l'aparició del DSM-III, els autoinformes són una de les tècniques més utilitzades per al diagnòstic i l'avaluació de la personalitat i dels seus trastorns. Es tracta d'instruments de mesura estandarditzats. Consten d'una unitat bàsica d'informació, l'ítem, que segueix l'esquema de pregunta i resposta, aquesta generalment tancada. Hi ha unes instruccions a seguir per la persona que respon. Un cop administrats, es procedeix a la valoració i l'estandardització de les puntuacions directes per tal d'interpretar els resultats.

Molts són els seus avantatges. Els autoinformes resulten objectius, fiables, fàcils d'administrar i corregir, econòmics, i eficients en la identificació i recollida d'informació. Es poden administrar en qualsevol moment del procés clínic, excepte quan el pacient es mostri, entre d'altres, agitat, amb símptomes psicòtics o depressius, o amb retard mental. A diferència de les entrevistes, redueix o evita el judici subjectiu del clínic, no filtrant les seves expectatives o distorsions. En canvi, poden ser més susceptibles a una sèrie de factors propis del pacient que produeixen un biaix en la mesura i alteren la validesa dels seus resultats: tipus de personalitat; influència dels estats afectius sobre la descripció dels trets (Parker i Barrett, 2000); desitjabilitat social o exageració, entesos com restar o exagerar trets patològics respectivament; negació o falsedat intencional. Per això, la majoria d'autoinformes inclouen ítems i/o escales per detectar aquests estils o tendències de resposta distorsionadors. Ara bé, aquests inconvenients no impedeixen que es consideri als pacients amb TP com a bons informadors de les seves conductes, encara que presentin manca d'autoconeixement sobre les conseqüències o els efectes d'aquestes (Dowson, 1992a).

Seguint els criteris de Clark i Harrison (2001) de la Taula 1.3.1, els autoinformes s'han classificat en funció de si es basen en un diagnòstic categorial o dimensional.

### *1.3.1.1. Autoinformes basats en diagnòstics*

Són els autoinformes fonamentats en les taxonomies oficials actuals, principalment en els DSM. La majoria són versions adaptades al DSM-IV, encara que existeixen poques dades psicomètriques d'aquestes formes més recents. En general, mesuren tots els TP, inclosos els dos de l'apèndix. Quasi bé tots inclouen escales per al control de respostes distorsionadores. El diagnòstic de presència *versus* absència dels trastorns de l'eix II s'obté mitjançant la suma d'un nombre d'ítems que es consideren marcadors de patologia. Hi ha una considerable variabilitat entre instruments en quant a temps d'administració, nombre d'ítems per avaluar cada criteri i format de resposta.

Els qüestionaris es caracteritzen, en general, per mostrar consistències internes i fiabilitat test-retest correctes i validesa moderada, elevada comorbiditat i considerable nombre de diagnòstics falsos positius (Clark i Harrison, 2001; Clark, Livesley i Morey, 1997).

Per a alguns autors, com Clark, Livesley i Morey (1997), tota una sèrie de factors interrelacionats podrien explicar-ho: l'existència d'una conceptualització de constructes inadequada; uns criteris del DSM que representen de forma inexacta els constructes subjacents als trastorns de la personalitat; una escassa adequació dels instruments d'avaluació per recollir de forma precisa els diferents criteris diagnòstics; i una manca de teories de la personalitat que recolzin conceptualment els seus constructes i que serveixin com a guies per a la seva construcció. Segons altres autors (Matesanz, 1997), en canvi, això és la conseqüència de la construcció d'alguns autoinformes de dubtosa utilitat. En molts casos no s'han tingut en compte criteris psicomètrics bàsics, com nombre d'ítems necessaris per l'avaluació; continguts; definicions i ordenació d'aquests; prevenció de biaixos com l'aquiescència (tendència a respondre afirmativament a la pregunta) o la lateralitat (tendència a respondre més a les alternatives situades a la dreta o l'esquerra); sistema de codificació de respostes (el més freqüent és el dicotòmic); i llargària del qüestionari (limitació del nombre d'ítems per evitar el cansament i afavorir la col·laboració).

Dels autoinformes que mesuren tots els trastorns de la personalitat del DSM-IV, els que han estat traduïts al castellà i/o validats en població espanyola són el PDQ-4+, el MCMI-II i el MMPI-PD.

El qüestionari *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ-4+; Hyler, 1994) es descriu àmpliament en els capítols 1.4 i 1.5 i 3.1.2.

L'Inventari Clínic Multiaxial de Millon-II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*; MCMI-II; 1987) ha estat adaptat posteriorment al DSM-IV per Millon, Davis i Millon (1994). En el capítol 4.1.2 es descriu el MCMI-II, que és la versió validada al castellà (1998). Molt recentment està prevista la publicació de la versió espanyola del MCMI-III, que ha estat adaptada per Cardenal i Sánchez, i que està previst que serà comercialitzada per TEA durant l'any 2007.

A partir del conegut Inventari Multifàsic de Personalitat de Minnesota (MMPI), Morey, Waugh i Blashfield (1985) van elaborar el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Personality Disorder Scales* (MMPI-PD). Consta de 157 ítems en format de resposta V/F, els quals s'agrupen en onze escales de trastorn de la personalitat. També dóna informació sobre l'estil de resposta de la persona que respon, característica essencial en la interpretació de les escales. Es tracta d'un instrument eminentment empíric (Schotte, 2000). Hi ha una versió més recent, construïda amb els ítems del MMPI-2 i adaptada als criteris del DSM-IV. Però mentre que el MMPI i el MMPI-2 han estat validats en el nostre entorn, no hi ha constància de cap treball d'anàlisi psicomètrica de la versió castellana del MMPI-PD.

### ***1.3.1.2. Autoinformes basats en dimensions***

Alguns dels problemes inherents als diagnòstics categorials anteriorment descrits emfatitzen la necessitat de continuar buscant mètodes d'avaluació que siguin innovadors metodològicament i que millorin o incrementin la fiabilitat i la validesa dels seus diagnòstics. Aquesta situació ha portat a molts investigadors a centrar els diagnòstics des d'una perspectiva dimensional. Aquests autoinformes mesuren els trets i les dimensions de la personalitat, que consideren subjacents als TP, i no els trastorns directament. Dels instruments que mesuren la personalitat patològica, cap d'ells ha estat adaptat a la població espanyola. Només el *Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire* (DAPP-BQ; Livesley i Jackson, in press) ha estat traduït i validat per Gutiérrez-Zotes i cols. (en premsa).

En canvi, es disposa d'un major nombre d'autoinformes dimensionals per avaluar la personalitat normal, que sí han estat traduïts i adaptats al nostre entorn. Destaquem 16-PF-5, EPQ-R, TCI (i TCI-R) i NEO-PI-R.

En el Qüestionari de 16 Factors de la Personalitat (*Sixteen Personality Factor Questionnaire, Fifth Edition*; PF-16-5, 1993), Cattell, Cattell i Cattell estableixen setze escales i cinc dimensions o factors globals de la personalitat normal. Consta de 185 ítems, amb un temps d'administració d'uns 40-45 minuts. La seva última revisió validada al castellà és coneguda com a 16-PF-5 (1998).

El Qüestionari de Personalitat d'Eysenck (*Eysenck Personality Questionnaire-Revised*; EPQ-R, 1997) ha estat traduït i adaptat al nostre entorn, i apareix descrit en el capítol 3.1.2.

El mateix succeeix amb l'Inventari de Temperament i Caràcter (*Temperament and Character Inventory*; TCI; Cloninger, Przybeck, Svrakic i Wetzell, 1994), traduït per Bayón i més tard validat per Gutiérrez i cols. (2001). Està àmpliament exposat en el capítol 3.1.2.



Per últim, l'Inventari de Personalitat NEO-Revisat (*Revised NEO Personality Inventory*; NEO-PI-R; Costa i McCrae, 1992) es fonamenta en la teoria dimensional dels Cinc Grans factors. Aquesta versió revisada avalua cinc dimensions, anomenades Neuroticisme, Extraversió, Obertura a l'experiència, Amabilitat i Responsabilitat. Cada una d'elles inclou sis subescales. El temps d'administració està entre 30 i 40 minuts. El seu ús clínic s'ha vist incrementat progressivament. La versió castellana ha estat publicada per TEA.

### **1.3.2. ENTREVISTES CLÍNIQUES SEMIESTRUCTURADES**

La tradició ha semblat afavorir l'entrevista com a mètode de diagnòstic més emprat ja des de l'època d'Hipòcrates. Des d'aleshores s'ha utilitzat molt sovint en psicopatologia com a procediment d'avaluació i com a criteri estàndard per estudiar la validesa d'altres instruments. L'especificació dels criteris diagnòstics del DSM-III en la dècada dels 80, va impulsar el desenvolupament d'entrevistes clíniques sistemàtiques ajustades a aquests per a l'avaluació clínica de la personalitat i els seus trastorns.

Les entrevistes semiestructurades tot i tenir, en general, una bona fiabilitat diagnòstica, no estan exemptes de dificultats. Igual que els autoinformes, tendeixen a generar diagnòstics falsos positius, encara que en menor nombre. A més, aquest tipus d'entrevistes poden presentar un biaix produït pels judicis subjectius dels clínics, els quals condicionen els resultats. Tot plegat redueix l'objectivitat de la prova. Paral·lelament, cal reconèixer que són molt útils per a la formació clínica, doncs permeten adquirir ràpidament coneixements en el terreny del diagnòstic.

També per a la descripció de les entrevistes s'han seguit els criteris de Clark i Harrison (2001) de la Taula 1.3.1. En general, trobem que s'ha fet traducció i adaptació al castellà de més entrevistes basades en diagnòstics categorials, que de les basades en diagnòstics dimensionals.

### ***1.3.2.1. Entrevistes basades en diagnòstics***

Són les entrevistes fonamentades en les taxonomies oficials, bàsicament en el DSM. Igual que els autoinformes, encara que la majoria d'elles s'han adaptat al DSM-IV, encara en disposem de poques dades psicomètriques en relació a aquesta última versió.

Existeix una àmplia varietat d'entrevistes amb diagnòstics categorials. Algunes mesuren tots els TP del DSM, inclosos els de l'apèndix; altres, se centren en un trastorn específic. En altres, fins i tot, es pot obtenir un diagnòstic amb criteris de la ICD-10. Hi ha entrevistes que requereixen la recollida d'informació per personal especialitzat; altres, en canvi, no. Això està en relació al nivell d'estructuració de les preguntes i de la codificació de les respostes: a major estructuració, menor nivell de capacitació necessària per a la seva administració. El format d'organització dels seus ítems varia en cada una d'elles: algunes ordenen les seves preguntes per trastorn; altres no, per tal d'evitar el biaix del judici clínic inicial. En general, el tipus de puntuació segueix una escala de tres punts, on 0 representa l'absència de trastorn; 1, una manifestació subclínica; i 2, presència de criteri. Algunes inclouen un autoinforme que s'aplica abans de l'entrevista i que permet fer un cribatge previ de possible presència de TP. En general, requereixen una considerable inversió de temps per part del clínic, tant en l'administració com en la correcció, i fins i tot en l'entrenament. Les entrevistes tenen una durada aproximada entre una i dues hores. Resulten molt farragoses en la clínica rutinària o en els estudis epidemiològics. Es per això que no s'utilitzen gaire en la pràctica habitual. Algunes entrevistes estructurades s'utilitzen exclusivament per a la investigació.

L'Entrevista Clínica Estructurada pel DSM-IV Eix II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*; SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams i Benjamin, 1997) mesura els dotze TP del DSM-IV més el trastorn no especificat, amb una o més preguntes. Consta d'un autoinforme inicial, d'ús opcional,

en què el pacient respon a totes les 119 preguntes sobre els trastorns de la personalitat en un format de resposta V/F. Aquest serveix com a eina de selecció o cribatge per després passar a l'entrevista si escau. En aquesta, el clínic ja se centra únicament en les respostes positives de l'autoinforme, avaluant amb una escala de quatre punts (criteri, subllindar, absència de criteri i no avaluable) la presència de cada criteri examinat. Això li permet revisar tots els símptomes dels TP amb un estalvi considerable de temps. Per realitzar l'entrevista cal tenir una bona experiència clínica i dur a terme un entrenament específic. El temps d'avaluació està entre 60 i 90 minuts. Gómez Beneyto i cols. (1994) han validat la versió que es correspon als criteris del DSM-III-R.

L'Examen Internacional dels Trastorns de la Personalitat (*International Personality Disorders Examination*; IPDE; Loranger, 1999b; Loranger, Sartorius, Andreoli i cols., 1994) s'ha desenvolupat a partir del *Personality Disorders Examination* (PDE). Es tracta d'una entrevista clínica semiestructurada que avalua els TP segons els sistemes de classificació DSM-IV i ICD-10. Amb una durada aproximada d'entre una i dues hores, els seus 99 ítems s'agrupen en sis blocs o àrees anomenats autoconcepte, afectivitat, comprovació de la realitat, control dels impulsos, relacions interpersonals i treball. El seu format en preguntes més obertes que en altres entrevistes permet que el clínic obtingui una major apreciació dels criteris que està avaluant. La puntuació de les respostes es de 0 per indicar absència de trastorn o normalitat en la conducta o tret estudiat; 1, presència exagerada o accentuada; i 2, presència de criteri patològic. A més de fer un diagnòstic categorial respecte a la presència/absència dels TP del DSM-IV, també proporciona una informació complementaria addicional en forma de puntuació dimensional per a cada trastorn, sense tenir en compte si compleixen o no criteris diagnòstics. Igual que la SCID-II, ha estat traduïda al castellà (OMS, 1996), però no es té constància que hagi estat validada en el nostre entorn.

### **1.3.2.2. Entrevistes basades en dimensions**

El *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991) ha estat adaptat al castellà per Moltó, Poy i Torrubia (2000). Tot i situar-se en aquest apartat, no es pot considerar una entrevista en el sentit més estricte. Es tracta d'una llista de 20 criteris, en una escala de 0 a 2 punts, mitjançant els quals el clínic avalua el concepte de psicopatia desenvolupat per Cleckley i revisat per Hare. Aquest constructe està format per dos factors: el primer relacionat amb trets d'egoisme, manipulació, afectivitat superficial i manca de sentiments de culpabilitat (interpersonal i afectiu) (Factor 1); i el segon, amb un estil de vida antisocial i inestable, que és el component que queda reflectit en el trastorn antisocial de la personalitat (Factor 2). Recentment ha estat publicada una segona edició d'aquest instrument, *PCL-R 2nd Edition* (Hare, 2004) que si bé no inclou cap canvi en els criteris diagnòstics, sí que proposa modificacions pel que fa a la seva estructura factorial. El Factor 1 es desdoblaria en les facetes interpersonal i afectiva, i el Factor 2 en una faceta d'estil de vida i una altra antisocial.

L'Entrevista Diagnòstica pel Trastorn Límit-Revisada (*Diagnostic Interview for Borderline patients*; DIB-R; Zanarini, Gunderson, Frankenburg i cols., 1989) és una entrevista semiestructurada dissenyada per determinar el diagnòstic i la gravetat del trastorn de la personalitat Límit de Gunderson, que, tot i ser similar, no és idèntic al del DSM-IV. Els seus 105 ítems avaluen quatre àrees de funcionament: impulsivitat, afectivitat, cognició i relacions interpersonals. L'adaptació i validació al castellà de Barrachina i cols. (2004) ha mostrat unes propietats psicomètriques similars a les de l'entrevista original, sent la més utilitzada. També hi ha una adaptació feta per Szerman i cols. (2005).

Per acabar, cal assenyalar que en l'elecció de qualsevol d'aquestes mesures de diagnòstic, el clínic, a més de considerar tot el que s'ha descrit fins ara pel que fa als instruments, també ha de tenir en compte dos aspectes importants: el moment de l'avaluació i la font d'informació. Respecte al primer, cal no oblidar la influència de l'estat, que resulta més destacable en la valoració dels trastorns de la personalitat que en

la personalitat normal; i també més en els autoinformes que en les entrevistes, tot i que aquestes tampoc no estan exemptes d'aquests problemes. Pel que fa a la font d'informació, el pacient és considerat el principal informador. Aquest presenta el major nivell de coneixement personal, però no oblidem que la seva capacitat d'introspecció i d'autocrítica poden ser baixos, i estar acompanyats d'una tendència a l'exageració o la minimització de les seves respostes en funció del grau de desitjabilitat social. Tot això influirà en el procés d'avaluació. Ara bé, com mostren diversos treballs publicats, la informació obtinguda a partir d'altres fonts externes, i més concretament dels informants familiars, també presenta un biaix amb una tendència general a augmentar la psicopatologia descrita (Zimmerman, 1994).

## **1.4. ANTECEDENTS DEL PDQ-4+**

Existeixen pocs estudis publicats fins a la data sobre el PDQ-4+ i en canvi sí que hi ha sobre els seus antecessors, el *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ) i el *Personality Diagnostic Questionnaire-Revised* (PDQ-R). Aquests qüestionaris d'autoinforme han estat molt utilitzats en l'avaluació i la investigació dels trastorns de la personalitat. A continuació, s'exposen alguns dels treballs i estudis més destacables.

### **1.4.1. PERSONALITY DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE (PDQ; Hyler, Rieder, Spitzer i Williams, 1.983)**

El PDQ ha estat dissenyat seguint els criteris de l'eix II del DSM-III. Abans de la seva publicació no es disposava de cap instrument d'autoinforme per mesurar exclusivament la presència de TP segons aquesta classificació. El MCMI (Millon, 1977), per exemple, encara que mesurava trastorns i síndromes clíniques utilitzant la terminologia del DSM-III, es va fonamentar més en el model teòric de Millon (Hyler i cols., 1988).

El PDQ consta de 163 ítems per mesurar els 11 TP del DSM-III, en un format dicotòmic de respostes (V/F) i, a diferència del PDQ-4+, utilitza una o més preguntes per a cada criteri diagnòstic. Una puntuació total en el qüestionari igual o superior a 50 és un indicador de TP en general. A més, té tres escales addicionals. La primera és l'escala Incapacitació/angoixa (ID), formada per 5 ítems relacionats amb l'angoixa subjectiva. Les altres dues escales mesuren el biaix en les respostes, i s'anomenen escala de Respostes de Desitjabilitat social i escala de Sinceritat, ambdues també amb 5 ítems. El PDQ dona una puntuació total de TP i una puntuació específica per a cada trastorn.

#### ***1.4.1.1. PDQ i mostres clíniques***

Hurt, Hyler, Frances, Clarkin i Brent (1984) encapçalen amb aquest primer treball una llarga llista d'estudis i d'investigacions sobre el PDQ (veure Taula 1.4.1). En aquest estudi varen obtenir un coeficient test-retest mitjà pels 11 TP del qüestionari al mes de la seva administració de 0,58, oscil·lant entre -0,25 i 0,75. Els més alts es varen donar en els TP paranoide (0,59), TP esquizotípic (0,56), TP antisocial (0,74), TP límit (0,63), TP per evitació (0,70) i TP compulsiu (0,75). Encara que no directament equiparables, varen comparar el coeficient test-retest del TP límit del PDQ amb el del diagnòstic clínic i el d'una entrevista semiestructurada específica d'aquest trastorn. El PDQ (0,63) es va situar entre el diagnòstic clínic (0,54) i l'entrevista (0,89). La prevalença en el nombre de TP diagnosticats per pacient amb el PDQ va resultar superior a l'obtinguda amb el diagnòstic clínic (2,4 *versus* 1,3). Pel que fa al trastorn més freqüent segons el qüestionari fou el TP esquizotípic (70% *vs* 7% dels clínics); i els menys, el TP per evitació (PDQ 13% *vs* clínics 17%), el TP per dependència (8% *vs* 13%) i el TP compulsiu (5% *vs* 10%), sent aquests més diagnosticats pels clínics. Els autors afirmen que el PDQ pot ser considerat un instrument adequat de cribatge, que ofereix una alternativa pràctica a altres mètodes de valoració com les entrevistes, i que mostra una bona probabilitat de proporcionar diagnòstics útils, especialment en pacients límits. En canvi, per Widiger i Frances (1987), tot i ser l'únic qüestionari multiescales amb dades publicades sobre la seva validesa en el seu moment, varen insistir en la necessitat d'aprofundir en l'estudi de la seva consistència interna, la validesa i les tendències de resposta.

Hyler, Rieder, Williams, Spitzer, Hendler i Lyons (1988) varen realitzar un estudi comparatiu de mitjanes de puntuació total del PDQ. Els pacients amb al menys un TP obtenien una puntuació total molt més alta que els que no en tenien cap trastorn (mitjana total 51,2 *vs* 34,2). Més tard, i utilitzant la mateixa mostra de 552 pacients, Hyler, Rieder, Williams, Spitzer, Lyons i Hendler (1989), varen comparar el nivell d'acord entre diagnòstics clínics i PDQ. Per primera vegada es publicaven coeficients de

fiabilitat  $\alpha$  pel qüestionari. Per 9 de les 11 escales, la consistència interna fou acceptable ( $\alpha > 0,60$ ), tenint en compte el reduït nombre d'ítems que inclou cada escala. L'Alfa va variar des de 0,56 (escala Esquizoide) fins a 0,83 (escala per Dependència). Comparant el nombre de diagnòstics, varen comprovar que el PDQ va generar més diagnòstics que els clínics (2,4 vs 0,7), sent aquesta discrepància més destacable en els trastorns del grup A, i més concretament, pel TP esquizotípic. En aquest, el qüestionari va generar quasi 10 vegades més diagnòstics que els clínics. Els dos únics trastorns més freqüents en clínics varen ser el TP narcisista i el TP passivoagressiu. El nivell d'acord entre les dues mesures pels 11 TP va resultar, en general, escàs i inadequat ( $\kappa < 0,40$ ). El PDQ, doncs, va generar un major nombre de diagnòstics falsos positius, mentre que els clínics subdiagnosticaven.

Yager, Landsverk, Edelstein i Hyler (1989) varen aplicar el PDQ a una mostra de 628 dones amb trastorns de l'alimentació, agrupades en tres subgrups: pacients amb bulímia i pes normal; amb anorèxia nerviosa i trets bulímics; i amb diagnòstic secundari de trastorn d'alimentació. El nombre mitjà de TP diagnosticats per pacient en els dos primers subgrups fou semblant a l'obtingut per Hurt i cols. (1984). En canvi, la puntuació total mitjana del PDQ (46) va ésser lleugerament inferior a la presentada per Hyler i cols. (1988) (51,2). Els trastorns més prevalents foren esquizotípic, per dependència i per evitació (veure Taula 1.4.1). Aquests resultats varen donar suport a la impressió clínica d'una elevada prevalença de TP entre pacients amb trastorns de l'alimentació, i més particularment amb bulímia. Per aquests autors, el PDQ podia ser considerat un instrument de cribatge, però requeria ser complementat mitjançant altres mètodes degut al seu nivell tan baix de concordança amb diferents instruments.

Un dels investigadors que més ha utilitzat el PDQ en molts dels seus treballs amb mostres clíniques ha estat Reich (1989a, 1989c, 1990b, 1990c; Noyes, Woodman, Holt, Reich i Zimmerman, 1995). Com assenyalen alguns dels seus estudis (Reich, 1990b; Noyes i cols., 1995), la literatura presenta un fort debat respecte a si els autoinformes són tan fiables com les entrevistes (Widiger i Frances, 1987). Reich considera que no existeixen suficients raons teòriques per a no considerar-los com a



mesures adients dels TP. En alguns dels treballs previs realitzats amb el PDQ s'han obtingut fiabilitats test-retest bones (0,80 pel grup C; 0,50 pel TP per evitació; 0,75 pel TP per dependència, i 0,50 pel TP límit) (Reich, 1989b); consistència interna correcta (Hurt i cols., 1984; Hyler i cols., 1989), així com resultats semblants als obtinguts per altres instruments de mesura de la personalitat (Reich, 1988; Reich, Noyes i Troughton, 1987; Reich i Troughton, 1988). El nivell d'acord entre PDQ i entrevistes fou reduït, però també ho era entre les mateixes entrevistes.

Un dels primers i més destacats treballs de comparació entre el PDQ i altres instruments d'avaluació és el presentat per Dubro, Wetzler i Kahn (1988). Varen comparar l'eficàcia diagnòstica de tres qüestionaris, el MMPI, el MCMI i el PDQ, amb l'entrevista SIDP. Els autors afirmen que tot i que les entrevistes són considerades el procediment d'elecció per a l'avaluació dels TP, l'excessiu consum de temps que impliquen porta a considerar als qüestionaris com una alternativa potencialment vàlida i fiable, que minimitzen treball i temps. Dubro, Wetzler i Kahn van estudiar una mostra clínica de 36 pacients psiquiàtrics hospitalitzats i de 20 pacients controls mèdics no psiquiàtrics. Els seus resultats posaren de manifest que els tres qüestionaris foren adequats per al diagnòstic de trastorns de l'eix II, sent el PDQ el més eficaç, seguit del MCMI. L'excepció fou el TP histriònic, amb el que tots tres varen fracassar en identificar-lo correctament. A més, el PDQ va obtenir una excel·lent sensibilitat (0,91), una adequada especificitat (0,62), i un poder predictiu positiu correcte (0,63). A diferència dels resultats obtinguts per Hurt i cols. (1984), el PDQ resultà apropiat per ser administrat a mostres clíniques, tant de pacients hospitalitzats com ambulatoris. Per tant, Dubro, Wetzler i Kahn (1988) consideren que, tot i les seves limitacions, els qüestionaris poden ser utilitzats en lloc de les entrevistes clíniques.

Reich també ha utilitzat el PDQ amb altres instruments d'avaluació, especialment amb MCMI i SIDP (Reich, 1987a, 1987b, 1988, 1990c; Reich, Noyes i Troughton, 1987; Reich i Troughton, 1988). En general, els seus resultats indiquen que els qüestionaris diagnostiquen més TP que les entrevistes (pacients psiquiàtrics amb trastorn de pànic: MCMI 62,7%; PDQ 53,7%; SIDP 43,2%; i PDQ+MCMI 24,4%).

Però encara que les freqüències obtingudes pels dos qüestionaris foren similars, varen resultar una mica més altes en el MCMI (Reich i Troughton, 1988). Reich Noyes i Troughton (1987) van trobar que els tres instruments varen diagnosticar amb una elevada freqüència el TP per dependència, encara que en l'entrevista la prevalença fou inferior (PDQ 26,8%; MCMI 31,3%; SIDP 18,2%). A més, existia un escàs acord entre tots ells: per al PDQ el trastorn més prevalent fou el TP esquizotípic (34,2%); per al MCMI, el TP per dependència (31,3%); i segons la SIDP, el TP per evitació (20,5%). Amb aquesta mateixa mostra clínica, Reich (1987a) va estudiar l'associació entre TP masoquista i altres trastorns de la personalitat, i va obtenir elevada comorbiditat en general en els tres instruments, sent més destacable amb el TP per dependència. Per evitar la tendència dels qüestionaris a sobrediagnosticar, Reich i Troughton (1988) exigien un diagnòstic positiu en dos qüestionaris, PDQ i MCMI.

També Pfohl, Coryell, Zimmerman i Stangl (1987) varen mesurar els TP amb el PDQ i la SIDP en una mostra de 78 pacients psiquiàtrics hospitalitzats amb trastorns depressius. Els resultats posaren de manifest que, mentre que el nivell d'acord diagnòstic categorial (presència/absència de TP) entre els dos instruments va ésser pobre ( $\kappa$  0,31), el nivell d'acord dimensional fou millor, amb una  $\kappa$  de 0,58. Aquest estudi va concloure amb la idea que el PDQ és un instrument adient per a proporcionar informació sobre pacients amb trastorn depressiu.

El PDQ també s'ha utilitzat sol o amb algunes entrevistes clíniques, com la SIDP i la SCID-II, per mesurar la relació entre els diferents trastorns de l'eix II, i entre aquest eix i l'eix I, especialment amb ansietat, pànic i alimentació (Berman, Berman, Heymsfield, Fauci i Ackerman, 1992; Dolan, Evans i Norton, 1992; Mellman, Leverich, Hauser, Kramlinger, Post i Uhde, 1992).

Titscher, Opgenoorth, Ruhs i Schuster (1990) van utilitzar la versió alemanya del PDQ en tres mostres diferents (pacients psiquiàtrics, jugadors patològics i pacients no psiquiàtrics en rehabilitació), i varen comparar els resultats amb els obtinguts en estudis americans. El nombre mitjà de TP diagnosticats en cada mostra fou de 2,7; 3,3 i

1,7 respectivament. El TP esquizotípic va ser diagnosticat en més del 50% de pacients psiquiàtrics i jugadors, i també sorprenentment en la mostra no psiquiàtrica en un 41%. El mateix va passar amb el TP per dependència (57,5%, 63,3% i 24,4%, respectivament) i amb el TP compulsiu, aquest últim diagnosticat en més del 25% en els tres grups i per tant sense diferències entre ells (veure els resultats de la mostra de pacients psiquiàtrics en la Taula 1.4.1). Per aquests autors les limitacions observades en les propietats psicomètriques del PDQ estan directament relacionades amb les característiques del sistema diagnòstic DSM-III que representen.

#### ***1.4.1.2 PDQ i mostres no clíniques***

A causa de l'absència d'instruments estandarditzats per avaluar trastorns en la comunitat, el PDQ s'ha utilitzat també en mostres no clíniques. Un dels primers treballs és el realitzat per Reich, Nduaguba i Yates (1988). L'objectiu va ésser estudiar la distribució per edat i gènere dels TP en una mostra de 235 adults d'una comunitat universitària. Els seus resultats respecte a l'edat mostraren que els grups d'edat més jove van obtenir més trets, que van anar declinant amb l'edat, amb una lleu pujada entre els més grans. Pel que fa al gènere, les dones van semblar tenir un lleuger increment entre els 31 i 40 anys, mentre que en els homes fou entre els 18 i 30 anys.

Més tard i amb aquesta mateixa mostra, Reich, Yates i Nduaguba (1989) varen estudiar les prevalences dels TP comparant-les amb una mostra de pacients psiquiàtrics ambulatoris i una de control. El PDQ va donar una prevalença en mostra no clínica del 11,1%, resultat clarament inferior a l'obtinguda en mostres clíniques (veure Taula 1.4.1). De nou es va observar la tendència dels TP a solapar-se.

També Zimmerman i Coryell (1990) varen examinar les relacions entre el PDQ i la SIDP en una mostra no clínica de 697 subjectes (veure Taula 1.4.1). Curiosament, l'entrevista va obtenir una prevalença per algun TP superior al PDQ (13,5% vs 10,3%),

encara que semblant a l'obtinguda per Reich, Yates i Nduaguba (1989). En canvi, el qüestionari va obtenir una major presència de diagnòstics múltiples (PDQ 7,9% vs SIDP 4,2%), així com una prevalença més elevada en tots els TP específics (excepte en histriònic, antisocial i passivoagressiu). La concordança dels dos instruments en el diagnòstic categorial fou baixa ( $\kappa$  0,32).

Weissman (1993) va fer una actualització des de 1986 fins 1990 dels treballs epidemiològics publicats sobre TP en mostres no clíniques europees i americanes amb diferents instruments. En tots ells, el PDQ va estar l'únic qüestionari emprat, però en només dos estudis: el de Reich, Yates i Nduaguba (1989) i el de Zimmerman i Coryell (1990). Tots dos van obtenir una prevalença en conjunt al voltant del 10%. Els TP menys comuns foren paranoide, esquizoide i narcisista, amb una proporció inferior a l'1%. Tots els trastorns varen mostrar una elevada comorbiditat entre ells. L'anàlisi per grups va posar de manifest que, segons el PDQ, el TP paranoide i el TP esquizoide van estar els menys freqüents (0,4% i 0,9%); i el TP esquizotípic el més variable (3-5,6%) en el grup A. En el grup B, el menys comú fou el TP narcisista (0,4%); el TP histriònic va fluctuar del 1,3-3%; el TP límit fou molt variable (0-4,6%); i el TP antisocial va canviar segons els països, obtenint les prevalences més baixes als EEUU quant s'utilitzaren mesures d'autoinforme. Això va demostrar que els qüestionaris podien subestimar-lo. En el grup C, el menys comú fou el TP per evitació; el TP compulsiu i TP per dependència mostraren prevalences més altes en els qüestionaris (4-6%) que en les entrevistes (1,6-2,2%); i el TP passivoagressiu a l'inrevés (1,8-3%). Tots aquests resultats fan pensar, en conjunt, que si el PDQ en mostres clíniques tendeix a generar molts diagnòstics falsos positius, en la comunitat les prevalences de certes categories poden estar també sobreestimades.

Taula 1.4.1. Taula-resum d'estudis publicats amb dades de prevalença de TP amb el PDQ en mostres clíniques i no clíniques.

Escala	Hurt i cols. (1984)	Hyer i cols. (1988)	Yager i cols. (1989)	Reich i cols. (1987b)	Titscher i cols. (1990)	Reich i cols. (1989)	Zimmerman i Coryell (1990)
	Clínica	Clínica	Clínica	Clínica	Clínica	No clínica	No clínica
	n = 40	N = 552	n = 628	n = 170	n = 80	n = 235	n = 697
Paranoide	28	7,9	13,3	4,9	11,3	0,8	0,4
Esquizoide	5	5,8	13,3	1,2	15	0,8	0,9
Esquizotípic	70	45,7	53,3	34,2	63,8	5,1	5,6
Antisocial	8	5,8	0	15,9	42,5	0,4	0,9
Límit	45	34,8	33,3	1,2	16,3	1,3	4,6
Histriònic	33	28,4	26,7	17,1	31,3	2,1	2,7
Narcisista	8	2	0	1,2	5	0,4	0,4
Evitació <sup>1</sup>	13	27,7	40	13,4	26,3	0,4	0,4
Dependència <sup>2</sup>	8	48,9	53,3	26,8	57,5	5,1	6,7
Obsessivocompulsiu	5	36,1	13,3	12,2	33,8	6,4	4
Passivoagressiu	18	4,9	0	1,2		0	0,4
<b>TP general</b>						11,1	10,3

<sup>1,2</sup> Els trastorns de la personalitat per evitació i per dependència s'anomena en totes les Taules com evitació i dependència.

### **1.4.2. PERSONALITY DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE-REVISED (PDQ-R; Hyler i Rieder, 1.987)**

El PDQ-R ajusta la versió anterior als canvis produïts en el nou sistema diagnòstic, el DSM-III-R. Conservant l'estructura del qüestionari, mesura amb 152 ítems els 13 trastorns de personalitat, 11 dels quals són específics de l'eix II i 2 dels trastorns en estudi. Una o més preguntes avaluen cada criteri diagnòstic. Per obtenir el diagnòstic de TP és necessari complir criteris específics per algun trastorn de la personalitat, i a més obtenir com a mínim dos o més punts en la escala Incapacitació/angoixa (ID) que, igual que en el PDQ, està formada per 5 ítems. En absència d'aquesta puntuació, encara que tingués tots el criteris, el diagnòstic seria de tret i no de trastorn. El PDQ-R conserva les dues escales de control de respostes, Desitjabilitat social i Sinceritat. Una puntuació total igual o superior a 50 indica una probabilitat significativa de tenir TP en general.

#### **1.4.2.1. PDQ-R i mostres clíniques**

Hyler ha plantejat diferents treballs amb el PDQ-R. El primer (Hyler, Skodol, Kellman, Oldham i Rosnick, 1990) va tenir com a objectiu la validació d'aquest qüestionari, comparant els seus resultats amb els obtinguts per dues entrevistes estructurades, SCID-II i PDE. Amb el PDQ-R varen obtenir una prevalença general molt alta, diagnosticant més pacients amb TP que qualsevol de les entrevistes. Malgrat això, foren comuns els diagnòstics múltiples en els tres instruments. Pel que fa a la presència de trastorns de la personalitat específics, aquesta va resultar també més alta en el PDQ-R, destacant antisocial (PDQ-R 79%; SCID-II 61%; i PDE 67%), histriònic (68%, 25% i 17% respectivament) i paranoide (63%, 36% i 14% respectivament). En el PDQ-R, tres dels trastorns de la personalitat del grup C, per evitació, per dependència i obsessivocompulsiu, mostraren una prevalença superior al 50% (veure Taula 1.4.2). El nombre mitjà de TP diagnosticats per pacient, quan aquests en tenien al menys un, fou de 5,6 en el PDQ-R; 3,4 en la SCID-II; i 2,8 en la PDE. L'acord diagnòstic entre els

instruments fou baix ( $\kappa$  PDQ-R i SCID-II: 0,41;  $\kappa$  PDQ-R i PDE: 0,36), encara que entre les entrevistes també ho era. El qüestionari va mostrar alta sensibilitat i moderada especificitat. En general, els valors relativament alts de poder predictiu negatiu indicaren que quan el PDQ-R no diagnostica, el trastorn probablement està absent, generant així pocs falsos negatius. En canvi, quan diagnostica pot tractar-se d'un fals positiu. Així, el PDQ-R sobrediagnostica abans que subdiagnostica. Aquests resultats mostren que el PDQ-R no és un substitut de cap entrevista clínica, però també evidencia que cap entrevista substitueix a una altra, ja que produeixen resultats diferents. Per aquests autors, el PDQ-R és un instrument útil en el cribatge de trastorns específics de la personalitat en poblacions psiquiàtriques, però cal confirmar els seus diagnòstics.

En un segon treball, Hyler, Skodol, Oldham, Kellman i Doidge (1992) varen replicar l'anterior, però en una mostra de 59 pacients ambulatoris. Encara que la prevalença total de TP en els tres instruments fou alta, va resultar inferior respecte al treball anterior (PDQ-R 69%, SCID-II 54% i PDE 38%). Pel que fa als trastorns específics, les prevalences també foren, en general, comparativament més baixes, fins i tot en aquells TP amb prevalences més altes. Els TP paranoide, histriònic i per evitació foren els més prevalents, però per sota del 40% (veure Taula 1.4.2). Les freqüències en les dues entrevistes també varen ser molt més baixes: en la SCID-II la més alta fou en el TP per evitació, amb un 17%; i en la PDE, en el TP límit amb un 19%. El nombre mitjà de TP diagnosticats per pacient fou de 3,8; 1,9 i 2 respectivament. Encara que els diagnòstics múltiples van continuar sent la regla general, el nombre va resultar inferior comparativament. Pel que fa al nivell d'acord diagnòstic entre instruments, Hyler i cols. (1990, 1992) van intentar incrementar la validesa dels diagnòstics de TP a partir de la convergència de resultats des de les dues entrevistes: la convergència feia referència a un diagnòstic definitiu, mentre que la divergència, entesa com que una entrevista va diagnosticar i l'altre no, a un diagnòstic probable. Malgrat això, l'acord entre qüestionari i entrevistes va continuar sent baix (PDQ-R i SCID-II 0,34; PDQ-R i PDE 0,27); i entre entrevistes una mica més alt, tot i que no molt millor que entre entrevistes i qüestionari, confirmant-se resultats previs. Això es evidenciat més tard per Perry (1993), qui considera que els mètodes psiquiàtrics per als diagnòstics de l'eix II no mostren un

nivell d'acord bo entre ells. Hyler i cols. (1992) tornen a concloure que el PDQ-R és un instrument vàlid de cribatge en mostres clíniques, i que els seus diagnòstics específics requereixen confirmació.

Skodol, Hyler i Oldham (1993) i Skodol i cols. (1995) varen utilitzar el qüestionari per estudiar la comorbiditat entre trastorns de l'eix I i II en diverses mostres clíniques, i varen comparar els resultats amb SCID-II i PDE. En un primer treball (1993), el PDQ-R va indicar una prevalença total molt elevada de TP (94%), sent superior a qualsevol de les dues entrevistes, i que va ser confirmada en un segon treball (1995). Aquests resultats foren consistents amb estudis previs que indicaren altes prevalences de TP en subjectes avaluats amb el PDQ (Reich, Noyes i Troughton, 1987; Yager i cols., 1989).

Aquests mateixos autors també varen dur a terme estudis amb l'ús de PDQ-R i d'entrevistes clíniques, amb la finalitat d'estudiar prevalença i comorbiditat en mostres clíniques (Oldham, Skodol, Kellman, Hyler, Rosnick i Davies, 1992; Oldham i cols., 1995; Skodol, Rosnick, Kellman, Oldham i Hyler, 1988). Els resultats posaren de manifest que el PDQ-R i les entrevistes tenen com a regla general produir més d'un diagnòstic (de 100 pacients hospitalitzats varen diagnosticar un total de 290 TP segons la SCID-II i 249 segons la PDE). La mitjana de trastorns diagnosticats per pacient amb el PDQ-R va oscil·lar entre 3,4 i 4,6, segons els estudis (Oldham i cols., 1992; Skodol i cols., 1988). Per tots els instruments, el TP específic més freqüent fou el límit. Becker, Grilo, Edell i McGlashan (2000) ho van confirmar posteriorment amb un estudi amb la PDE, on un 49% d'una mostra d'adolescents i un 43% d'una mostra d'adults, tots ells hospitalitzats, obtenien un diagnòstic de TP límit. Dels adolescents límits, un 20% tenien a més TP passivoagressiu, mentre que en els adults la comorbiditat va estar amb el TP per dependència (15%) i el TP antisocial (14%). Per Oldham i cols. (1992, 1995) i Skodol i cols. (1988), el nivell d'acord diagnòstic entre les entrevistes fou modest en general. Aquests resultats haurien de fer replantejar les crítiques sobre els qüestionaris, i més concretament sobre el PDQ-R, ja que aquestes dades varen posar de manifest que,



contràriament a la majoria de treballs, les entrevistes mostraren resultats comparables als del qüestionari.

Hunt i Andrews (1992) varen intentar estudiar la validesa del PDQ-R en comparació amb la PDE, en una mostra clínica amb trastorns de l'eix I i en una mostra no clínica. En la mostra clínica, el PDQ-R va mostrar una prevalença d'un o més TP del 67,5%, mentre que amb la PDE fou únicament del 7,5%. En aquesta mateixa mostra, les prevalences pels trastorns específics van variar en el PDQ-R entre un 17,5% (TP esquizotípic i TP antisocial) i un 52,5% (TP paranoide) (veure Taula 1.4.2); mentre que en la PDE fou únicament entre el 0% i el 5%. Les prevalences del PDQ-R, doncs, resultaren elevades i similars a les obtingudes per Hyler i cols. (1992). En quant al diagnòstic dimensional, tot i que en el qüestionari fou superior a la PDE, es va obtenir una petita correspondència entre ells (veure Taula 1.4.3). Hunt i Andrews (1992) dedueixen que el PDQ-R és un instrument útil en la identificació d'àrees de la personalitat alterades, que han de ser explorades posteriorment amb entrevistes clíniques. Coincideixen amb Coid (1993) en considerar que tots els instruments d'avaluació estan subjectes a problemes metodològics, i, per tant, sovint no diagnostiquen correctament TP.

Trull (1993) i Trull i Larson (1994) varen estudiar la validesa dels qüestionaris PDQ-R i MMPI-PD. Volien comparar els dos mètodes d'avaluació de la personalitat més freqüentment emprats, ja que dels diversos estudis dissenyats amb aquest objectiu, únicament en el de Dubro, Wetzler i Kahn (1988) amb el PDQ, s'utilitzaren més d'una mesura d'autoinforme. Trull (1993) va obtenir, en general, unes puntuacions relativament estables a llarg d'un període de tres mesos, amb fluctuacions en forma de descensos només en les escales per Evitació, Passivoagressiu i Límit del PDQ-R. Els coeficients de consistència interna, tot i que adequats en els dos instruments, foren superiors per quasi totes les escales en el MMPI-PD. Per aquest autor això podia ser conseqüència de que els ítems del PDQ-R són un reflex de les categories polítiques inherentment heterogènies del DSM-III-R. Partint d'aquests resultats, Trull i Larson (1994) van plantejar un treball posterior de comparació entre PDQ-R i MMPI-PD, amb

SIDP-R. Les prevalences del primer (7% a 51%) foren més altes que les del segon (0%-25%), i que les de l'entrevista (2%-21%) en quasi tots els casos (veure Taula 1.4.2). El nivell d'acord diagnòstic entre qüestionaris i entrevista fou escàs, sent tots els nivells  $\kappa$  inferiors a 0,50. En general, les escales del PDQ-R mostraren major sensibilitat i menor especificitat que el MMPI-PD.

Altres autors, com O'Maille i Fine (1995) també van utilitzar el PDQ-R per estudiar les propietats psicomètriques del MMPI-PD. Van trobar una mitjana de correlacions entre els dos qüestionaris de 0,35.

Dintre de la clínica també s'ha intentat estudiar la comorbiditat dels trastorns de l'eix II amb els de l'eix I, així com la relació entre prevalença de TP i edat i gènere, utilitzant el PDQ-R i la SCID-II (Fava, Alpert, Borus, Nierenberg, Pava i Rosenbaum, 1996; Golomb, Fava, Abraham i Rosenbaum, 1995a, 1995b; Stein, Hollander i Skodol, 1993). Fava i cols. (1996) varen intentar avaluar la presència de TP en una mostra de pacients amb depressió major, amb els instruments esmentats. Els resultats indicaren que els pacients amb un inici precoç de depressió tenien major prevalença dels TP per evitació, TP histriònic, TP narcisista, TP límit, TP antisocial, TP per dependència i TP passivoagressiu. Els quatre primers trastorns van coincidir amb els resultats de la SCID-II. Golomb i cols. (1995a) varen estudiar a més la relació amb el gènere en un total de 316 pacients deprimits. Anteriorment Reich (1987b) ja ho va examinar, però no va controlar la presència de trastorns de l'eix I. Els resultats de Golomb i cols. (1995a), amb el PDQ-R, indicaren que els TP específics eren més comuns en homes deprimits que en dones, sent els més freqüents els TP narcisista, antisocial i obsessivocompulsiu. En la SCID-II, les persones de gènere masculí tenien més probabilitat de rebre criteris pel TP narcisista i TP obsessivocompulsiu que el femení. En canvi, en les dones cap TP va resultar més predominant o significatiu. Aquests mateixos autors (1995b), utilitzant la mateixa mostra i els mateixos instruments, varen estudiar la relació entre edat i TP. Els resultats de les dues mesures van coincidir en mostrar unes freqüències pels trastorns de la personalitat en pacients deprimits que no van canviar significativament amb l'edat. Això fou consistent amb el concepte de TP com a relativament estables en el

temps. L'única excepció fou pel TP per evitació, amb una prevalença més baixa en el grup de major edat amb el PDQ-R.

Per altra banda, Kay, Altshuler, Ventura i Mint (1999) varen utilitzar PDQ-R i SCID-II per estudiar la prevalença de TP en pacients bipolars. Novament, l'acord diagnòstic va resultar baix ( $\kappa$  0,43). Ara bé, altres treballs amb només entrevistes d'avaluació, com SCID-II, PDE i SIDP-R (Nurnberg i cols., 2000) també han mostrat un nivell d'acord escàs o modest en les diverses mostres estudiades, fet que posa de relleu que el PDQ-R no és un instrument pitjor que les entrevistes en el diagnòstic dels TP. Pel que fa a la prevalença en conjunt, el treball de Kay i cols. (1999) va indicar que el PDQ-R tendia a sobrediagnosticar més patologia (62%) que la SCID-II (38%). Aquests resultats van donar suport una vegada més el consens d'una part de la literatura que afirma que el PDQ-R genera més diagnòstics falsos positius que les entrevistes, però que es pot considerar un bon instrument de cribatge (Hyler i cols., 1990).

En altres treballs, com els de Patrick, Links, Van Reekum i Mitton (1995), Sansone, Sansone i Fine (1995) i Sansone, Sansone i Morris (1996), s'han emprat només una de les escales del PDQ-R, la Límit, i s'ha comparat amb entrevistes, com la SIDP-R o la DIB. Com ja s'ha assenyalat, aquesta escala ha mostrat tenir un bon nivell de concordança i unes propietats psicomètriques adients (Dubro, Wetzler i Kahn, 1988), sent el qüestionari un instrument efectiu per al seu diagnòstic diferencial.

El PDQ-R també s'ha utilitzat amb altres mesures d'avaluació originals d'altres països, com el SII (*Separation Individuation Inventory*) (Dolan, Evans i Norton, 1992), de Londres, o el MDCL-P (*Munich Diagnostic Checklist for the Assessment of DSM-III-R*), a Munich (Weissman, 1993). En tots ells, el qüestionari ha mostrat major prevalença de TP, elevada comorbiditat i escàs acord diagnòstic (Bronisch, Flett, Garcia-Borreguero i Wolf, 1993; Dolan, Evans i Norton, 1992). El PDQ-R també ha estat comparat amb qüestionaris dimensionals, com l'EPQ (O'Boyle, 1995; Trull i Larson, 1994; O'Maille i Fine, 1995).

Per altra banda, també un nombre considerable d'estudis clínics ha utilitzat el PDQ-R com a únic instrument d'avaluació, destacant alguns dels treballs de Dowson (1992a, 1992b, 1994; Dowson i Berrios, 1991). La fiabilitat  $\alpha$  fou bona, amb una mitjana de 0,84 pels 13 TP (Dowson i Berrios, 1991). En canvi, el nombre mitjà de trastorns diagnosticats per subjecte obtingut fou alt (4,5) (Dowson, 1992a; Dowson i Berrios, 1991), i els TP més freqüents límit, histriònic i per evitació (1992a, 1992b).

Altres autors, com Vize i Cooper (1995) i Berenbaum (1996) han utilitzat el PDQ-R amb pacients amb abusos sexuals durant la infància, per tal d'estudiar la vulnerabilitat a presentar trastorns en els eixos I i II, i la comorbiditat entre TP i trastorns afectius, especialment depressius.

Reichborn-Kjennerud, Lingjaerde i Dalh (1997) varen comparar els diagnòstics categorials i puntuacions dimensionals dels TP en 45 pacients amb trastorns afectius estacionals, abans i després del tractament. Varen trobar que la prevalença de TP en conjunt abans del tractament (58%) es veia reduïda després (44%). L'únic que tenia una permanència superior després del tractament fou el TP per dependència; mentre que els TP límit, passivoagressiu i sàdic es mostraren inalterables.

També en el treball de O'Boyle (1993), el PDQ-R es va utilitzar per estudiar l'associació entre TP i dependència a múltiples substàncies (veure Taula 1.4.3). En aquests subjectes els TP més freqüents van ser el TP antisocial i el TP límit.

Dolan, Evans i Norton (1995) varen estudiar la presència dels diagnòstics múltiples en l'eix II en tres mostres: una de 275 pacients hospitalitzats; una altra de 57 homes delinqüents d'un centre penitenciari, i l'última de 274 estudiants. La seva hipòtesi fou que els diagnòstics únics, abans que la norma, són l'excepció. Per tant, els diagnòstics múltiples haurien de ser interpretats com una extensió o continuació de la psicopatologia, i no com a comorbiditat. Els resultats amb el PDQ-R van posar de manifest una mitjana de TP molt elevada en cada mostra: 6,0 en pacients interns; 4,0 en delinqüents, i 3,4 en estudiants. La prevalença total per un o més TP també fou alta,

especialment en els dos primers grups (95%, 67% i 35%, respectivament). Pel que fa a la prevalença dels TP específics, en la mostra de pacients el més freqüent fou el TP límit (86%), i el menys el TP obsessivocompulsiu (44%). En la mostra dels delinqüents, el més prevalent fou el TP antisocial (67%) i el menys el TP per dependència (11%); mentre que en els estudiants el TP paranoide va mostrar la freqüència més alta (43%) i el TP esquizoide la més baixa (7%). La comorbiditat va resultar més destacable en l'anàlisi per grups. En la mostra clínica només un 3% varen puntuar en un sol grup, mentre que un 80% ho feia en dos o més. En les altres dues mostres, un 29% i un 23% ho feien en un grup, i un 26% i 45% en els altres.

Tots aquests resultats coincideixen amb la literatura prèvia revisada en què els diversos mètodes d'avaluació poden generar elevada prevalença de TP. Els qüestionaris, i en aquest cas el PDQ/PDQ-R, són els que informen de més nombre de trastorns que les entrevistes, que també els produeixen, encara que menys (Dowson, 1991, 1992a; Hurt i cols., 1984; Hyler i cols., 1990, 1992; Johnson i Bornstein, 1992; Loranger, 1992; Widiger i Frances, 1987; Yager i cols., 1989; Zimmerman i Coryell, 1990). A més, aquestes prevalences també estan relacionades amb el grup d'estudi, de manera que les mostres de pacients hospitalitzats obtenen prevalences i puntuacions dimensionals més elevades per més d'un trastorn que les mostres de pacients ambulatoris, els quals també resulten superiors als de la població general.

#### ***1.4.2.2. PDQ-R i mostres no clíniques***

Igual que el PDQ, la versió revisada s'ha utilitzat per estudiar la població general. Un dels investigadors més destacats ha estat Johnson (Johnson, 1993a, 1993b; Johnson i Bornstein, 1991, 1992; Johnson, Bornstein i Krukoni, 1992; Johnson, Hyler, Skodol, Bornstein i Sherman, 1995). Aquest autor ha publicat un nombre important de treballs per tal de demostrar la utilitat del PDQ-R com a mesura global de l'eix II en poblacions no clíniques. En un primer estudi amb 258 estudiants, Johnson, Bornstein i Krukoni (1992) varen trobar en general prevalences elevades de TP, sent especialment

destacables paranoide (44%), límit i histriònic (33% cadascun) (veure Taules 1.4.2 i 1.4.3). Per aquests autors, el PDQ-R és un instrument útil en la identificació de TP en subjectes no clínics, amb excepció dels TP histriònic, paranoide i límit, els quals mostren un substancial nombre d'individus normals classificats incorrectament. A més, consideren que la puntuació total del PDQ-R és un índex més útil en la identificació de simptomatologia en població general que les seves escales individuals.

En un treball posterior i basant-se en estudis previs (Hunt i Andrews, 1992; Johnson, 1993b; Johnson, Bornstein i Krukoni, 1992; Johnson i Bornstein, 1992), Johnson i cols. (1995) varen investigar per primera vegada les associacions entre depressió i abús de substàncies amb els TP en una mostra d'adolescents de la població general (veure Taula 1.4.3). Els adolescents deprimits van informar de major patologia de la personalitat en el PDQ-R que els no deprimits; i els adolescents amb abús de substàncies van presentar major simptomatologia que els del grup comparació. A més, els subjectes amb TP van tenir més probabilitats que els sense TP de presentar associació amb depressió i ús de drogues. Malgrat això, els resultats foren exploratoris, i no es poden generalitzar a totes les poblacions adolescents no clíniques.

Maffei, Fossati, Lingiardi, Madeddu, Borellini i Petrachi (1995) varen estudiar les propietats psicomètriques de la versió italiana del PDQ-R en una mostra de 254 estudiants universitaris. Varen obtenir uns resultats comparables als de Johnson i Bornstein (1992). La puntuació mitjana total del PDQ-R fou de 29,61 i el nombre mitjà de diagnòstics per subjecte de 2,20. Un 88,7% dels subjectes en tenien un o més TP, sent els més freqüents paranoide (66%), histriònic (24,6%) i obsessivocompulsiu (24,2%). Les baixes prevalences en els TP antisocial, TP esquizoide i TP sàdica van indicar un biaix en els resultats (veure Taules 1.4.2 i 1.4.3). Per aquests autors, l'escala Paranoide no fou útil en el diagnòstic categorial. Per altra banda, l'elevat percentatge d'obsessius estaria relacionat amb la presència de trets i conductes pròpies de bons estudiants, dada que coincidiria amb Johnson i Bornstein (1992).

El PDQ-R també s'ha comparat amb entrevistes, com la SIDP, en mostres no clíniques. Yeung, Lyons, Wateriaux, Faraone i Tsuang (1993a, 1993b), en el seu estudi amb familiars de primer grau de pacients psicòtics, varen coincidir amb Hyler i cols. (1990, 1992) en què el nivell d'acord dels dos instruments és inadequat, però a diferència d'ells, van trobar baixa sensibilitat i alta especificitat en el PDQ-R.

També s'ha comparat amb altres qüestionaris, com el MCMI-II i el MMPI-PD (Funtowicz i Widiger, 1995; Lindsay i Widiger, 1995; Lyons, Toomey, Faraone, Kremen, Yeung i Tsuang, 1995; Quigley, Sherman i Sherman, 1997; Wierzbicki i Gorman, 1995). Amb el MCMI-II, s'han trobat correlacions significatives en 10 dels 11 TP, amb l'excepció del TP obsessivocompulsiu, confirmant un bon nivell d'acord entre els dos instruments amb no pacients.

Igual que en les mostres clíniques, el PDQ-R també s'ha utilitzat per estudiar algunes patologies específiques per separat, com les escales Obsessivocompulsiu (Rosen i Tallis, 1995), Histriònic i Antisocial (Hamburger, Lilienfeld i Hogben, 1996).

#### ***1.4.2.3. PDQ i PDQ-R i anàlisi factorial exploratòria***

Pocs estudis han fet una anàlisi factorial de les diverses escales del PDQ i del PDQ-R, amb la finalitat d'identificar la seva estructura interna a partir de diverses mostres clíniques (Dowson i Berrios, 1991; Hyler i cols., 1990; O'Boyle, 1995; Yager i cols., 1989).

Yager i cols. (1989) ho fan amb el PDQ, utilitzant la rotació Varimax. Varen obtenir tres factors de les escales. El primer factor es corresponia exactament amb el grup ansiós o temorós, i va incloure les escales per Evitació, per Dependència, Compulsiu i Passivoagressiu; també Paranoide però amb un pes més baix. Va ser anomenat com el factor de personalitat restrictiva. El segon, semblant al grup B, va estar relacionat amb els ítems de les escales Antisocial, Límit, Narcisista i Histriònic, però

també amb l'Esquizotípic. Es va designar com la personalitat emotiva. En el tercer factor es va situar únicament l'Esquizoide, apropant-se al grup rar o excèntric. Aquests resultats posen de relleu que els grups del DSM no es reproduïen exactament, encara que són similars.

Hyer i cols. (1990) van estudiar l'estructura factorial amb rotació Varimax Ortogonal dels ítems del PDQ. Van obtenir 11 factors, amb un 39% de la variància: factor I, disfòria social (hipersensibilitat a la crítica i al rebuig, ansietat social i baixa autoestima); factor II, delinqüència juvenil (abans dels 15 anys i únic criteri antisocial); factor III, conducta d'impulsivitat i perillositat (ítems de les escales Límit, Histriònic i Antisocial); factor IV, absència de sentiments i socialment aïllat, amb pocs amics (criteris de les escales Esquizoide, Esquizotípic, per Evitació, Paranoide i Compulsiu); factor V, necessitat de control (derivat de criteris de les escales Paranoide, Compulsiu, Histriònic i Narcisista); factor VI, il·lusions recurrents, desrealització, despersonalització i trastorns d'identitat (escales Esquizotípic i Límit); factor VII, dependència (escales per Dependència i Histriònic); factor VIII, relacions inestables i explotació dels altres (escales Narcisista, Límit, Histriònic i Antisocial); factor IX, resistència indirecta i indecisió (escales Passivoagressiu i Compulsiu); factor X, fredor i absència d'empatia (escales Paranoide, Esquizoide, Narcisista i Histriònic); i factor XI, pensament màgic, idees de referència i il·lusions recurrents (escala Esquizotípic). En general, no sembla existir una correspondència directa entre els 11 factors i els 11 TP del DSM-III, excepte pels factors II, VI i IX, encara que la majoria dels factors mostren correlacions positives amb alguns TP específics.

Pel que fa al PDQ-R, Dowson i Berrios (1991) varen obtenir tres factors amb el mètode Oblimin: el factor 1, associat amb les escales Paranoide, Esquizoide, Esquizotípic, per Evitació i Auto-Destructiu; el factor 2, amb les escales Antisocial, Límit, Passivoagressiu i Sàdic; i el factor 3 amb les escales Histriònic, Narcisista, per Dependència i Obsessivcompulsiu. Aquest resultat en l'anàlisi factorial també s'apropa als tres grups descrits en el DSM-III-R, però no es corresponen exactament amb ells.



En un altre treball dut a terme per O'Boyle (1995), es va realitzar una anàlisi factorial amb rotació Varimax de les escales del PDQ-R i de l'EPQ. El primer factor va tenir pesos significatius en totes les escales, menys en l'Esquizoide i l'Antisocial del PDQ, i en l'escala Neuroticisme de l'EPQ. En el segon factor, van obtenir pesos positius les escales Passivoagressiu, Narcisista, Límit i Antisocial del PDQ-R, i l'escala Psicoticisme de l'EPQ. El tercer factor, positiu en l'escala Esquizoide del PDQ-R i negatiu en l'Extraversió de l'EPQ.

Tots aquests resultats posen de manifest que les dades sobre l'estructura factorial resulten ser disperses i poc coherents entre si.

Es pot concloure que, en general, els dos antecessors del PDQ-4+, el PDQ i el PDQ-R, han mostrat en diversos estudis i en diverses mostres una estabilitat temporal adequada (fiabilitat test-retest); una consistència interna acceptable; una capacitat predictiva de TP limitada amb una bona sensibilitat i moderada especificitat; i unes prevalences de TP i unes puntuacions dimensionals més elevades que les obtingudes amb les entrevistes clíniques (Gómez-Beneyto i cols., 1994). També han presentat una validesa concurrent adequada amb altres autoinformes i una baixa concordança diagnòstica amb entrevistes, tant clíniques com semiestructurades. L'estructura factorial d'aquests instruments no sembla seguir de forma exacta l'agrupació de l'eix II establerta en els Manuals de diagnòstic del DSM.

Taula 1.4.2. Taula-resum d'estudis publicats amb dades de prevalença de TP amb el PDQ-R en mostres clíniques i no clíniques.

<i>Escales</i>	<i>Hylér i cols.</i>	<i>Hylér i cols.</i>	<i>Hunt i Andrews</i>	<i>Trull i Larson</i>	<i>Johnson i Bornstein</i>	<i>Maffei i cols.</i>
	<i>(1990)</i>	<i>(1992)</i>	<i>(1992)</i>	<i>(1994)</i>	<i>(1992)</i>	<i>(1995)</i>
	<i>Clínica</i>	<i>Clínica</i>	<i>Clínica</i>	<i>Clínica</i>	<i>No clínica</i>	<i>No clínica</i>
	n = 87	n = 59	n = 40	n = 57	n = 258	n = 254
<b>Paranoide</b>	63	39	52,5	44	44	66
<b>Esquizoide</b>	24	10	20	7	4	10,2
<b>Esquizotípic</b>	32	7	17,5	16	14	12,1
<b>Antisocial</b>	79	30	27,5	51	12	4,7
<b>Límit</b>	14	0	17,5	16	33	11,7
<b>Histriònic</b>	68	37	35	40	33	24,6
<b>Narcisista</b>	34	32	25	18	21	17,2
<b>Evitació</b>	59	36	45	33	16	17,2
<b>Dependència</b>	53	19	30	21	9	15,2
<b>Obsessivocompulsiu</b>	54	29	22,5	42	28	24,2
<b>Passivoagressiu</b>	31	15	20	23	14	6,6

*Taula 1.4.3. Taula-resum d'estudis publicats amb puntuacions mitjanes de cada escala específica amb el PDQ-R en mostres clíniques i no clíniques.*

	<i>Hunt i Andrews (1992)</i>	<i>O'Boyle (1993)</i>	<i>Johnson i Bornstein (1992)</i>	<i>Johnson i cols. (1995)</i>	<i>Maffei i cols. (1995)</i>
	<i>Clínica</i>	<i>Clínica</i>	<i>No clínica</i>	<i>No clínica</i>	<i>No clínica</i>
<i>Escala</i>	n = 40	n = 102	n = 258	n = 441	n = 254
<b>Paranoide</b>	3,6	3,5	3,23	3,22	3,18
<b>Esquizoide</b>	1,8	1,9	1,17	1,24	1,48
<b>Esquizotípic</b>	2,8	3,3	2,63	2,62	2,34
<b>Antisocial</b>	1,8	4,4	1,44	1,42	0,95
<b>Límit</b>	3,5	5,7	3,65	3,49	2,47
<b>Histriònic</b>	3	3,5	2,57	2,71	2,49
<b>Narcisista</b>	3,4	4,3	3,2	3,29	2,9
<b>Evitació</b>	3,4	2,3	1,9	1,87	2,25
<b>Dependència</b>	3,4	2,3	2,27	2,4	2,73
<b>Obsessivcompulsiu</b>	3,7	2,9	3,5	3,66	3,18
<b>Passivoagressiu</b>	2,6	2,8	2,63	2,65	2,22

## **1.5. PERSONALITY DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE- 4+ (PDQ-4+)**

### **1.5.1. CARACTERÍSTIQUES GENERALS DEL PDQ-4+**

El *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ-4+; Hyler, 1994) és un autoinforme que permet avaluar els 12 trastorns de personalitat del DSM-IV: els 10 específics inclosos en l'eix II (grup A: paranoide, esquizoide, esquizotípic; grup B: antisocial, límit, histriònic, narcisista; i grup C: per evitació, per dependència, obsessivocompulsiu), i els 2 TP que apareixen en l'apèndix B de diagnòstics pendents d'estudi (passivoagressiu, o negativista, i depressiu). La versió que només considera els 10 TP específics s'anomena PDQ-4.

Consta de dues parts, un autoinforme i una breu entrevista anomenada escala de Significació clínica. L'autoinforme és el *qüestionari* pròpiament dit. Té 99 ítems, dels quals 93 mesuren tots els criteris diagnòstics dels TP, i 6 es corresponen a les escales de control de respostes. Tots ells segueixen un format de resposta dicotòmica Verdader-Fals, excepte els dos últims ítems, 98 i 99, que segueixen format d'inventari. Aquests formen part del TP límit i del TP antisocial, respectivament. El primer correspon al criteri d'impulsivitat del límit, i són necessaris 2 o més ítems perquè es compleixi el criteri. El segon fa referència a les conductes antinormatives anteriors als 15 anys de l'antisocial, i es requereixen 3 o més ítems. Cada ítem del PDQ-4+ es correspon a un únic criteri diagnòstic del DSM-IV, amb l'excepció del 60, que es compartit pel criteri 5 del TP esquizoide i el 8 de l'esquizotípic. Per tant, cada escala consta del mateix nombre d'ítems que defineixen cada entitat psicopatològica de l'eix II. Les preguntes estan ordenades aleatòriament.

A més, hi ha dues escales de control de respostes. Aquestes han estat anomenades Conformitat social i Infreqüència. La primera, formada per 4 ítems, permet detectar la tendència de l'individu a negar o subestimar la seva patologia, o bé mostrar respostes acceptades socialment. L'escala Infreqüència, amb 2 ítems, pretén identificar

la falta de cooperació en l'avaluació, i per tant aquells individus que menteixen, responen aleatòriament o no ho fan de forma seriosa. Una resposta positiva en qualsevol dels 2 ítems ha de fer sospitar de la fiabilitat de les respostes al qüestionari per part del subjecte avaluat.

El temps d'administració del qüestionari PDQ-4+ està entre 20 i 30 minuts, resultant així un dels autoinformes específics del DSM-IV més curt. La instrucció principal que es dona per respondre es descriure quin tipus de persona és, i el subjecte ha de contestar en funció de com ha pensat, ha sentit o ha actuat durant els últims anys de forma general. En tots els casos, Verdader és la resposta patològica, i per tant puntua com a criteri del DSM-IV. Únicament en tres ítems de l'escala Conformitat social, el 12, 25 i 38, Fals és la resposta patològica.

El qüestionari permet obtenir una **puntuació total de presència en conjunt de TP** i una **puntuació específica per a cada escala**. La primera es tracta d'un índex general de presència *versus* absència de TP, i s'obté sumant totes les respostes patològiques contestades de forma afirmativa, excloses Conformitat social i Infreqüència. Hyler (1994) estableix uns barems de puntuació total: una puntuació inferior o igual a 20 indica absència de trastorns de personalitat en general; una puntuació entre 20 i 30 implica la necessitat d'una valoració més detallada; i una puntuació igual o superior a 30 és un indicador d'una elevada probabilitat de presentar trastorns de la personalitat. Com assenyala Hyler, aquests valors s'han establert a partir dels resultats obtinguts en versions prèvies de l'instrument i d'alguns estudis no publicats del propi autor. En segon lloc, el PDQ-4+ obté una **puntuació específica per a cada escala**. D'acord amb els criteris del DSM-IV, hi ha un nombre mínim necessari per a cada trastorn (puntuació llindar), el qual permet establir la presència/absència de diagnòstic categorial de TP.

L'**escala de Significació clínica** és la breu entrevista que s'administra per a cada una de les escales que el pacient ha puntuat com a positives. Un cop fet un primer diagnòstic mitjançant el qüestionari, el clínic aplica l'escala per a cada trastorn per tal

de confirmar o no les respostes dels ítems contestats afirmativament en el qüestionari (criteri A). Si es continua confirmant la presència del trastorn, es pregunta sobre: criteri B) la seva durada en el temps (que s'estableix com: des de fa uns anys, a partir dels 18 anys, en els últims anys); criteri C) la independència o la dependència dels trastorns de l'eix I (com trastorn depressiu, ansietat, consum de drogues/alcohol o malaltia física), que permeti diferenciar tret d'estat; criteri D) la presència de dificultats en l'àmbit familiar, social i/o professional; i finalment, criteri E) la preocupació o l'estrès generat per aquests trastorns.

Després de l'entrevista ja es pot confirmar o rebutjar la presència d'algun TP. La finalitat de l'escala és, per tant, múltiple. Pretén reduir l'elevat nombre de diagnòstics falsos positius, inherent als autoinformes, el qual resulta excessiu. També intenta controlar el possible efecte que l'estat del pacient pot exercir sobre la seva autovaloració i, conseqüentment, sobre les respostes en el qüestionari. Per últim, pretén obtenir diagnòstics clínics més precisos amb menys temps d'administració.

El PDQ-4+ és un instrument de diagnòstic que pot resultar útil tant a nivell clínic com d'investigació.

### ***1.5.2. ESTUDIS I TREBALLS AMB EL PDQ-4+***

Coincidint amb l'aparició del DSM-IV, Hyler publica el PDQ-4+, amb les conseqüents modificacions per la seva adaptació al nou Manual. Apareix així el nou autoinforme acompanyat d'una innovació respecte a les versions anteriors, l'escala de Significació clínica. Pocs són els treballs publicats fins ara amb aquest instrument. Entre la literatura revisada, trobem estudis en mostres clíniques (Black i Moyer, 1998; Dammen, Ekeberg, Arnesen i Friis, 2000; Fossati i cols., 1998; Wilberg, Dammen i Friis, 2000; Yang i cols., 2000; Yang, Bagby, Costa, Ryder i Herbst, 2002), penitenciàries (Birtchnell i Shine, 2000; Davison, Leese i Taylor, 2001) i no clíniques (Bagdy i Pajouhandeh, 1997; Fossati, Barratt, Carretta, Leonardi, Grazioli i Maffei,

2004; Lyoo, Youn, Ha, Park i Kwon, 2003), tots ells amb alguna de les dues versions d'aquest instrument, PDQ-4+ o PDQ-4 (veure Taula 1.5.1).

### ***1.5.2.1. PDQ-4+ en mostres clíniques***

Black i Moyer (1998) varen aplicar la versió original del PDQ-4 a una mostra de pacients ludòpates. Varen obtenir una prevalença total del 87% per un o més diagnòstics de TP, sent els més freqüents el TP obsessivocompulsiu (59%), el TP per evitació (50%) i el TP esquizoide (33%). També obtingueren freqüències relativament altes el TP esquizotípic i el TP paranoide (30% i 26%, respectivament) (veure Taula 1.5.2).

El PDQ-4+ ha estat traduït i adaptat a altres idiomes, com italià, xinès (mandarí), noruec i coreà, i aplicat a mostres clíniques. També hi ha una versió coreana, que s'ha utilitzat en una mostra no clínica.

Fossati i cols. (1998) han utilitzat la versió italiana del qüestionari, juntament amb la SCID-II. La mitjana de consistència interna fou, en general, acceptable ( $\alpha = 0,61$ ). Les escales per Dependència, per Evitació i Límit varen obtenir els coeficients Alfa més alts (0,74; 0,71 i 0,70, respectivament), mentre que la de l'escala Obsessivocompulsiu va ser inadequada (0,46) (veure Taula 1.5.4). Una vegada més, els resultats posaren de manifest un acord diagnòstic entre les dues mesures clarament inferior al que seria d'esperar, indicant escassa concordància entre els dos instruments. Totes les escales del qüestionari varen mostrar, en general, puntuacions més altes que les corresponents a la SCID-II. El PDQ-4+ va diagnosticar un nombre mitjà de trastorns més alt (4,27) que l'entrevista (1,09). Les puntuacions dimensionals més altes en el PDQ-4+ es varen donar en les escales Depressiu, Límit i per Evitació (4,78; 4,44; i 3,83) (veure Taula 1.5.3). Amb el qüestionari, un 90,3% dels subjectes rebien un o més diagnòstics de TP, sent els més diagnosticats el TP depressiu (76,7%), el TP per evitació (58,7%), el TP límit (50,3%) i el TP obsessivocompulsiu (50%) (veure Taula

1.5.2). La SCID-II va mostrar una prevalença inferior, encara que també elevada (66% per un o més TP). A diferència del qüestionari, els trastorns més freqüents es van diagnosticar en percentatges inferiors al 20%. Només un diagnòstic, el TP narcisista, fou més freqüent en la SCID-II (20,7%) que en el PDQ-4+ (16,7%). Pels autors, aquests resultats indiquen la tendència del qüestionari a produir un major nombre de diagnòstics, i per tant a mostrar una elevada sensibilitat i una moderada especificitat. Aquest fet els porta a qüestionar el seu ús en avaluació clínica i en recerca. Malgrat les crítiques, Fossati i cols. han continuat utilitzant el PDQ-4+ en treballs posteriors en mostres no clíniques (2004), la qual cosa sembla indicar que el consideren un instrument vàlid en la mesura dels TP.

Yang i cols. (2000) han aplicat la versió xinesa a una mostra psiquiàtrica de 1926 pacients, juntament amb l'entrevista PDI-IV. Van comparar els seus resultats amb els obtinguts en estudis occidentals. Els coeficients de fiabilitat del PDQ-4+ foren acceptables, amb una mitjana  $\alpha$  de 0,62. Les més adients es donaren en les escales Depressiu (0,72), Límit (0,71), per Evitació i per Dependència (0,70), dades similars a les obtingudes per Fossati i cols. (1998). Les menys consistents foren escala Passivoagressiu (0,49), seguida de les escales Esquizoide, Esquizotípic, Histriònic i Obsessivocompulsiu (veure Taula 1.5.4). La PDI-IV va obtenir consistències internes més altes. La concordança diagnòstica entre els dos instruments va resultar moderada, oscil·lant entre 0,02 (TP esquizoide) i 0,33 (TP antisocial). La mitjana  $\kappa$  (0,11) va replicar treballs previs, i més concretament la del grup italià, al coincidir amb ells en què el nivell d'acord més alt fou en les escales per Dependència, per Evitació i Antisocial. Els resultats també mostraren que les puntuacions dimensionals de totes les escales eren superiors a les de PDI-IV, destacant l'Obsessivocompulsiu, amb 4,52 (veure Taula 1.5.3). Pel que fa a les prevalences, aquestes varen ser més elevades en el PDQ-4+ que el PDI-IV per tots els TP, especialment pel TP obsessivocompulsiu (68,7%), TP per evitació (57,6) i TP límit (43,6%) (veure Taula 1.5.2). En la PDI-IV, la més alta fou la del TP per evitació, encara que inferior a 25%. Yang i cols. (2000) apunten que aquests resultats poden ser deguts, principalment, a que els criteris de definició dels TP poden tenir una validesa modesta i un nivell de discriminació baix,



produint així una elevada comorbiditat. A diferència de Fossati i cols. (1998), per Yang i cols. (2000) el PDQ-4+ és més adient com a instrument de cribatge que per a la clínica.

En aquests dos treballs d'adaptació s'ha utilitzat únicament el PDQ-4+ i no es fa referència a l'escala de Significació clínica. Wilberg, Dammen i Friis (2000), en la seva versió noruega, tot i fer només ús del qüestionari, si que fan menció a l'entrevista. Ells han comparat PDQ-4+ amb criteris diagnòstics del *Longitudinal, Expert, All Data* (LEAD) en una mostra de 100 pacients. Varen obtenir una consistència interna acceptable, sent l'índex  $\alpha$  major de 0,70 en tres de les dotze escales (Paranoide, Esquizotípic i per Evitació). Novament, la més baixa fou per l'escala Obsessivocompulsiu (0,42) (veure Taula 1.5.4). La concordança diagnòstica entre els dos instruments fou escassa (valors entre 0,05 i 0,26). Aquests resultats sobre el nivell d'acord coincidien tant amb els altres estudis amb PDQ-4+ (Fossati i cols., 1998; Yang i cols., 2000), com amb alguns treballs preliminars amb versions anteriors del mateix qüestionari (Hyer i cols., 1989, 1990, 1992; Trull i Larson, 1994). Pel que fa a la prevalença total de TP en el PDQ-4+, aquesta va ser d'un 91% per un o més trastorns, sent els més prevalents els TP per evitació (75%) i depressiu (72%) (veure Taula 1.5.2). En la LEAD també es va obtenir una prevalença del 91%; en canvi, a diferència del qüestionari, el TP més diagnosticat fou el TP per evitació, però amb un percentatge inferior (40%). En el PDQ-4+, el nombre mitjà de TP diagnosticat per subjecte fou de 4,0 (veure Taula 1.5.3), superior a l'obtinguda en la LEAD (1,2). Tots aquests resultats coincideixen amb estudis previs i, més concretament amb Fossati i cols. (1998) en afirmar que el PDQ-4+ mostra una elevada sensibilitat i una moderada especificitat, generant-se així molts diagnòstics falsos positius. Wilberg, Dammen i Friis (2000) consideren que el qüestionari per sí sol, sense l'escala de Significació clínica, és un bon instrument de cribatge. Aquest treball també és l'únic en fer referència a les prevalences per grups en el PDQ-4+, sent superiors en el C (82%).

També Dammen i cols. (2000) han aplicat el PDQ-4+ en una mostra clínica de pacients no psiquiàtrics (199 malalts cardiològics), per valorar la presència de TP. Del

total de la mostra, el 39% va presentar criteris per ser diagnosticat amb algun trastorn. D'aquests, un 59% va tenir un diagnòstic, un 18% dos, un 11% tres, i un 13% quatre o més diagnòstics. Els trastorns més comunament diagnosticats foren els del grup ansiós (30,2%), destacant el TP obsessivocompulsiu i el TP per evitació (23,3% i 13,8%); i també del grup A el TP paranoide, amb un 13,2% (veure Taules 1.5.2 i 1.5.3).

De tots els treballs amb PDQ-4+ i mostres clíniques revisats, només dos realitzen una anàlisi factorial exploratòria i confirmatòria. El primer, de Yang i cols. (2000), fa una anàlisi factorial exploratòria a partir d'onze de les escales, exclosa la Depressiva. Van extreure quatre factors utilitzant una rotació Procrustes: el factor I, associat a Neuroticisme, definit principalment pels TP per evitació, TP límit i TP per dependència; el factor II (Extraversió) amb baix TP esquizoide; el factor III (Amabilitat) amb saturacions negatives dels TP paranoide, TP narcisista i TP antisocial; i el factor IV, anomenat Consciència, i definit pel TP obsessivocompulsiu. Aquests resultats indiquen una estructura factorial diferent a la del DSM-IV, resultat que es confirma amb el segon treball de Yang i cols (2002), amb una anàlisi factorial confirmatòria. Després de valorar 227 pacients psiquiàtrics xinesos amb PDQ-4+ i PDI-IV, i de l'anàlisi de diferents models, la seva investigació no ha trobat evidències convincentes per validar el sistema de grups de l'actual sistema de classificació psiquiàtrica dels TP, el qual qüestionen.

#### ***1.5.2.2. PDQ-4+ en mostres penitenciàries***

El PDQ-4+ s'ha aplicat en dos treballs amb mostres penitenciàries. En el primer, Birtchnell i Shine (2000) han correlacionat els resultats de la versió PDQ-4 amb un altre autoinforme, el PROQ2 (*Person's Relating to Others Questionnaire*). Aquest instrument va ésser dissenyat per avaluar l'Octògon Interpersonal, estructura teòrica similar al model circumplex interpersonal. Els resultats van posar de manifest que, segons el PDQ-4, un 88% d'individus tenien un o més TP, sent el nombre mitjà de diagnòstics de 4,02 (veure Taula 1.5.3). Els TP més prevalents foren antisocial (69%),

paranoide (65%) i límit (60%). A diferència d'altres treballs anteriorment citats on la majoria podia situar-se en el grup C (Dammen i cols., 2000), en aquest únicament un 14% rebien criteris pel TP per dependència. Totes aquestes dades van indicar que la presència d'un trastorn únic fou inusual, i la norma va ser el diagnòstic múltiple. La majoria de les escales varen obtenir uns coeficients  $\alpha$  acceptables (Narcisista 0,62; Esquizoide 0,64; Esquizotípic i per Evitació 0,66; Antisocial 0,67; i Paranoide 0,69). Els més baixos es van trobar en les escales Histriònic (0,45) i Obsessivocompulsiu (0,50) (veure Taula 1.5.4). També es va obtenir un elevat nombre de correlacions positives entre els diversos TP del PDQ-4.

El segon treball és el de Davison, Leese i Taylor (2001) amb una mostra penitenciària d'homes condemnats per delictes de violència i sexuals a Londres. Ells han considerat que, tot i que la prevalença de TP en aquestes poblacions és elevada, generalment no estan ben diagnosticats. Varen examinar en aquesta mostra les propietats psicomètriques del PDQ-4+, la puntuació total del qual consideren una mesura útil de diagnòstic i amb un nivell d'acord global amb els diagnòstics clínics superior a l'obtingut pels seus TP específics (Hyler i cols., 1988, 1989). Però els autors consideren que el PDQ-4+, com la majoria dels instruments d'avaluació adaptats al DSM-IV, no ha estat acompanyat d'una revisió de les seves propietats psicomètriques, i que aquestes es refereixen a les seves versions anteriors, de les quals difereix en el nombre i en els continguts d'alguns ítems. Tots els subjectes han estat avaluats amb la versió informatitzada del PDQ-4+ i amb la SCID-II. Encara que fan referència a l'escala de Significació clínica, tampoc l'han utilitzat com Wilberg, Dammen i Friis (2000), per motius de seguretat i de recursos. Els resultats van indicar un nivell d'acord kapa entre els dos instruments baix, amb una mitjana de 0,47, tot oscil·lant entre 0,57 (límit) i 0,05 (esquizoide). Encara que inicialment varen considerar que una puntuació total del PDQ-4+ igual o superior a 50 podria estar fortament associada a un diagnòstic de TP en la SCID-II, els seus resultats van indicar que era massa alta, coincidint amb Fossati i cols. (1998). Per ells una puntuació superior a 25 és la ideal per millorar sensibilitat, especificitat i poder predictiu positiu i negatiu de l'instrument, alhora que s'apropa als barems establerts per Hyler en aquesta última versió del qüestionari (Hyler,

1994). Per Davison, Leese i Taylor (2001) el PDQ-4+ és un bon instrument de cribatge per diagnosticar presència general de TP, i no ho és tant en la valoració dels trastorns específics de la personalitat.

### ***1.5.2.3. PDQ-4+ en mostres no clíniques***

L'ús del PDQ-4+ en mostres no clíniques ha estat inferior, i només tenim constància de la seva aplicació en tres treballs publicats. Bagby i Pajouhandeh (1997) han utilitzat el PDQ-4 en una mostra de 99 estudiants universitaris, per tal d'estudiar l'eficàcia de les dues escales de control de respostes, Conformitat social i Infreqüència. Els participants contestaren el qüestionari en dues ocasions i amb tres setmanes de diferència. En el primer moment (*Time 1*), ho van fer sota les instruccions estàndard i van respondre sincerament. Només aquells subjectes que varen rebre criteris per un o més TP varen passar a la segona fase. En aquest segon moment (*Time 2*), els estudiants varen respondre fingint, com si no haguessin tingut mai cap tipus de problema psicològic. Els resultats posen de manifest que cap de les dues escales resulta adient en la detecció d'aquests tipus de respostes. Segons els autors, això pot explicar-se pel reduït nombre d'ítems que les componen, fet que impossibilita la captació completa d'aquests estils de resposta. Un resultat d'interès en aquest treball fou l'alta prevalença de TP obtinguda, tractant-se d'una mostra d'estudiants: un 77% va rebre un o més diagnòstics de trastorn (veure Taula 1.5.3). Tractant-se d'una mostra d'estudiants voluntaris, aquesta prevalença confirma els resultats obtinguts en les mostres clíniques de que el PDQ-4+, per sí sol, tendeix a sobrediagnosticar.

Lyoo i cols. (2003) han aplicat les versions coreanes del PDQ-4+ i del MMPI-PD a una mostra de 4740 homes joves adults allistats a l'exèrcit. L'objectiu del treball ha estat investigar per primera vegada els diferents tipus de distribució de freqüències dels criteris diagnòstics de cada TP, i classificar-los en funció de les diferents formes obtingudes. Els autors consideren el PDQ-4+ com el mètode preferent en estudis a gran escala, tot i les seves limitacions, com la tendència a sobrediagnosticar. Els resultats

obtinguts varen indicar que cada un dels 12 TP seguia un tipus de distribució diferent, que es podien agrupar en tres models de corba: model quadràtic, cúbic i logístic. El primer va incloure els TP obsessivocompulsiu i histriònic; el model cúbic, els TP límit, narcisista, per evitació, passivoagressiu, paranoide i esquizotípic; i el logístic, els TP per dependència, depressiu, esquizoide i antisocial. Segons aquests resultats, Lyoo i cols. (2003) suggereixen una consideració individual dels trastorns de la personalitat, en lloc d'una definició general. Per això, els autors han apuntat en la necessitat de modificar els punts de tall del DSM-IV a partir d'una investigació prèvia de l'existència o no de trets comuns als TP.

Amb l'objectiu d'examinar si les dimensions d'impulsivitat i agressivitat són característiques bàsiques dels TP límit i TP antisocial, Fossati i cols. (2004) aplicaren les escales Límit i Antisocial del PDQ-4+, juntament amb el *Barrat Impulsiveness Scale-11* i el *Buss-Durkee Hostility Inventory*, a una mostra d'estudiants universitaris. Els resultats obtinguts en el qüestionari confirmaren que les dues escales del PDQ-4+ mostren una impulsivitat motora comuna, però una agressivitat conductual que segueix patrons diferents, fet que pot explicar algunes de les diferències entre ells en el DSM-IV. Ara bé, el fet de tractar-se d'una mostra d'estudiants, dificulta les seves inferències en clínica. Fossati cols. coincideixen amb Lyoo i cols. (2003) en considerar el PDQ-4+ com un instrument adient per estudis amb mostres grans.

Tota aquesta revisió feta de la literatura sobre els instruments d'avaluació de la personalitat ens configura l'entorn en què hem de situar el PDQ-4+. Per Loranger (1992), els qüestionaris són instruments útils en el cribatge dels TP. En canvi, Coid (1993) manté que sobrediagnostiquen, i Dolan, Evans i Norton (1995) que diagnostiquen més que les entrevistes. Dowson (1993) considera que els qüestionaris no són adients per a ser usats en la mesura dels TP, tot i que afirma que les escales del PDQ tenen una bona validesa. Hyler i cols. (1989) troben que el PDQ diagnostica una mitjana de trastorns comparativament més elevada que l'obtinguda pels clínics, però la tendència del PDQ-4+ a sobrediagnosticar pot ser reduïda amb l'ús de l'escala de Significació clínica, com ha assenyalat algun estudi (Birtchnell i Shine, 2000). Resulta

necessari, doncs, realitzar més estudis amb el PDQ-4+i la seva breu escala, i aplicar-los a una major varietat de mostres clíniques i no clíniques, per poder establir millor les seves propietats psicomètriques i de diagnòstic.

*Taula 1.5.1. Taula-resum dels estudis publicats amb el PDQ-4+ i el PDQ-4.*

<b>Autors</b>	<b>Any</b>	<b>Instruments</b>	<b>Tipus mostra</b>	<b>Característiques mostra</b>
<b>Black i Moyer</b>	1998	PDQ-4 - DIS	Clínica	30 ludòpates
<b>Fossati i cols.</b>	1998	PDQ-4+ - SCID-II	Clínica	300 pacients psiquiàtrics
<b>Yang i cols.</b>	2000	PDQ-4+ - PDI-IV	Clínica	1926 pacients psiquiàtrics
<b>Wilberg i cols.</b>	2000	PDQ-4+ - LEAD	Clínica	100 pacients psiquiàtrics
<b>Yang i cols.</b>	2002	PDQ-4+ - PDI-IV	Clínica	227 pacients psiquiàtrics
<b>Dammen i cols.</b>	2000	PDQ-4	No psiquiàtrica	199 pacients cardiològics
<b>Birtchnell i Shine</b>	2000	PDQ-4 - PROQ2	Penitenciària	107 presos
<b>Davison i cols.</b>	2001	PDQ-4+ - SCID-II	Penitenciària	62 presos
<b>Bagby i Pajouhandeh</b>	1997	PDQ-4	No Clínica	99 estudiants
<b>Lyyo i cols.</b>	2003	PDQ-4+ - MMPI-PD	No clínica	4740 homes allistats exercit
<b>Fossati i cols.</b>	2004	PDQ-4+ - BIS-11 - BDHI	No Clínica	747 estudiants

Taula 1.5.2. Taula-resum d'estudis publicats amb dades de prevalences de TP en el PDQ-4+ en mostres clíniques.

<i>Escales</i>	<i>Black i Moyer</i>	<i>Fossati i cols.</i>	<i>Yang i cols.</i>	<i>Wilberg i cols.</i>	<i>Dammen i cols.</i>
<b>Paranoide</b>	26	37	43,3	47	13,2
<b>Esquizoide</b>	33	19	28,9	14	3,2
<b>Esquizotípic</b>	30	23,3	31,6	22	2,6
<b>Antisocial</b>	17	8	11,7	7	
<b>Límit</b>	23	50,3	43,6	42	6,3
<b>Histriònic</b>	7	21,3	33,6	11	7,4
<b>Narcisista</b>	20	16,7	35,7	18	3,2
<b>Evitació</b>	50	58,7	57,6	75	13,8
<b>Dependència</b>	7	25,7	26,5	22	0,5
<b>Obsessivocompulsiu</b>	59	50	68,7	39	23,3
<b>Passivoagressiu</b>		40,7	41,8	26	
<b>Depressiu</b>		76,7	41,5	72	
<b>TP general</b>	87	90,3		91	38,6



Taula 1.5.3. Taula-resum d'estudis publicats amb dades de mitjanes de TP amb el PDQ-4+ en mostres clíniques i no clíniques.

	<i>Fossati i cols.</i>	<i>Yang i cols.</i>	<i>Wilberg i cols.</i>	<i>Dammen i cols.</i>	<i>Bagby i Pajouhandeh</i>	<i>Birtchnell i Shine</i>
<i>Escales</i>	<i>Clínica</i>	<i>Clínica</i>	<i>Clínica</i>	<i>No psiquiàtrica</i>	<i>No clínica</i>	<i>Penitenciària</i>
<b>Paranoide</b>	2,78	3,27		1,5	2,83	
<b>Esquizoide</b>	2,16	2,84		1	0,98	
<b>Esquizotípic</b>	2,94	3,69		1	3,04	
<b>Antisocial</b>	1,28	1,82			0,9	
<b>Límit</b>	4,44	3,95		1,1	2,92	
<b>Histriònic</b>	3,06	3,74		1,5	3,35	
<b>Narcisista</b>	2,59	3,76		1,1	3,43	
<b>Evitació</b>	3,83	3,97		1,3	2,96	
<b>Dependència</b>	2,87	3,17		0,8	2,08	
<b>Obsessivocompulsiu</b>	3,54	4,52		2,3	4,19	
<b>Passivoagressiu</b>	3	3,13				
<b>Depressiu</b>	4,78	3,54				
<b>PDQ-4+ Total</b>				11,5	26,69	
<b>Mitjana nombre TP</b>	4,27		4,00			4,02

Taula 1.5.4. Taula-resum d'estudis publicats amb les fiabilitats Alfa de les escales del PDQ-4+ en mostres clíniques i penitenciàries.

<b>Escales</b>	<b>Fossati i cols.</b>	<b>Yang i cols.</b>	<b>Wilberg i cols.</b>	<b>Birtchnell i Shine</b>
	<i>Clínica</i>	<i>Clínica</i>	<i>Clínica</i>	<i>Penitenciària</i>
<b>Paranoide</b>	0,65	0,61	0,71	0,69
<b>Esquizoide</b>	0,53	0,5	0,57	0,64
<b>Esquizotípic</b>	0,67	0,64	0,71	0,66
<b>Antisocial</b>	0,63	0,69	0,5	0,67
<b>Límit</b>	0,7	0,71	0,67	0,71
<b>Histriònic</b>	0,54	0,54	0,55	0,45
<b>Narcisista</b>	0,58	0,64	0,63	0,62
<b>Evitació</b>	0,71	0,7	0,72	0,66
<b>Dependència</b>	0,74	0,7	0,59	0,73
<b>Obsessivcompulsiu</b>	0,46	0,57	0,42	0,5
<b>Passivoagressiu</b>	0,51	0,49	0,66	
<b>Depressiu</b>	0,64	0,72	0,67	
<b>Mitjana <math>\alpha</math> total</b>	0,61	0,62	0,62	0,63

## **2. PLANTEJAMENT EXPERIMENTAL**

### **2.1. INTRODUCCIÓ**

La ubicació dels TP en l'eix II del DSM-III ha facilitat l'estudi d'aquestes patologies alhora que ha possibilitat el desenvolupament d'instruments per a mesurar-los. Això no obstant, la revisió de la literatura relacionada amb l'avaluació dels TP ens ha permès constatar la manca d'instruments adients, i molt especialment, d'eines que estiguin basades en les darreres versions del DSM-IV. Amb l'objectiu de contribuir a la difusió d'instruments fiables i vàlids entre la comunitat clínica i científica del nostre país, ens hem plantejat l'estandardització del PDQ-4+ al castellà. Aquest instrument, desenvolupat per Hyler (1994) permet fer una valoració dels TP seguint els criteris diagnòstics del DSM-IV. Els seus antecessors, el PDQ i el PDQ-R, es basaven en les versions prèvies d'aquest sistema de classificació, el DSM-III i el DSM-III-R respectivament. Els estudis publicats fins ara amb el PDQ-4+ demostren el notable interès que ha despertat aquest instrument en clínics i investigadors. Prova d'això està en les traduccions fetes a diversos idiomes, en el fet d'haver estat utilitzat tant amb mostres clíniques com no clíniques, i en el nombre considerable d'estudis dedicats a analitzar les seves propietats psicomètriques (Bagby i Pajouhandeh, 1997; Birtchnell i Shine, 2000; Black i Moyer, 1998; Dammen i cols., 2000; Davison, Leese i Taylor,

2001; Fossati i cols., 1998, 2004; Lyoo i cols., 2003; Wilberg, Dammen i Friis, 2000; Yang i cols., 2000, 2002).

## **2.2. OBJECTIUS**

L'objectiu general d'aquesta recerca és l'adaptació del PDQ-4+ a la llengua castellana i l'estudi de les seves propietats psicomètriques tant en població clínica com en població no clínica. S'espera posar en evidència que la nostra versió presenta en ambdues poblacions uns nivells de fiabilitat i de validesa adequats, comparables als obtinguts amb adaptacions d'aquest mateix instrument a altres llengües.

Les fases seguides per tal d'assolir el nostre objectiu han estat les següents: 1) adaptació del qüestionari a la llengua castellana; i 2) estudi de les seves propietats psicomètriques en els dos tipus de població. Per a la realització d'aquesta segona fase es plantegen dos estudis. Estudi 1: anàlisi psicomètrica del PDQ-4+ en població clínica. Estudi 2: anàlisi psicomètrica del PDQ-4+ en població no clínica (estudiants). Finalment, els resultats obtinguts en les dues poblacions es comparen en un capítol final.

L'anàlisi de les propietats psicomètriques del PDQ-4+ en les dues poblacions es desglossa en els següents objectius específics:

1. Anàlisi de la fiabilitat de consistència interna a partir del càlcul de l'Alfa de Cronbach de cadascuna de les escales i de la mitjana de correlacions interítems.
2. Anàlisi de la validesa a partir de:
  - 2.1. La comparació de puntuacions segons el gènere.
  - 2.2. La comparació de puntuacions segons l'edat.

2.3. L'estudi de l'estructura interna a partir de l'anàlisi factorial exploratòria i confirmatòria de les escales.

2.4. L'estudi de la validesa concurrent a través de la concordança del PDQ-4+ amb altres instruments usats en l'avaluació de la personalitat normal i anormal.

2.5. L'estudi de la validesa convergent i discriminant a partir de l'anàlisi de les correlacions entre: a) les escales del PDQ-4+ ; b) les escales del PDQ-4+ i escales dimensionals de personalitat; i c) les escales del PDQ-4+ i escales de trastorns de la personalitat.

2.6. L'estudi de prevalences a partir de: a) l'administració única del qüestionari PDQ-4+; i b) els efectes de l'aplicació de l'escala de Significació clínica sobre els resultats obtinguts amb l'autoinforme.

2.7. La comparació de les puntuacions entre la mostra clínica i la mostra no clínica.

La fiabilitat i els punts 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6a i 2.7 de la validesa, s'analitzaran en les dues mostres. Els punts 2.2 i 2.6b de validesa, només en la mostra clínica.

Per a l'estudi de la validesa concurrent, s'utilitzaran les escales caracterials del TCI. Per analitzar la validesa convergent i discriminant, s'utilitzaran el TCI i l'EPQ-R en les dues mostres, i el MCMI-II i les KSP només en la mostra d'estudiants (veure els apartats 3.1.2 i 3.2.2 del capítol 3 per una descripció més exhaustiva d'aquests instruments) .

Finalment, s'espera obtenir barems per a població clínica i per a estudiants.

### **2.3. HIPÒTESIS**

A partir dels objectius anteriors i basant-nos en la revisió teòrica realitzada, es proposen les següents hipòtesis:

1. S'espera obtenir uns valors Alfa de Cronbach i unes mitjanes de correlacions interítems acceptables i similars a les obtingudes en altres adaptacions del mateix instrument (Birtchnell i Shine, 2000; Fossati i cols., 1998; Wilberg, Dammen i Friis, 2000; Yang i cols., 2000).

2. Validesa en mostres clíniques i en mostres no clíniques:

2.1. D'acord amb el DSM-IV (Manual a partir del qual es va desenvolupar el PDQ-4+) i diversos estudis posteriors amb mostres clíniques (Coid, 2003; Mattia i Zimmerman, 2001; Torgersen, 2005), s'espera obtenir puntuacions i prevalences més elevades en dones en les escales Histriònic, Límit i per Dependència; i més altes en els homes en Paranoide, Esquizoide, Antisocial, Narcisista i Obsessivocompulsiu. En canvi, no haurien de trobar-se diferències en la resta d'escales. Pel que fa a mostres no clíniques, les nostres hipòtesis no poden fonamentar-se en el DSM, ja que es tracta d'un Manual clínic. Es fan a partir de les coincidències observades entre diversos estudis epidemiològics. Concretament, s'espera que les puntuacions i prevalences més altes en dones siguin en les escales Histriònic i per Dependència; i en homes en Esquizoide, Antisocial i Obsessivocompulsiu. En les altres escales, les diferències trobades entre gèneres s'espera que no siguin significatives (Coid, Yang, Tyrer, Roberts i Ullrich, 2006; Jackson i Burgess, 2000; Maier, Lichtermann, Klingler, Heun i Hallmayer, 1992; Sinha i Watson, 2001; Torgersen, Kringler i Cramer, 2001).

2.2. D'acord amb el DSM-IV, s'espera que no hi hagi relació entre les puntuacions en el PDQ-4+ i l'edat, excepte per a les escales Antisocial, Límit i per Evitació, on

s'esperaria una relació negativa (aquesta hipòtesi es contrastarà només en la mostra clínica).

2.3. Respecte a l'estructura interna, i tenint en compte que el PDQ-4+ es basa en els criteris diagnòstics del DSM-IV, s'espera que l'anàlisi factorial exploratòria i l'anàlisi factorial confirmatòria de les escales del qüestionari s'apropi a l'estructura dels tres grups de l'eix II del Manual, encara que aquesta no es va fer seguint criteris factorials. Estudis previs realitzats fins ara amb el mateix qüestionari i d'altres similars, per altra banda, han plantejat dubtes pel que fa a la validesa d'aquesta agrupació (Dowson i Berrios, 1991; Fossati i cols., 2000; Hyler i cols., 1990; Kass, Skodol, Charles, Spitzer i Williams, 1985; Livesley i Jang, 1986; Morey, 1986; Nestadt i cols., 2006; Yang i cols., 2002; Zimmerman i Coryell, 1999b).

2.4. Pel que fa a la validesa concurrent, i d'acord amb la hipòtesi de Svrakic, Draganic, Hill, Bayon, Przybeck i Cloninger (2002) sobre el paper de les dimensions caracterials del TCI en el diagnòstic dels trastorns de la personalitat, s'espera obtenir correlacions negatives entre les escales Autodirecció i Cooperació del TCI i les diverses puntuacions derivades del PDQ-4+ (escales, grups i totals). Pel que fa a l'escala Autotrascendència, les correlacions tendiran a ser positives.

2.5. Pel que fa a la validesa convergent i discriminant s'espera:

a) Una major correlació entre les escales del PDQ-4+ d'un mateix grup que entre escales de grups diferents.

b) Les escales del grup A del PDQ-4+ s'haurien de relacionar de forma superior amb les escales temperamentals o de personalitat d'ansietat, introversió, duresa, agressió/hostilitat i manca de dependència vers els altres, que amb les que no mesurin aquests constructes. Concretament, s'espera que en el TCI, Dependència de la recompensa mostri una correlació negativa i Evitació del dany positiva amb aquestes escales (Svrakic i cols., 2002). Quant a l'EPQ-R, s'espera trobar en

general correlacions positives amb Neuroticisme i Psicoticisme (elevades en el primer cas i moderades en el segon) i no correlació amb Extraversió (Deary, Peter, Austin i Gibson, 1998; Mulder i Joyce, 1997; Muntaner, García-Sevilla, Fernández i Torrubia, 1988). Quant a les KSP, s'espera trobar correlacions positives amb les escales relacionades amb Tendència a l'ansietat i amb Agressió / hostilitat i negativa amb l'escala de Socialització (Caseras, Torrubia i Farré, 2001; Ekselius, Hetta i von Knorring, 1994; Ortet, Ibañez, Llerena i Torrubia, 2002).

Les escales del grup B del PDQ-4+ s'haurien de relacionar de forma superior amb les escales temperamentals o de personalitat d'extraversió, impulsivitat, percaça de sensacions i inestabilitat emocional, que amb les que no mesurin aquests constructes. Específicament, esperem que les escales Evitació del dany i Percaça de novetat del TCI, les escales Neuroticisme, Psicoticisme i Extraversió de l'EPQ-R i les escales relacionades amb Tendència a l'ansietat, Extraversió i Agressió/hostilitat de les KSP correlacionin positivament amb les escales del grup B del PDQ-4+; també s'esperen relacions negatives amb Socialització de les KSP (TCI: Svrakic i cols., 2002; EPQ-R: Deary i cols., 1998; Mulder i Joyce, 1997; Muntaner i cols., 1988; KSP: Caseras, Torrubia i Farré, 2001; Ekselius, Hetta i von Knorring, 1994; Ortet i cols., 2002).

Les escales del grup C del PDQ-4+ s'haurien de relacionar de forma positiva amb les escales temperamentals o de personalitat d'inestabilitat emocional i/o d'inhibició conductual, i de forma negativa amb les escales d'extraversió, impulsivitat i percaça de sensacions, sent totes elles superiors a les obtingudes amb altres escales. Concretament Evitació del dany (TCI), Neuroticisme (EPQ) i les de Tendència a l'ansietat de les KSP en positiu, i Extraversió (EPQ-R) i Socialització (KSP) en negatiu (TCI: Svrakic i cols., 2002; EPQ-R: Deary i cols., 1998; Mulder i Joyce, 1997; Muntaner i cols., 1988; KSP: Caseras, Torrubia i Farré, 2001; Ekselius, Hetta i von Knorring, 1994; Ortet i cols., 2002).



c) D'acord amb estudis previs (Lindsay i Widiger, 1995; Wierzbicki i Gorman, 1995), s'espera que l'estudi de la relació entre el PDQ-4+ i el MCMI-II permeti constatar correlacions positives més altes entre les escales homòlogues dels dos instruments que entre les escales no homòlogues (aquesta hipòtesis només es contrastarà en la mostra no clínica).

2.6. Pel que fa a les prevalences s'espera:

a) D'acord amb estudis previs en mostres clíniques (Black i Moyer, 1998; Dammen i cols., 2000; Fossati i cols., 1998; Wilberg, Dammen i Friis, 2000), penitenciàries (Birtchnell i Shine, 2000) i no clíniques (Bagby i Pajouhandeh, 1997; Coid i cols., 2006; Torgersen, Kringlen i Cramer, 2001), s'espera que el qüestionari PDQ-4+ per si sol generi un nombre considerable de diagnòstics.

b) S'espera que l'ús conjunt del PDQ-4+ i la seva escala de Significació clínica disminueixi substancialment el nombre de diagnòstics de TP obtinguts en el qüestionari. Aquest tipus d'instrument d'avaluació genera molts falsos positius, com indiquen altres treballs publicats (Berman, Berman, Heymsfield, Fauci i Ackerman, 1992; Fossati i cols., 2000; Hyler i cols., 1990, 1992; Kay i cols., 1999; Zimmerman, Rothschild i Chelminski, 2005).

2.7. Les puntuacions mitjanes i les prevalences en cada escala del PDQ-4+ han de ser substancialment més elevades en població clínica que en població no clínica.



## **3. ESTUDI 1: MOSTRA CLÍNICA**

### **3.1. MÈTODE**

#### **3.1.1. Participants**

La mostra de l'Estudi 1 fou de 437 pacients psiquiàtrics ambulatoris, procedents de tres centres d'assistència psiquiàtrica i psicològica de la província de Barcelona: 196 del Servei de Psicologia i Psiquiatria de l'Hospital Clínic de Barcelona; 182 de la Unitat de Psiquiatria i Psicologia dels Consultoris Institut Dexeus de Barcelona; i 59 del Centre de Psicologia Clínica de Sant Boi de Llobregat.

El gènere es distribuï de forma similar, amb un 51,5% d'homes ( $n = 225$ ) *versus* un 48,3% de dones en el total de la mostra.

La mitjana d'edat fou de 32,3 anys i la desviació típica de 10,86. La mostra oferia una gran variabilitat, amb una edat mínima de 16 i una màxima de 82. Un 71,3% dels pacients es va situar entre els 18 i 45 anys.

### **3.1.2. Material**

El *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ-4+; Hyler, 1994) és la versió revisada del PDQ i PDQ-R adaptada al DSM-IV. Avaluja els 10 trastorns de la personalitat específics de l'eix II d'aquest Manual: paranoide, esquizoide i esquizotípic (grup A); antisocial, límit, histriònic i narcisista (grup B); per evitació, per dependència i obsessivocompulsiu (grup C); i els dos TP inclosos en l'apèndix B, passivoagressiu (negativista) i depressiu. A més consta de dues escales de control de respostes anomenades Conformitat social i Infreqüència. Consta d'un qüestionari d'autoinforme, amb 99 ítems amb format de resposta V/F, i de l'escala de Significació clínica. (veure Annex 1). La descripció ampliada de l'instrument es troba en el capítol 1.5.

L'**Inventari de Temperament i Caràcter** (*Temperament and Character Inventory*; TCI) ha estat elaborat per Cloninger i cols. (1994), traduït al castellà per Bayón i més tard validat per Gutiérrez i cols. (2001). És un qüestionari que mesura 7 dimensions de la personalitat. Les quatre de temperament s'anomenen Percaça de novetat, Evitació del dany, Dependència de la recompensa i Persistència. Són dimensions de personalitat heretables (entre un 40-60%), basades en predisposicions emocionals estables al llarg del temps i poc modificables pels aprenentatges. Les tres restants són dimensions del caràcter anomenades Autodirecció, Cooperació i Autotrascendència. Aquestes estan relacionades amb els mecanismes d'aprenentatge socio-culturals.

Els seus 240 ítems en un format de respostes dicotòmica V/F avaluen les 7 dimensions. L'escala temperamental Percaça de novetat, mitjançant 40 ítems, mesura l'activació o inici de conductes exploratòries com a resposta a la novetat, la presa de decisions impulsives i l'extravagància en la recerca de respostes. L'escala Evitació del dany fa referència al factor de l'inhibició o cessació de conductes, l'anticipació negativa de problemes futurs, i les conductes d'evitació per por al desconegut. Té un total de 35 ítems. Dependència de la recompensa, amb 24 preguntes, avalua conductes com la dependència afectiva i l'aprovació dels altres. Els 8 ítems de Persistència mesuren la

perseverança malgrat la frustració i la fatiga. La dimensió caracterial Autodirecció és l'autoacceptació de les responsabilitats, el desenvolupament d'habilitats en la resolució de conflictes, la iniciativa en la identificació d'objectius i propostes. Es mesura en un total de 44 ítems. Cooperació, amb 42 preguntes, inclou acceptació social, empatia i servei als altres *versus* intolerància, i desinterès social. Finalment, Autotrascendència (33 ítems) fa referència a una tendència a l'espiritualitat. Totes aquestes escales, menys Persistència, tenen entre 3 i 5 subescales cada una d'elles, amb un contingut més específic (veure Annex 1).

El TCI és una mesura dimensional que, fonamentada en el model psicobiològic de personalitat de Cloninger, permet avaluar la personalitat normal i la patològica (Cloninger, Svrakic i Przybeck, 1993).

La versió original i la castellana mostren propietats psicomètriques bones. La fiabilitat és alta. En la versió traduïda, els coeficients de consistència interna Alfa de totes les escales estan per sobre de 0,65, resultant acceptables. L'única escala amb fiabilitat més baixa és Persistència, amb 0,49. La més alta es troba en Autodirecció (0,87). L'anàlisi factorial exploratori amb rotació Promax confirma els resultats de la versió original, al replicar de forma general els 4 factors temperamentals i els 3 caracterials (Gutiérrez i cols., 2001).

El **Qüestionari de personalitat d'Eysenck-Revisat** (*Eysenck Personality Questionnaire-Revised*; EPQ-R; Eysenck i Eysenck, 1991) ha estat traduït i adaptat al castellà per Ortet, Ibañez, Moro i Silva (Eysenck i Eysenck, 1997). Basat en la coneguda teoria dimensional d'Eysenck, la versió adaptada mesura les tres dimensions bàsiques de la personalitat mitjançant 83 ítems amb un format de resposta dicotòmica (sí/no) (veure Annex 1). Extraversió, formada per 19 ítems, mesura extraversió/introversió mitjançant trets com sociabilitat, activitat, percaça de sensacions, excitabilitat i impulsivitat. L'escala Neuroticisme mesura amb 23 preguntes la tendència general a la frustració, ansietat, preocupació, tensió, inestabilitat emocional, sentiments de culpabilitat i queixes psicossomàtiques, entre d'altres. Psicoticisme (o Duresa), també

amb 23 ítems, avalua en general la tendència a la manca de sentiments i d'empatia, hostilitat, manca de solidaritat, crueltat, egocentrisme i menyspreu del perill. Finalment l'escala Sinceritat (o Conformitat) mesura, amb 18 ítems, la tendència a la sinceritat de les respostes. Aquest qüestionari és un dels instruments més utilitzats en l'estudi de la personalitat en població no clínica. Per tant, no diagnostica els trastorns de la personalitat tal i com apareixen en la pràctica clínica diària, sinó que situa als subjectes en un *continuum* per a cadascuna de les dimensions.

L'EPQ-R té com a finalitat millorar aspectes psicomètrics i conceptuals de la seva versió anterior, i més concretament de l'escala Psicoticisme. Per això s'han realitzat algunes modificacions en aquesta, mentre que Extraversió, Neuroticisme i Sinceritat no han experimentat pràcticament cap variació.

La consistència interna de les escales en la versió anglesa resulta similar a la castellana. Psicoticisme és la que presenta la fiabilitat més baixa en les dues: en l'original és de 0,78 en els homes i 0,76 en les dones, equiparables amb la traduïda (0,73 i 0,71, respectivament). La consistència interna més alta es dona en Neuroticisme en les dues versions (0,86). Els estadístics descriptius de l'EPQ-R castellà coincideixen amb els obtinguts en la seva versió original. En general, hi ha diferències en funció del gènere: els homes tendeixen a puntuar més alt en Psicoticisme, i més baix en Neuroticisme i Sinceritat que les dones. Per Extraversió, no s'observen diferències. L'anàlisi factorial amb rotació Oblimin replica les totes les escales de l'instrument original (Eysenck i Eysenck, 1997).

### **3.1.3. Procediment**

#### **3.1.3.1. Traducció al castellà del PDQ-4+**

Després d'obtenir el permís de l'autor i de rebre el material original, es procedí a la seva traducció al castellà. Un cop feta, una filòloga en realitzà la revisió. Quan la

traducció es considerà finalitzada, una persona anglesa amb amplis coneixements de la llengua castellana en van fer la retrotraducció (*Back translation*) (veure Annex 2). A partir d'aquesta, s'introduïren alguns canvis i es donà per finalitzada aquesta fase prèvia a la realització de l'estudi.

### **3.1.3.2. Administració de qüestionaris**

Els 437 pacients van ser avaluats amb el qüestionari en castellà del PDQ-4+, i a 235 (58,5% d'homes) els va ser aplicada l'escala de Significació clínica.

El TCI va ser administrat a 366 pacients. La distribució per gèneres fou similar a la de la mostra total.

L'EPQ-R va ser aplicat a 51 pacients. Aquest grup estigué format majoritàriament per dones (71,7% *versus* 48,3% de la mostra total).

### **3.1.3.3. Anàlisi de dades**

Per a l'anàlisi de dades es va utilitzar el paquet estadístic SPSS versió 11.5. S'eliminaren tots els qüestionaris amb dues o més respostes en blanc o aquells amb més d'una resposta per ítem.

En general, tant en l'Estudi 1 com en el 2 es van dur a terme les mateixes anàlisis. Es feu un estudi de les dues escales de control de respostes del PDQ-4+, Conformitat social i Infreqüència, comparant les mitjanes en les diverses escales dels subjectes amb protocols suposadament vàlids amb les dels subjectes amb protocols suposadament invàlids (prova t de Student). A continuació, es varen calcular els estadístics descriptius en general, i es van calcular els coeficients d'asimetria i curtosi i s'aplicà la prova de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors per estudiar la normalitat. Es va estudiar la fiabilitat del PDQ-4+ a partir de: 1) càlcul de la consistència interna de cadascuna de les escales, dels grups i del PDQ total, amb l'Alfa de Cronbach; i 2) les

mitjanes de correlacions interítems. A continuació, la validesa del qüestionari s'estudià a partir de: 1) comparació de puntuacions dimensionals i prevalences per gènere, amb l'aplicació d'una *t* de Student i una  $\chi^2$  per analitzar les diferències segons aquestes variables, i anàlisi de la distribució de la puntuació total del PDQ-4+; 2) comparació de puntuacions i de prevalences per edat; 3) estudi de l'estructura interna amb anàlisi factorial exploratòria mitjançant el mètode de components principals amb rotació Varimax amb Kaiser; i amb anàlisi factorial confirmatòria amb diferents models, correlacionats i no correlacionats, seguint DSM-IV, aleatoris i de factor únic, mitjançant CMIN/DF, CFI i RMSEA, per tal d'estudiar nivell d'adequació de cadascun dels models (aquesta anàlisi factorial confirmatòria es va realitzar mitjançant el software AMOS 5.0); 4) la validesa concurrent amb l'anàlisi de correlacions amb el TCI; 5) estudi de la validesa convergent i discriminant amb el càlcul de correlacions de Pearson entre les escales del PDQ-4+ i entre aquestes i altres instruments de mesura.

Per tal d'analitzar els efectes de l'aplicació de l'escala de Significació clínica, es van calcular el nombre mitjà de trastorns diagnosticats, els estadístics descriptius de mitjana i desviació estàndard, les prevalences de cada trastorn específic, i les comorbiditats individuals, intra e entregrups, abans i després de l'aplicació de l'escala.



## **3.2. RESULTATS**

### **3.2.1. ESCALES DE CONTROL DE RESPOSTES, ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS, PREVALENCES I DISTRIBUCIONS DE PUNTUACIONS DE LA MOSTRA CLÍNICA**

#### **3.2.1.1. Escales de control de respostes**

Aquest apartat s'inicià amb l'anàlisi de les dues escales de control de respostes del PDQ-4+, Conformitat social i Infreqüència, per tal d'estudiar la seva capacitat en la identificació de protocols invàlids. Un 11% del total dels qüestionaris de la mostra clínica (n = 48) van ser considerats invàlids per una d'aquestes escales. En cap cas, per totes dues alhora. Per comprovar les diferències entre els dos probables subgrups, entesos com vàlids i invàlids, es va realitzar una comparació de mitjanes amb una prova t de Student. La taula 3.2.1 mostra els resultats obtinguts.

Taula 3.2.1. Estadístics descriptius i comparació de mitjanes (*t* de Student) entre qüestionaris vàlids i invàlids en funció de les puntuacions en el PDQ-4+.

Escala	Vàlids (n = 389)		Invàlids (n = 48)		t Student	Sig. bilateral
	Mitjana	D.T.	Mitjana	D.T.		
<b>Paranoide</b>	2,70	1,95	2,85	2,06	-0,51	n.s.
<b>Esquizoide</b>	1,97	1,48	2,35	1,82	-1,42	n.s.
<b>Esquizotípic</b>	3,17	2,09	3,44	2,30	-0,84	n.s.
<b>Antisocial</b>	1,31	1,35	1,67	1,64	-1,68	n.s.
<b>Límit</b>	3,95	2,17	4,23	2,55	-0,74	n.s.
<b>Histriònic</b>	2,60	1,72	2,35	1,70	0,94	n.s.
<b>Narcisista</b>	2,40	1,73	2,77	2,01	-1,38	n.s.
<b>Evitació</b>	3,55	2,03	3,15	2,09	1,30	n.s.
<b>Dependència</b>	2,63	2,14	2,71	2,26	-0,24	n.s.
<b>Obsessivcompulsiu</b>	3,93	1,63	3,88	1,76	0,20	n.s.
<b>Passivoagressiu</b>	2,43	1,54	2,63	1,91	-0,69	n.s.
<b>Depressiu</b>	4,35	1,97	4,23	2,15	0,40	n.s.
<b>PDQ-4+</b>	34,97	14,11	36,21	17,67	-0,47	n.s.
<b>PDQ-4</b>	28,19	11,75	29,35	14,54	-0,53	n.s.

D. T.: Desviació Típica

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

Sig.: Significació

n.s.: no significativa; \* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

No s'observaren diferències significatives ( $p < 0,05$ ) per a cap de les escales ni per a les puntuacions totals. Aquesta manca general de diferències significatives entre els dos subgrups ens portà a qüestionar la capacitat d'aquestes escales de control de respostes en la detecció de protocols invàlids. Basant-nos en aquests resultats, es va optar per estudiar la mostra clínica total sense eliminar aquells qüestionaris teòricament invàlids.

### ***3.2.1.2. Estadístics descriptius i prevalences***

A continuació es van estudiar els estadístics descriptius i les prevalences de la mostra clínica. La Taula 3.2.2 mostra les puntuacions dimensionals obtingudes a partir del càlcul de les mitjanes i les desviacions típiques obtingudes en cada una de les escales PDQ-4+, en cada grup i en la puntuació total del PDQ-4+.

Pel que fa a les mitjanes de les escales, les més altes es varen obtenir en Depressiu, Límit i Obsessivocompulsiu, seguides per Evitació. En general, les mitjanes foren altes, excepte en l'escala Antisocial. Les desviacions també foren elevades en general, dada que indicava una considerable dispersió.

Taula 3.2.2. Estadístics descriptius del PDQ-4+.

<i>Escales</i>	<i>Mitjana</i>	<i>D.T.</i>	<i>Mínim</i>	<i>Màxim</i>
<b>Paranoide</b>	2,72	1,96	0	7
<b>Esquizoide</b>	2,01	1,52	0	7
<b>Esquizotípic</b>	3,20	2,12	0	9
<b>Antisocial</b>	1,35	1,39	0	6
<b>Límit</b>	3,98	2,21	0	9
<b>Histriònic</b>	2,57	1,72	0	7
<b>Narcisista</b>	2,44	1,76	0	9
<b>Evitació</b>	3,51	2,04	0	7
<b>Dependència</b>	2,64	2,15	0	8
<b>Obsessivcompulsiu</b>	3,92	1,65	0	8
<b>Passivoagressiu</b>	2,45	1,59	0	7
<b>Depressiu</b>	4,34	1,99	0	7
<b>Grup A</b>	7,81	4,39	0	19
<b>Grup B</b>	10,45	5,43	0	28
<b>Grup C</b>	10,07	4,54	0	21
<b>Apèndix</b>	6,79	3,07	0	14
<b>PDQ-4+</b>	35,11	14,52	2	74
<b>PDQ-4</b>	28,32	12,08	2	63

D. T.: Desviació Típica

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

Apèndix: Es tracta de les dues escales situades en l'apèndix del DSM-IV, pendents d'estudi.

Pel que fa als grups, l'anàlisi descriptiva de les puntuacions va indicar la presència de mitjanes més elevades pels grups B i C.

La puntuació total del PDQ-4+ se situava per sobre de 30 punts. D'acord amb les instruccions de l'autor, aquesta fou indicadora de elevada probabilitat de mostrar patologia de la personalitat en general.

Igual que en l'anàlisi anterior, en la Taula 3.2.3 s'analitzen les prevalences per trastorns, per grups i per puntuació total. Destaca el que totes fossin, en general, molt

elevades. El diagnòstic categorial més prevalent va resultar ser el TP obsessivocompulsiu: un 60,2% de pacients van complir criteris diagnòstics. El seguien el TP depressiu, el TP per evitació i el TP límit. El menys prevalent era el TP antisocial. Caldria assenyalar de forma destacable que el TP paranoide i el TP esquizotípic del grup A es donaven en més del 25% dels casos.

En la Taula 3.2.3 també es pot observar que el grup més prevalent fou el C, amb un 75,7% de casos amb diagnòstic. Els altres grups van presentar una freqüència superior al 45%.

Pel que fa a la puntuació total del PDQ-4+, més del 80% de la mostra rebia algun diagnòstic de trastorn de la personalitat.

Taula 3.2.3. Prevalença dels TP per trastorns, per grups i per tot el qüestionari en funció de les puntuacions en el PDQ-4+.

<i>Escales</i>	<b>Prevalença TP</b>	
	<b>%</b>	<b>n</b>
<b>Paranoide</b>	35,2	154
<b>Esquizoide</b>	14,6	64
<b>Esquizotípic</b>	27	118
<b>Antisocial</b>	3,9	17
<b>Límit</b>	41,2	180
<b>Histriònic</b>	14,6	64
<b>Narcisista</b>	13,3	58
<b>Evitació</b>	49	214
<b>Dependència</b>	21,3	93
<b>Obsessivocompulsiu</b>	60,2	263
<b>Passivoagressiu</b>	24,3	106
<b>Depressiu</b>	52,2	228
<b>Grup A</b>	47,8	209
<b>Grup B</b>	49,7	217
<b>Grup C</b>	75,7	331
<b>Apèndix</b>	57,2	250
<b>PDQ-4+</b>	84,7	370
<b>PDQ-4</b>	82,6	361

Apèndix: Es tracta de les dues escales situades en l'apèndix del DSM-IV, pendents d'estudi.

### 3.2.1.3. Distribució de les puntuacions

L'anàlisi de la distribució de les puntuacions es va realitzar mitjançant l'estudi de l'asimetria, la curtosi i el càlcul de la normalitat, com es presenta en la Taula 3.2.4. Cal considerar que els valors obtinguts en asimetria i curtosi varen ser en general significatius, però per a la majoria de les escales del PDQ-4+ inferiors al valor absolut 1. Únicament en Infreqüència varen destacar per ser molt elevats.

Tenint en compte aquesta matisació, la distribució que va seguir la majoria de les escales del PDQ-4+ fou asimètrica. Les que estaven més a prop de la simetria eren Límit (0,11) i per Evitació (0,02). Destacaven els coeficients del PDQ-4+ i del PDQ-4 total per ser molt propers a 0, i per tant, semblaria que la distribució total s'aproparia a una distribució simètrica. Una asimetria positiva s'observava en la majoria d'escales, i de forma més destacada en Antisocial, Esquizoide, Narcisista i per Dependència. Només en dos, Depressiu i Obsessivocompulsiu, fou negativa.

Els coeficients de curtosi van indicar que totes les escales s'allunyaven d'una distribució normal. En la majoria d'elles (8 de 12) i en PDQ-4+ i PDQ-4 foren inferiors a 0. Només les escales Esquizoide, Antisocial i per Dependència van mostrar una distribució leptocúrtica, es a dir, de major apuntament.

La prova de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors va confirmar que les escales no seguien una distribució normal, ja que els valors de significació associats a l'estadístic de contrast de la prova eren menors de 0,05 per totes les variables estudiades. Això indicava que la hipòtesi nul·la de distribució normal havia de ser rebutjada en totes les escales-4+ i PDQ-4, i en les escales de validesa.

En definitiva, tots aquests índexs de la Taula 3.2.4 (asimetria, curtosi, normalitat) i la inspecció visual de les distribucions de les puntuacions dels histogrames de la figura 3.2.3 en l'Annex 3, posen de manifest que les diverses escales del PDQ-4+, encara que amb uns valors no excessivament elevats, van mostrar absència de normalitat, es a dir, no varen seguir una distribució normal.

Taula 3.2.4. Asimetria, curtosi i prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors de les escales i de les puntuacions totals del PDQ-4+ i PDQ-4.

<i>Escales</i>	Asimetria <sup>1</sup>	Curtosi <sup>2</sup>	K-S-L <sup>3</sup>
<b>Paranoide</b>	<b>0,33</b>	<b>-0,81</b>	<b>0,14</b>
<b>Esquizoide</b>	<b>0,82</b>	<b>0,66</b>	<b>0,18</b>
<b>Esquizotípic</b>	<b>0,38</b>	<b>-0,62</b>	<b>0,13</b>
<b>Antisocial</b>	<b>1,04</b>	<b>0,57</b>	<b>0,21</b>
<b>Límit</b>	0,11	-0,76	0,10
<b>Histriònic</b>	<b>0,48</b>	<b>-0,35</b>	<b>0,16</b>
<b>Narcisista</b>	<b>0,64</b>	<b>0,14</b>	<b>0,17</b>
<b>Evitació</b>	0,02	-1,02	0,11
<b>Dependència</b>	<b>0,57</b>	<b>0,54</b>	<b>0,15</b>
<b>Obsessivcompulsiu</b>	<b>-0,09</b>	<b>-0,40</b>	<b>0,12</b>
<b>Passivoagressiu</b>	<b>0,47</b>	<b>-0,35</b>	<b>0,16</b>
<b>Depressiu</b>	<b>-0,44</b>	<b>-0,79</b>	<b>0,15</b>
<b>Conformitat social</b>	<b>1,82</b>	<b>2,97</b>	<b>0,43</b>
<b>Infreqüència</b>	<b>4,63</b>	<b>19,56</b>	<b>0,54</b>
<b>PDQ-4+</b>	0,03	<b>-0,46</b>	<b>0,05</b>
<b>PDQ-4</b>	0,06	<b>-0,43</b>	<b>0,05</b>

<sup>1</sup>Error típic d'asimetria: 0,117. Negreta significatiu: absència de normalitat.

<sup>2</sup>Error típic de curtosi: 0,233. Negreta significatiu: absència de normalitat.

<sup>3</sup>K-S-L. Prova de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors. Negreta: índex significatiu al nivell  $p < 0,05$  (absència de normalitat).

### 3.2.2. FIABILITAT

Es va utilitzar el coeficient  $\alpha$  de Cronbach i la mitjana de correlacions interítems per estudiar la consistència interna de les escales. Els resultats apareixen en la Taula 3.2.5.



Taula 3.2.5. Fiabilitat  $\alpha$  i mitjana de correlacions interítems.

<i>Escales</i>	$\alpha$ de Cronbach	Mitjana correlacions Interítems
<b>Paranoide</b>	0,69	0,24
<b>Esquizoide</b>	0,55	0,16
<b>Esquizotípic</b>	0,64	0,16
<b>Antisocial</b>	0,62	0,17
<b>Límit</b>	0,66	0,18
<b>Histriònic</b>	0,54	0,13
<b>Narcisista</b>	0,56	0,13
<b>Evitació</b>	0,73	0,28
<b>Dependència</b>	0,71	0,24
<b>Obsessivcompulsiu</b>	0,41	0,08
<b>Passivoagressiu</b>	0,54	0,14
<b>Depressiu</b>	0,69	0,24
<b>Grup A</b>	0,79	0,15
<b>Grup B</b>	0,82	0,12
<b>Grup C</b>	0,79	0,14
<b>PDQ-4+</b>	0,92	0,11

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

En general, totes les  $\alpha$ , tot i tenir valors moderats, resultaren acceptables, sent la mitjana de 0,61. Vuit de les 12 escales van mostrar valors entre 0,6 i 0,8. Les més altes s'obtenien en per Evitació (0,73), per Dependència (0,71), Paranoide, Límit i Depressiu (0,70). Obsessivcompulsiu fou l'escala amb la consistència interna més baixa (0,41).

Quan s'analitzà la fiabilitat dels tres grups i la de l'instrument en general, les puntuacions indicaren una consistència interna alta, especialment en el grup B i en el PDQ total.

En una valoració més acurada de la consistència interna, es va comprovar si en alguna escala hi havia algun ítem que correlacionés negativament amb el total d'aquesta, i per tant, que es pogués considerar un element distorsionador. Només els ítems 71 (Esquizoide), 29 (Obsessivocompulsiu), 81 (Obsessivocompulsiu) i 70 (Depressiu) mostraren una lleugera correlació negativa no significativa i, per tant, en cap cas la seva possible supressió millorava la fiabilitat de forma considerable.

La taula 3.2.5 també presenta els resultats obtinguts de l'anàlisi de la mitjana de correlacions interítems. La mitjana de totes les escales del PDQ-4+ va ser de 0,18, amb uns valors que oscil·laren entre 0,08 i 0,28. Les correlacions interítems més altes van coincidir amb les escales que van presentar les  $\alpha$  més elevades, que foren per Evitació, per Dependència, Paranoide i Depressiu. Totes aquestes varen obtenir una mitjana per sobre de 0,20. Novament, Obsessivocompulsiu era la que mostrava la correlació interítem significativament més baixa respecte a la resta de les escales.

Els resultats obtinguts per a cada grup i pel PDQ-4+ total resultaren ser discrets.

### **3.2.3. VALIDESA**

#### **3.2.3.1. Comparació de puntuacions segons el gènere**

En primer lloc, es van analitzar i comparar les puntuacions dimensionals per gèneres. En la Taula 3.2.6 es mostren els resultats obtinguts. Es va posar de manifest que no existien diferències significatives ( $p < 0,05$ ) entre homes i dones en 7 de les 12 escales: les 3 escales del grup A; Narcisista i Límit del B; per Dependència del C; i Passivoagressiu de l'apèndix. Sí que hi havia diferències en les escales Histriònic, Evitació, Obsessivocompulsiu i Depressiu, les quals foren superiors en les dones. Pels

homes, l'escala Antisocial fou l'única significativament superior. La puntuació total del PDQ-4+ va presentar diferències significatives segons el gènere; no així en el PDQ-4.

*Taula 3.2.6. Estadístics descriptius del PDQ-4+ i comparació de mitjanes (t de Student) per gèneres.*

<i>Escales</i>	<b>Homes (n = 225)</b>		<b>Dones (n= 211)</b>		<b>t Student</b>	<b>Sig. bilateral</b>
	<i>Mitjana</i>	<i>D.T.</i>	<i>Mitjana</i>	<i>D.T.</i>		
<b>Paranoide</b>	2,63	1,97	2,82	1,95	-1,01	n.s.
<b>Esquizoide</b>	2,02	1,58	1,98	1,42	0,29	n.s.
<b>Esquizotípic</b>	3,22	2,12	3,17	2,12	0,26	n.s.
<b>Antisocial</b>	1,56	1,51	1,12	1,21	3,38	**
<b>Límit</b>	3,79	2,14	4,16	2,26	-1,73	n.s.
<b>Histriònic</b>	2,32	1,68	2,86	1,72	-3,33	**
<b>Narcisista</b>	2,40	1,77	2,49	1,75	-0,52	n.s.
<b>Evitació</b>	3,26	2,06	3,78	1,99	-2,65	**
<b>Dependència</b>	2,44	2,04	2,85	2,25	-2,01	n.s.
<b>Obsessivcompulsiu</b>	3,68	1,62	4,18	1,63	-3,23	**
<b>Passivoagressiu</b>	2,44	1,62	2,45	1,56	-0,01	n.s.
<b>Depressiu</b>	3,84	2,00	4,87	1,84	-5,56	***
<b>PDQ-4+</b>	33,62	14,53	36,68	14,42	-2,21	*
<b>PDQ-4</b>	27,33	12,07	29,36	12,04	-1,76	n.s.

D. T.: Desviació Típica

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

Sig. : significació

n.s.: no significativa; \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

En segon lloc, es va realitzar la comparació entre les prevalences dels TP per gèneres, mitjançant la prova de  $\chi^2$ . La Taula 3.2.7 presenta els resultats obtinguts. L'anàlisi va indicar una major presència de TP histriònic, TP per evitació, TP per dependència i TP depressiu en les dones, resultant les diferències significatives respecte

als homes. Tot i que els TP esquizoide, narcisista, antisocial i passivoagressiu varen presentar percentatges més alts en el sexe masculí, en cap cas varen ser significatius.

El mateix va passar amb les puntuacions en el PDQ-4+ i PDQ-4, que encara que amb una lleugera major presència de TP en les dones (87,2%) que en els homes (82,2%), tampoc foren diferències significatives.

*Taula 3.2.7. Prevalences dels TP per trastorn en funció de les puntuacions del PDQ-4+ i comparació de prevalences ( $\chi^2$ ) per gèneres.*

<i>Escales</i>	<b>Homes (n = 225)</b>		<b>Dones (n = 211)</b>		$\chi^2$	gl	Sig. Asintòtica (bilateral)
	%	n	%	n			
<b>Paranoide</b>	35,6	80	35,1	74	0,01	1	n.s.
<b>Esquizoide</b>	15,6	35	13,3	28	0,46	1	n.s.
<b>Esquizotípic</b>	26,7	60	27	57	0,01	1	n.s.
<b>Antisocial</b>	4,9	11	2,8	6	1,22	1	n.s.
<b>Límit</b>	39,6	89	42,7	90	0,43	1	n.s.
<b>Histriònic</b>	10,7	24	19	40	5,98	1	*
<b>Narcisista</b>	14,7	33	11,8	25	0,75	1	n.s.
<b>Evitació</b>	43,1	97	55,5	117	6,63	1	*
<b>Dependència</b>	16,9	38	26,1	55	5,47	1	*
<b>Obsessivocompulsiu</b>	57,3	129	63	133	1,48	1	n.s.
<b>Passivoagressiu</b>	24,4	55	23,7	50	0,03	1	n.s.
<b>Depressiu</b>	39,6	89	65,9	139	30,24	1	***
<b>PDQ-4+</b>	82,2	185	87,2	184	2,08	1	n.s.
<b>PDQ-4</b>	79,6	179	85,8	181	2,93	1	n.s.

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.  
 PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.  
 Sig.: significació  
 n.s.: no significativa; \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

Per últim, es va estudiar la distribució de la puntuació total del PDQ-4+ en general i per gèneres, d'acord amb els valors establerts per Hyler (1994). Els resultats

indiquen que la majoria dels participants avaluats (276 dels 437) van tenir una elevada probabilitat de ser diagnosticats amb patologia de la personalitat amb una puntuació igual o superior a 30 (Taula 3.2.8). Pel que fa al gènere, es van observar certes diferències (66,8% de les dones i 59,6% en els homes), però no varen ser significatives per sexe ( $\chi^2 = 2,73$ ;  $p = n.s.$ ).

*Taula 3.2.8. Distribució de la Puntuació total del PDQ-4+ de la mostra total i per gèneres.*

Puntuació total	PDQ-4+					
	Total		Homes		Dones	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
<b>Puntuació ≤ 20</b>	17,2	75	19,6	44	14,7	31
<b>Puntuació 21-29</b>	19,7	86	20,9	47	18,5	39
<b>Puntuació ≥ 30</b>	63,2	276	59,6	134	66,8	141

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

### **3.2.3.2. Comparació de puntuacions segons l'edat**

En primer lloc, es va estudiar la relació entre puntuacions dimensionals i edat. Es va establir una divisió que donà com a resultat cinc grups de participants, sent el més nombrós el segon, de 21 a 30 anys. Tot i que les grandàries dels diferents subgrups són desiguals, els resultats varen posar de manifest que només existien diferències significatives per el TP antisocial ( $p < 0,05$ ). En aquesta sí que hi havia desigualtats o diferències en les mitjanes, de manera que una major presència de TP antisocial estaria relacionada amb menor edat, disminuint conforme augmentés aquesta, especialment a partir dels 50 anys. Les puntuacions totals del PDQ-4+ i del PDQ-4 no varen presentar diferències segons l'edat. La Taula 3.2.9 mostra els resultats obtinguts.

Taula 3.2.9. Estadístics descriptius del PDQ-4+ i comparació de mitjanes (F) per edats.

	≤ 20 anys (n= 38)		21-30 anys (n= 149)		31- 40 anys (n= 94)		41- 50 anys (n= 57)		≥ 51 anys (n= 27)		F	Sig. bilateral
	Mitjana	D.T.	Mitjana	D.T.	Mitjana	D.T.	Mitjana	D.T.	Mitjana	D.T.		
<b>Paranoide</b>	3,39	2,22	2,85	1,94	2,61	1,92	2,46	2,05	2,22	1,63	2,04	n.s.
<b>Esquizoide</b>	2,00	1,59	2,07	1,56	1,98	1,48	2,26	1,55	2,33	1,66	0,51	n.s.
<b>Esquizotípic</b>	3,39	2,15	3,15	2,04	3,18	2,19	3,32	2,35	3,15	2,45	0,14	n.s.
<b>Antisocial</b>	1,37	1,28	1,57	1,44	1,15	1,34	1,25	1,39	0,70	0,91	3,08	*
<b>Límit</b>	4,32	2,21	4,23	2,25	4,02	2,34	3,56	2,19	3,48	2,08	1,46	n.s.
<b>Histriònic</b>	3,11	1,77	2,64	1,74	2,35	1,67	2,39	1,72	2,67	1,88	1,52	n.s.
<b>Narcisista</b>	2,79	1,95	2,34	1,65	2,34	1,77	2,61	1,69	2,56	2,24	0,73	n.s.
<b>Evitació</b>	3,95	2,27	3,49	2,01	3,72	1,79	3,28	2,06	3,15	2,38	1,09	n.s.
<b>Dependència</b>	3,16	2,02	2,72	2,06	2,69	2,36	2,23	1,96	2,04	1,87	1,73	n.s.
<b>Obsessivocompulsiu</b>	3,79	1,70	4,07	1,54	3,83	1,78	3,75	1,71	4,26	1,58	0,84	n.s.
<b>Passivoagressiu</b>	2,79	1,70	2,68	1,52	2,32	1,58	2,26	1,84	2,19	1,62	1,62	n.s.
<b>Depressiu</b>	4,05	2,23	4,47	1,93	4,47	1,93	4,04	2,07	4,44	1,81	0,80	n.s.
<b>PDQ-4+</b>	38,16	14,95	36,29	13,59	34,70	15,25	33,28	15,64	32,96	15,90	1,01	n.s.
<b>PDQ-4</b>	31,32	12,10	29,14	11,22	27,91	12,80	26,98	13,07	26,33	13,26	1,10	n.s.

D. T.: Desviació Típica

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

Sig.: significació.

n.s.: no significativa; \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

En segon lloc, es van estudiar les diferències segons l'edat a partir de l'estudi de les prevalences de TP i de les puntuacions total del PDQ-4+ (prova de  $\chi^2$ ) (Taula 3.2.10). La comparació entre les prevalences va indicar que no hi havia diferències significatives per cap TP, excepte pel TP paranoide. En aquest, es va observar una major presència de trastorn en grups d'edat més jove, amb un 50% fins als 20 anys, que va anar disminuint de forma significativa a partir dels 50 (22,2%). En la resta no hi havia diferències en presència de TP en funció de l'edat, mantenint-se els percentatges de forma homogènia.

Pel que fa a les puntuacions totals del PDQ-4+ i del PDQ-4, tampoc varen presentar diferències segons l'edat.

Taula 3.2.10. Prevalences dels TP per trastorn en funció de les puntuacions del PDQ-4+ i comparació de prevalences ( $\chi^2$ ) per edats.

	≤ 20 anys (n = 38)	21-30 anys (n = 149)	31- 40 anys (n = 94)	41- 50 anys (n = 57)	≥ 51 anys (n = 27)	$\chi^2$	gl	Sig. Asintòtica (bilateral)
	%	%	%	%	%			
<b>Paranoide</b>	50	40,9	30	29,8	22,2	9,56	4	*
<b>Esquizoide</b>	18,4	16,8	10,6	17,5	22,2	3,14	4	n.s.
<b>Esquizotípic</b>	31,6	24,8	29,8	28,1	25,9	1,14	4	n.s.
<b>Antisocial</b>	2,6	4	5,3	1,8	0	2,60	4	n.s.
<b>Límit</b>	42,1	48,3	43,6	33,3	33,3	4,94	4	n.s.
<b>Histriònic</b>	21,1	15,4	10,6	15,8	14,8	2,56	4	n.s.
<b>Narcisista</b>	21,1	11,4	10,6	15,8	18,5	3,93	4	n.s.
<b>Evitació</b>	52,6	49	51,1	49,1	51,9	0,26	4	n.s.
<b>Dependència</b>	23,7	23,5	20,2	15,8	14,8	2,32	4	n.s.
<b>Obsessivocompulsiu</b>	60,5	64,4	52,1	57,9	70,4	4,97	4	n.s.
<b>Passivoagressiu</b>	31,6	29,5	21,3	22,8	14,8	4,74	4	n.s.
<b>Depressiu</b>	50	56,4	58,5	43,9	48,1	4,07	4	n.s.
<b>PDQ-4+</b>	63,2	67,8	62,8	59,6	51,9	7,87	8	n.s.
<b>PDQ-4</b>	55,3	52,3	46,8	33,3	40,7	13,03	8	n.s.

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

Sign.: significació

n.s.: no significativa; \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.



## 3.2.3.3. Estudi de l'estructura interna

Pel que fa a l'estudi de l'estructura interna, en primer lloc es va realitzar una anàlisi factorial exploratòria del PDQ-4+ a partir de 10 escales (excloses les 2 de l'apèndix), utilitzant el mètode de Components Principals amb rotació Varimax, i aplicant els criteris de Kaiser per seleccionar el nombre de factors. Es va obtenir una estructura factorial de 3 factors que van explicar una variança del 51,95%. (Taula 3.2.11).

Taula 3.2.11. Matriu de components rotats de les escales del PDQ-4+ després d'una anàlisi de Components Principals amb rotació Varimax.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
<b>Paranoide</b>	<b>0,48</b>	<b>0,40</b>	0,23
<b>Esquizoide</b>	<b>0,76</b>	0,05	-0,06
<b>Esquizotípic</b>	<b>0,75</b>	0,08	0,28
<b>Antisocial</b>	0,18	<b>0,60</b>	-0,27
<b>Límit</b>	<b>0,42</b>	0,30	<b>0,40</b>
<b>Histriònic</b>	-0,25	<b>0,63</b>	<b>0,41</b>
<b>Narcisista</b>	0,15	<b>0,72</b>	-0,00
<b>Evitació</b>	0,29	-0,04	<b>0,69</b>
<b>Dependència</b>	0,02	0,02	<b>0,76</b>
<b>Obsessivcompulsiu</b>	0,14	<b>0,42</b>	<b>0,36</b>

Negreta: Es correspon a les saturacions  $\geq 0,3$ .

Els resultats obtinguts en aquesta anàlisi mostren una solució que no coincideix exactament amb el model dels tres grups de TP del DSM-IV. La Taula 3.1.11 permet observar que hi ha diverses escales que saturen en més d'un factor. Les escales Paranoide, Histriònic, Límit i Obsessivcompulsiu van saturar en dos factors. Pel que fa a la configuració de cadascun dels factors, el primer semblava apropar-se al grup A, en obtenir les saturacions més importants de les escales Esquizoide i Esquizotípic, seguides de l'escala Paranoide, però també de Límit. El segon factor es va aproximar una mica al grup B del DSM-IV, on 3 de les 4 escales d'aquest grup hi tenien els pesos més

significatius: Histriònic, Narcisista i Antisocial. En canvi, Límit va saturar poc, mentre que Obsessivocompulsiu i Paranoide van mostrar pesos superiors a aquella. El tercer i últim factor va presentar saturacions importants de les escales del grup C, especialment per Evitació i per Dependència. L'escala Obsessivocompulsiu va tenir el pes més baix. Contràriament al model del DSM, Histriònic i Límit també van saturar en aquest factor, amb pesos lleugerament superiors al de l'Obsessivocompulsiu.

Aquests resultats permetien concloure que les diverses escales del PDQ-4+, tot i basar-se en els criteris del DSM-IV, no reproduïen exactament el seu sistema de grups.

També, en segon lloc, es va estudiar l'estructura del PDQ-4+ mitjançant el procediment d'anàlisi factorial confirmatori. L'objectiu fou examinar si diferents models podien explicar i descriure les relacions entre els 10 TP específics del DSM-IV. Primer, es va analitzar un model correlacionat i el mateix model sense correlacionar, tots dos seguint l'estructura de grups de l'eix II del DSM-IV. Després, es van estudiar tres models generats a l'atzar, els mateixos utilitzats per Yang i cols. (2002), i un quart model establert a partir de la nostra anàlisi factorial exploratòria obtingut en aquest estudi. Tots ells es van comparar amb els anteriors, per tal de comprovar si l'agrupació del DSM-IV era millor que l'agrupació aleatòria dels trastorns. El model aleatori 1 va seguir aquesta combinació d'escales: un grup A format per les escales Antisocial, Esquizotípic i Obsessivocompulsiu; un grup B, amb Límit, Paranoide, Histriònic i per Evitació; i un grup C, amb les escales Esquizoide, Narcisista i per Dependència. En el model aleatori 2, el grup A va estar format per les escales Límit, Esquizoide, per Dependència; el B, per Antisocial, Esquizotípic, Narcisista i per Evitació; i el grup C, per Paranoide, Histriònic i Obsessivocompulsiu. En el model aleatori 3, el grup A foren les escales Histriònic, Paranoide i per Evitació; el grup B, Narcisista, Esquizoide, Antisocial i Obsessivocompulsiu; i el grup C, Esquizotípic, Límit i per Dependència. El model aleatori 4 (obtingut de la nostra anàlisi factorial) es va definir per la següent combinació d'escales: el factor 1, per escales Paranoide, Esquizoide, Esquizotípic i Límit; el factor 2, per Antisocial, Histriònic, Narcisista i Obsessivocompulsiu; i el factor 3, per Evitació i per Dependència. Tal i com vàrem fer a l'anàlisi factorial exploratori,

es va assumir la ortogonalitat dels factors. Per últim, es va estudiar un model de factor únic, per tal de comprovar si els TP estaven millor representats amb un sol factor latent.

La significació estadística dels models es va estudiar mitjançant la no significació de l'estadístic  $\chi^2$ , l'índex de discrepància mínima CMIN/DF, l'índex relatiu d'ajust comparatiu CFI i l'índex absolut d'error residual d'aproximació RMSEA. Pel que fa al CMIN/DF, existeix una manca de consens sobre quin és el valor que indica acceptació o rebuig del model. Yang i cols. (2002) consideren que un model és acceptable, encara que no òptim, quan el CMIN/DF és  $\leq 5,0$ . Hu i Bentler (1999), per altre banda, assenyalen l'acceptació quan la puntuació és  $\leq 2,0$ . Respecte als dos últims índexs, es considera que els valors propers a 0,95 ( $\geq 0,90$ ) del CFI, i els valors iguals o inferiors a 0,06 per l'índex RMSEA són indicadors d'un bon ajust del model a les dades, especialment aquest últim. En la Taula 3.2.12 i en les figures 3.2.1 i 3.2.2 es presenten els resultats de les anàlisis. Les figures representen únicament els models correlacionat i no correlacionat basats en els grups del DSM-IV. Els pesos de regressió entre grups i TP s'indiquen amb una fletxa unidireccional horitzontal que va dels primers als segons, la regressió estimada per l'error associat a cada TP, amb una fletxa unidireccional apuntant a cadascun d'ells. En el model correlacionat, a més, hi ha una fletxa bidireccional vertical amb les correlacions entre els grups.

Com s'observa en la Taula 3.2.12, els dos models correlacionat i no correlacionat basats en el sistema de grups del DSM-IV no van mostrar uns bons índexs d'adequació. L'estadístic CMIN ( $\chi^2$ ) va ser significatiu en els dos models, fet que indicava que cap d'ells s'ajustava a les dades. En tots dos, l'índex CMIN/DF va ser superior a 5: el del model correlacionat, 8,662 i el del model no correlacionat 17,886. Tampoc el CFI va resultar acceptable, sent en el primer 0,831 i en el segon 0,593. El RMSEA va acabar de confirmar aquests resultats, amb 0,133 i 0,197 respectivament. Encara que els índexs estudiats del model correlacionat DMS-IV van resultar lleugerament superiors, no eren en millors que els del no correlacionat.

Els models aleatoris correlacionats no van resultar en cap cas millors que el no aleatori correlacionat basat en el DSM-IV. Les CMIN/DF eren superiors al model correlacionat: 10,031, 10,228 i 9,816 *versus* 8,662. Tampoc els CFI es van apropar més a 0,95 (0,801, 0,796 i 0,806, respectivament). Els RMSEA tampoc foren bons, sent tots tres iguals: 0,144 en el model aleatori 1; 0,145 en el 2; i 0,142 en el 3. Aquests resultats, doncs, varen indicar que els models aleatoris no van presentar un bon ajust a les dades. Encara que el model correlacionat DSM-IV fou lleugerament superior als aleatoris, tampoc es podia considerar clarament millor.

Taula 3.2.12. Índexs d'ajust de les escales del PDQ-4+ al model de l'anàlisi factorial confirmatori.

Tipus de Model		CMIN ( $\chi^2$ )	DF	p	CMIN/DF	CFI	RMSEA	RMSEA 90% CI	
								Inferior	Superior
<i>Correlacionat</i>	<b>Model DSM-IV</b>	277,199	32	0,000	8,662	0,831	0,133	0,118	0,147
	<b>Model aleatori 1</b>	321,007	32	0,000	10,031	0,801	0,144	0,130	0,158
	<b>Model aleatori 2</b>	327,289	32	0,000	10,228	0,796	0,145	0,131	0,160
	<b>Model aleatori 3</b>	314,101	32	0,000	9,816	0,806	0,142	0,128	0,157
<i>No correlacionat</i>	<b>Model DSM-IV</b>	626,019	35	0,000	17,886	0,593	0,197	0,183	0,210
	<b>Model aleatori 1</b>	978,183	35	0,000	27,948	0,350	0,249	0,235	0,262
	<b>Model aleatori 2</b>	953,753	35	0,000	27,250	0,367	0,245	0,232	0,259
	<b>Model aleatori 3</b>	955,977	35	0,000	27,314	0,365	0,246	0,232	0,259
<i>Factor únic</i>		345,262	35	0,000	9,865	0,786	0,143	0,129	0,156

CMIN: no significació de l'estadístic chi-quadrat .

DF: graus de llibertat

p: nivell de significació

CMIN/DF: índex de discrepància mínima

CFI: índex d'ajust comparatiu

RMSEA: índex d'error residual d'aproximació

RMSEA 90% CI Inferior Superior: interval de confiança de l'error residual del 90% amb límit inferior i superior

Respecte als models aleatoris no correlacionats, fins i tot varen ser pitjors que els aleatoris correlacionats i no van explicar les relacions existents entre les dades. En tots tres, el CMIN/DF fou superior a 27, el CFI molt baix (0,350, 0,367 i 0,365, respectivament) i el RMSEA superior a 0,240. Tot i que l'agrupació no correlacionada de grups del DSM-IV va ser lleugerament millor a l'agrupació aleatòria no correlacionada, tots els models van fracassar en l'obtenció d'un bon ajust de dades.

El mateix va passar amb el model de factor únic: CMIN/DF = 9,865,  $p < 0,001$ ; CFI = 0,786; RMSEA = 0,143. Encara que aquests resultats varen ser millors que els obtinguts en tots els models no correlacionats, l'agrupació única va mostrar un ajustament escàs, tot i que proper a l'obtingut en els models correlacionats.

Finalment, només comentar que el quart model derivat de l'anàlisi factorial exploratori, que va ser posat a prova amb l'anàlisi factorial confirmatori va resultar no recursiu, es a dir, no es van poder predir els constructes a partir de l'agrupació de les variables especificades en el diagrama.

Per altra banda, els coeficients de regressió representats en les figures van posar de manifest que entre les diferents escales i cada grup dels models correlacionat i no correlacionat hi havia algunes associacions febles, especialment entre les escales Esquizoide i grup A; Antisocial i grup B; i Obsessivocompulsiu i C. En el no correlacionat, també entre l'escala Límit i B. Les regressions estimades per l'error associat van resultar estar relacionades amb el que s'ha descrit. En general varen ser inferiors a 0,50, amb l'única excepció de l'escala Esquizotípic en els dos models (0,66 en el primer i 0,79 en el segon), i Evitació (0,75) en el no correlacionat (Figures 3.2.1 i 3.2.2).

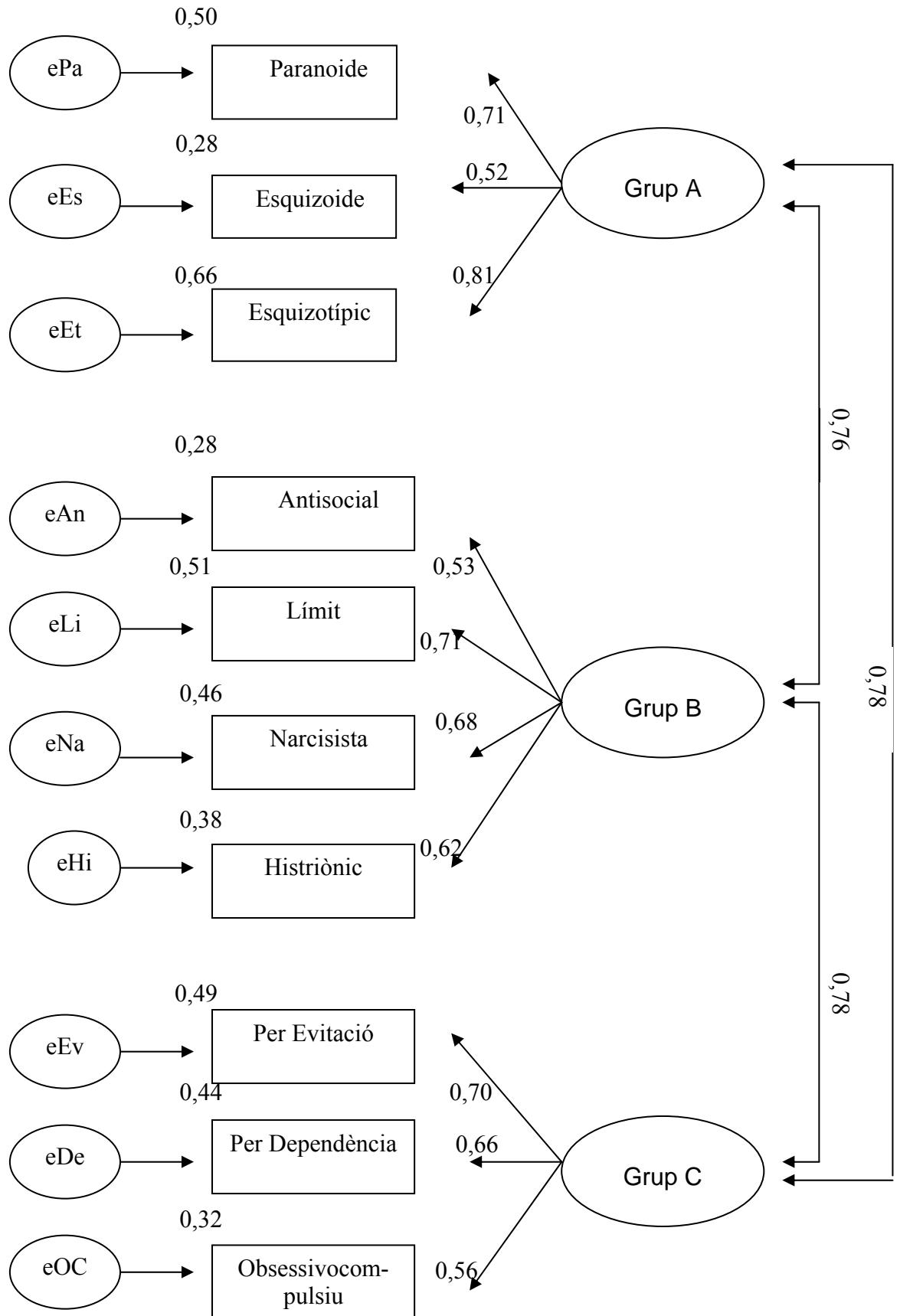


Figura 3.2.1. Anàlisi factorial confirmatori del model correlacionat del DSM-IV.

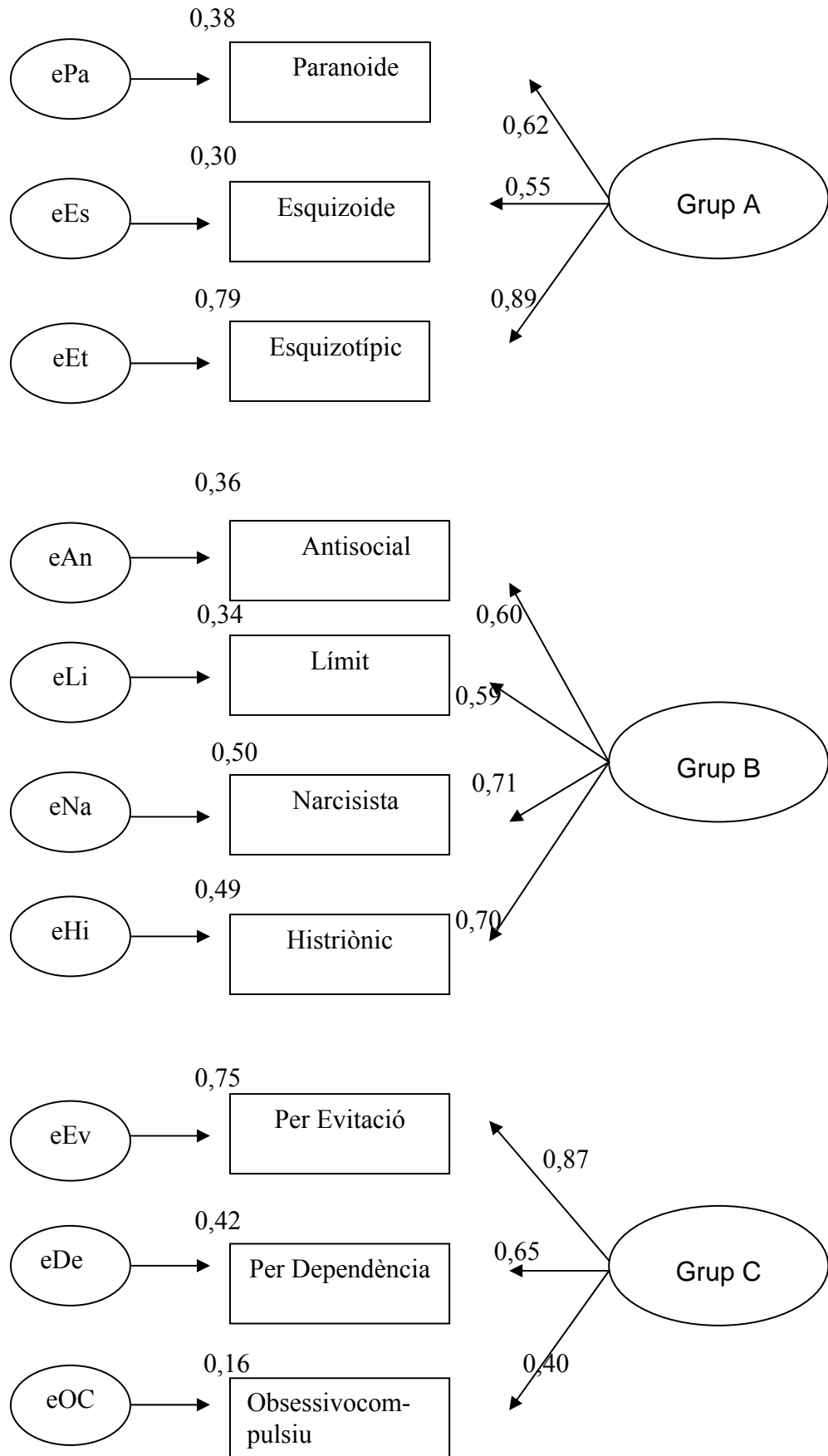


Figura 3.2.2. Anàlisi factorial confirmatori del model no correlacionat del DSM-IV.



**3.2.3.4. Estudi de la validesa concurrent del PDQ-4+**

La Taula 3.2.13 mostra els resultats de l'anàlisi de la validesa concurrent a través de les correlacions entre algunes variables derivades del PDQ-4+ i les escales del TCI. Pel que fa al grup de variables del PDQ-4+, es consideraren el nombre de trastorns de la personalitat i les puntuacions en cada grup de l'eix II (suma de tots els ítems de cada grup). Pel que fa al TCI, es consideraren les tres escales de caràcter. Les intercorrelacions mostraren relacions negatives entre les dimensions de caràcter Autodirecció i Cooperació, i el nombre de trastorns en general i puntuacions en cada grup. L'escala Autotrascendència va correlacionar positivament amb el nombre de trastorns del PDQ-4+ i els grups A i B, éssent més elevada l'obtinguda amb aquest últim.

*Taula 3.2.13. Correlacions entre TCI i nombre de TP i puntuacions en els grups del PDQ-4+.*

TCI	PDQ-4+			
	Nombre TP	Grup A	Grup B	Grup C
<i>Caràcter</i>				
<b>Autodirecció</b>	<b>-0,64</b>	<b>-0,50</b>	<b>-0,63</b>	<b>-0,71</b>
<b>Cooperació</b>	<b>-0,45</b>	<b>-0,51</b>	<b>-0,42</b>	<b>-0,34</b>
<b>Autotrascendència</b>	<b>0,21</b>	<b>0,24</b>	<b>0,33</b>	<b>0,10</b>
<i>Temperament</i>				
<b>Percaça de novetat</b>	0,01	-0,11	<b>0,39</b>	<b>-0,19</b>
<b>Evitació del dany</b>	<b>0,44</b>	<b>0,41</b>	<b>0,21</b>	<b>0,64</b>
<b>Dependència recompensa</b>	<b>-0,15</b>	<b>-0,36</b>	0,01	-0,01
<b>Persistència</b>	0,04	0,07	-0,04	0,04

Negreta: La correlació es significativa al nivell  $p < 0,01$  (bilateral).

Tots aquests resultats van indicar que la presència de TP segons el PDQ-4+ es va caracteritzar, en general, per baixes Autodirecció i Cooperació.

Per a completar aquesta anàlisi, s'ha realitzat un estudi de les correlacions entre cadascuna de les escales del PDQ-4+ i les dimensions caracterials del TCI (veure Taula

3.2.15). Es confirmen els resultats anteriors però amb certs matisos. En general hi havia correlacions negatives entre les dimensions del caràcter Autodirecció i Cooperació i totes les escales i el PDQ-4+ total. Les més destacables es van donar entre Autodirecció i escales Paranoide, Esquizotípic, Límit, Histriònic, Narcisista, per Evitació, per Dependència i PDQ-4+ total; i entre Cooperació i escales Paranoide, Narcisista i PDQ-4+ total, totes elles amb coeficients superiors a -0,40. Per altra banda, la dimensió Autotrascendència va presentar correlacions significatives positives amb la major part d'escales i amb la puntuació total del qüestionari (iguals o superiors a 0,20); i correlacions negatives no significatives amb les escales Esquizoide i Evitació.

### ***3.2.3.5. Estudi de la validesa convergent i discriminant del PDQ-4+***

Pel que fa a la validesa convergent i discriminant, aquesta s'ha estructurat en dues anàlisis. En primer lloc, es van calcular les intercorrelacions de totes les escales del PDQ-4+ utilitzant el coeficient de correlació  $r$  de Pearson. Les intercorrelacions es van realitzar incloent les dotze escales i les dues de control de respostes. Els resultats obtinguts van indicar la presència d'un elevat nombre de correlacions tant entre les escales d'un mateix grup, com amb les d'altres grups. Dintre de cada grup, la matriu va presentar intercorrelacions molt elevades entre les escales Paranoide i Esquizotípic en el grup A; entre Histriònic i Narcisista en el grup B; i entre per Evitació i per Dependència en el C. Les correlacions baixes entre escales de diferents grups no foren freqüents, i només es donaren entre Esquizoide i Histriònic; Antisocial i per Evitació; i Antisocial i Depressiu. Totes les escales del PDQ-4+ van presentar correlacions molt elevades amb la puntuació total del qüestionari, sent tots els coeficients superiors a 0,45. Van destacar de forma especial les correlacions entre PDQ-4+ total i les escales Paranoide i Esquizotípic del grup A; Límit del B, i les 3 escales del C. Per tant, es podia concloure que no existien correlacions més fortes entre les diferents escales d'un mateix grup que entre les de diferents grups. Totes van correlacionar negativament amb Conformitat social i poc amb Infreqüència (Taula 3.2.14).

Taula 3.2.14. Intercorrelacions del PDQ-4+ i les seves escales.

Escales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Paranoide	1,00														
2. Esquizoide	<b>0,34</b>	1,00													
3. Esquizotípic	<b>0,55</b>	<b>0,49</b>	1,00												
4. Antisocial	<b>0,34</b>	<b>0,19</b>	<b>0,24</b>	1,00											
5. Límit	<b>0,47</b>	<b>0,34</b>	<b>0,50</b>	<b>0,42</b>	1,00										
6. Histriònic	<b>0,32</b>	0,03	<b>0,26</b>	<b>0,38</b>	<b>0,40</b>	1,00									
7. Narcisista	<b>0,46</b>	<b>0,19</b>	<b>0,43</b>	<b>0,42</b>	<b>0,37</b>	<b>0,53</b>	1,00								
8. Evitació	<b>0,36</b>	<b>0,30</b>	<b>0,46</b>	0,08	<b>0,45</b>	<b>0,23</b>	<b>0,28</b>	1,00							
9. Dependència	<b>0,35</b>	<b>0,14</b>	<b>0,34</b>	<b>0,16</b>	<b>0,45</b>	<b>0,43</b>	<b>0,35</b>	<b>0,56</b>	1,00						
10. Obsessivcompulsiu	<b>0,40</b>	<b>0,25</b>	<b>0,46</b>	<b>0,23</b>	<b>0,36</b>	<b>0,35</b>	<b>0,42</b>	<b>0,35</b>	<b>0,26</b>	1,00					
11. Passivoagressiu	<b>0,52</b>	<b>0,37</b>	<b>0,54</b>	<b>0,40</b>	<b>0,53</b>	<b>0,35</b>	<b>0,48</b>	<b>0,46</b>	<b>0,41</b>	<b>0,36</b>	1,00				
12. Depressiu	<b>0,40</b>	<b>0,25</b>	<b>0,44</b>	0,11	<b>0,51</b>	<b>0,31</b>	<b>0,26</b>	<b>0,63</b>	<b>0,46</b>	<b>0,45</b>	<b>0,47</b>	1,00			
13. Conformitat social	-0,13	-0,04	-0,12	-0,11	-0,13	-0,10	-0,10	-0,10	-0,07	-0,11	-0,17	-0,12	1,00		
14. Infreqüència	<b>0,20</b>	<b>0,18</b>	<b>0,21</b>	<b>0,20</b>	<b>0,23</b>	0,07	<b>0,21</b>	0,06	0,11	<b>0,13</b>	<b>0,25</b>	0,10	-0,10	1,00	
15. PDQ-4+	<b>0,70</b>	<b>0,47</b>	<b>0,74</b>	<b>0,48</b>	<b>0,76</b>	<b>0,58</b>	<b>0,66</b>	<b>0,68</b>	<b>0,65</b>	<b>0,62</b>	<b>0,75</b>	<b>0,70</b>	-0,17	<b>0,24</b>	1,00

Negreta: La correlació es significativa al nivell 0,01 (bilateral).

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

Ombrejat: Es correspon amb cada un dels 3 grups de l'eix II.

Es va fer la mateixa anàlisi per cada sexe. No es van trobar diferències rellevants entre els dos grups pel que fa al patró de correlacions observat.

La validesa convergent i discriminant es va estudiar, en segon lloc, a partir de les correlacions entre el PDQ-4+ i les dimensions temperamentals de personalitat del TCI i les dimensions de l'EPQ-R.

Pel que fa al TCI, inicialment la validesa es va estudiar entre nombre de trastorns de la personalitat i puntuacions en cada grup del PDQ-4+ i les dimensions temperamentals del TCI. Els resultats ja s'han exposat en la Taula 3.2.13. A *modus* de resum, es van trobar correlacions significatives entre Evitació del dany i nombre de TP i cadascun dels grups en el PDQ-4+. A més, cada grup es mostrà més relacionat amb una dimensió: el perfil temperamental del grup A seria una baixa Dependència a la recompensa i una alta Evitació del dany; el del grup B, seria una elevada Percepció de novetat; i el del grup ansiós, una alta Evitació del dany. La Persistència no va correlacionar amb cap d'ells.

A continuació, la validesa convergent i discriminant es va analitzar a partir de les correlacions entre cadascuna de les escales del PDQ-4+ i les escales dimensionals del TCI. La Taula 3.2.15 confirma els resultats anteriors amb certs matisos. Percepció de novetat va mostrar la correlació més alta amb l'escala Antisocial. Evitació del dany, amb els dos grup C, per Evitació i per Dependència, i també de forma significativa amb PDQ-4+ total. Dependència a la recompensa va presentar la correlació negativa més destacable amb Esquizoide. Per últim, Persistència no va correlacionar amb cap escala. En quant al PDQ-4+ total, aquest va presentar en general una elevada covariació amb Evitació del dany. Per tant, semblava que la presència de patologia de la personalitat en general en el PDQ-4+ coincidia amb aquesta dimensió del TCI.

Taula 3.2.15. Correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les dimensions del TCI.

<i>TCI</i>	<i>PDQ-4+</i>										
	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípic	Antisocial	Límit	Histriònic	Narcisista	Evitació	Dependència	Obsessivo-compulsiu	PDQ-4+
<i>Caràcter</i>											
Autodirecció	-0,46	-0,27	-0,44	-0,40	-0,62	-0,42	-0,41	-0,58	-0,67	-0,37	-0,75
Cooperació	-0,47	-0,39	-0,38	-0,39	-0,30	-0,16	-0,42	-0,31	-0,24	-0,25	-0,48
Autotrascendència	0,24	-0,05	0,30	0,20	0,23	0,29	0,27	-0,01	0,05	0,23	0,26
<i>Temperament</i>											
Percepció novetat	0,03	-0,21	-0,12	0,46	0,22	0,33	0,20	-0,25	-0,07	-0,11	0,04
Evitació del dany	0,28	0,30	0,40	-0,11	0,40	0,13	0,11	0,69	0,53	0,25	0,53
Dependència de la recompensa	-0,20	-0,53	-0,24	-0,18	-0,06	0,26	-0,01	-0,07	0,10	-0,08	-0,11
Persistència	0,06	0,03	0,08	-0,14	-0,03	0,00	0,05	-0,03	-0,10	0,28	0,03

Negreta: La correlació es significativa al nivell  $p < 0,01$  (bilateral).

L'anàlisi per gèneres en el TCI va posar de relleu que homes i dones van seguir aquest patró general, sense haver-hi diferències importants entre ells.

Respecte a l'EPQ-R, l'estudi de la validesa es va fer a partir de totes les escales del PDQ-4+. Els resultats obtinguts es presenten en la Taula 3.2.16. Aquestes van correlacionar positivament amb Neuroticisme, però només varen ser positives i significatives en les escales Paranoide, Esquizotípic, Límit i per Evitació. Antisocial fou la que va presentar la correlació més baixa de totes les escales amb aquesta dimensió. Psicoticisme també va covariar de forma positiva en general, sent significativa només en les escales Paranoide, Límit i Antisocial. Pel que fa a Extraversió, o bé no va correlacionar o ho feia negativament amb les escales del PDQ-4+. Només va ser significativa amb per Evitació (-0,51). Per últim, Sinceritat, tot i presentar unes associacions negatives en general, només va resultar significativa amb Antisocial; amb Esquizoide i per Evitació no va mostrar cap tipus de covariació.

Quan s'observaren les dades tenint en compte els grups del PDQ-4+, es constata que no existia un patró d'intercorrelacions per a cadascun d'ells.

L'anàlisi per gèneres no es va realitzar a causa del reduït nombre de subjectes que formaven aquest grup (15 homes i 38 dones).

De l'anàlisi del PDQ-4+ total es podria concloure que la presència de TP va estar associada amb puntuacions positives i significatives en Neuroticisme i Psicoticisme, i negatives i no significatives amb Extraversió i Sinceritat.

Taula 3.2.16. Correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les dimensions de l' EPQ-R.

EPQ-R	PDQ-4+										PDQ-4+
	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípic	Antisocial	Límit	Histriònic	Narcisista	Evitació	Dependència	Obsessivo-compulsiu	
Extraversió	-0,08	-0,14	-0,21	0,14	-0,15	0,10	0,02	<b>-0,51</b>	-0,29	0,04	-0,22
Neuroticisme	<b>0,49</b>	0,32	<b>0,44</b>	0,02	<b>0,56</b>	0,34	0,28	<b>0,65</b>	0,32	0,25	<b>0,66</b>
Psicoticisme	<b>0,44</b>	0,34	0,36	<b>0,53</b>	<b>0,50</b>	0,26	0,33	0,17	0,31	0,07	<b>0,52</b>
Sinceritat	-0,16	0,00	-0,11	<b>-0,45</b>	-0,30	-0,17	-0,26	0,06	-0,03	-0,18	-0,24

Negreta: La correlació es significativa al nivell  $p < 0,01$  (bilateral)

**2.6. Qüestionari PDQ-4+ i aplicació de l'escala de Significació clínica**

Aquest punt s'ha estructurat en dos apartats. El primer consisteix en l'estudi de les prevalences a partir de l'administració única del qüestionari. El segon, els efectes de l'aplicació de l'escala de Significació clínica en els resultats obtinguts.

Respecte al qüestionari només, l'anàlisi de les prevalences general i de cada trastorn específic indica que el PDQ-4+ genera tant un elevat nombre de diagnòstics (per sobre del 80%), sent els més prevalents els TP obsessivocompulsiu, TP depressiu, TP per evitació i TP límit (veure Taula 3.2.3); com de nombre mitjà de TP diagnosticats, com mostra la Taula 3.2.17 (PDQ-4+ 3,57 i PDQ-4 2,80).

*Taula 3.2.17. Nombre mitjà de TP diagnosticats per subjecte en funció de les puntuacions en el PDQ-4+.*

	Només qüestionari		
	Mitjana	D.T.	Rangs
<b>PDQ-4+</b>	3,57	2,71	0 12
<b>PDQ-4</b>	2,80	2,18	0 10

D. T.: Desviació Típica  
 PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.  
 PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

A continuació, s'estudien les possibles comorbiditats en general obtingudes en el qüestionari, enteses com els percentatges de casos que complien criteris per a més d'un trastorn. Els resultats indicaven la presència d'una comorbiditat en general alta. Com mostra la Taula 3.2.18, del 84,7% de casos amb presència de TP (n = 370), només un 14,2% va presentar un trastorn de la personalitat únic i un 70,5% dos o més, fins a un màxim de dotze (només en un cas). No existien diferències en funció de la versió del PDQ-4 utilitzada.



*Taula 3.2.18. Prevalença del nombre de TP en funció de les puntuacions en el PDQ-4+.*

	PDQ-4+		PDQ-4	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
<b>Cap TP</b>	15,3	67	17,4	76
<b>1 TP</b>	14,2	62	16,5	72
<b>Més 1 TP</b>	70,5	308	66,1	289

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

Com mostra la Taula 3.2.19, l'anàlisi de la comorbiditat per a cada TP també indicà que el diagnòstic únic fou l'excepció abans que la normalitat. Els resultats d'aquest solapament en els TP específics foren quasi del 100% en tots els casos.

*Taula 3.2.19. Prevalença dels TP per trastorn i comorbiditat associada en funció de les puntuacions en el PDQ-4+.*

<i>Escales</i>	Prevalença TP		Comorbiditat entre TP	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
<b>Paranoide</b>	35,2	154	98,1	151
<b>Esquizoide</b>	14,6	64	98,4	63
<b>Esquizotípic</b>	27	118	100	118
<b>Antisocial</b>	3,9	17	100	17
<b>Límit</b>	41,2	180	96,7	174
<b>Histriònic</b>	14,6	64	98,4	63
<b>Narcisista</b>	13,3	58	100	58
<b>Evitació</b>	49	214	96,7	207
<b>Dependència</b>	21,3	93	97,8	91
<b>Obsessivcompulsiu</b>	60,2	263	87,5	230
<b>Passivoagressiu</b>	24,3	106	100	106
<b>Depressiu</b>	52,2	228	96,1	219

La comorbiditat també va ser estudiada a nivell intragrups, entesa com el nombre de casos que presenten comorbiditat dintre de cada grup; i entre grups, entesa com el nombre de casos que presenten comorbiditat amb els altres dos grups i l'apèndix, respectivament. La Taula 3.2.20 mostra que aquesta última va resultar més elevada que la primera. Així, l'anàlisi intragrups va indicar que el grup ansiós fou el que presentà la freqüència més elevada, sent del 41,6% respecte al total de la mostra. En la resta de grups la comorbiditat en un mateix grup resultava inferior al 23% .

Pel que fa a la comorbiditat entre grups, i si els percentatges es calculaven sobre el total de la mostra, els resultats posaren de relleu que tots els grups tenien unes prevalences per sobre del 55%, sent més alta en el C. Dels 209 subjectes de la mostra total que tenien un o més diagnòstics en el grup A (47,8%), només el 2,9% d'aquests, es a dir 6 subjectes, no van presentar cap tipus de comorbiditat amb els altres grups. El mateix va passar amb els altres grups. Només 7 subjectes (3,2%) del grup B tenien un trastorn exclusivament en aquest; 14,8% (n=49) en el C; i 3,6% (n=9) en l'apèndix (Taula 3.2.20).

*Taula 3.2.20. Prevalença de TP per grup en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ i comorbiditats intragrups i entre grups.*

	Prevalença TP per grups		Comorbiditat intragrups		Comorbiditat entre grups			
	n	%	n	% dintre de cada grup	% sobre total mostra	n	% amb altres grups	% sobre total mostra
<b>Grup A</b>	209	47,8	96	45,9	22	203	97,1	46,4
<b>Grup B</b>	217	49,7	76	35	17,4	210	96,8	48,1
<b>Grup C</b>	331	75,7	182	55	41,6	282	85,2	64,5
<b>Apèndix</b>	250	57,2	84	33,6	19,2	241	96,4	55,1

Respecte els efectes de l'aplicació de l'escala de Significació clínica, aquesta suposa canvis importants sobre els resultats obtinguts en el qüestionari PDQ-4+. Com ja s'indicà en l'apartat 3.1.3 Procediment, la mostra emprada per estudiar aquest punt fou de 235 pacients de la mostra clínica. Les anàlisis fetes han estat les mateixes que amb el qüestionari només. Pel que fa al nombre mitjà de TP diagnosticats, aquest es veia considerablement reduït després de l'administració de l'escala de Significació clínica: es va passar d'una mitjana de 3,29 a 0,62 (PDQ-4: 2,58 a 0,54). També va disminuir el nombre màxim de diagnòstics, reduint-se de 11 en el qüestionari a 4 en la breu entrevista (PDQ-4 també de 4) (Taula 3.2.21).

*Taula 3.2.21. Nombre mitjà de TP diagnosticats per subjecte en funció de les puntuacions en el PDQ-4+abans i després d'aplicar l'escala de Significació clínica.*

	PDQ-4+ (només qüestionari) (n = 235)			PDQ-4+ i escala Significació clínica (n = 235)		
	<i>Mitjana</i>	<i>D.T.</i>	<i>Rang</i>	<i>Mitjana</i>	<i>D.T.</i>	<i>Rang</i>
<b>PDQ-4+</b>	3,29	2,47	0 - 11	0,62	0,92	0 - 4
<b>PDQ-4</b>	2,58	1,95	0 - 9	0,54	0,83	0 - 4

D. T.: Desviació Típica

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

Un 16,6% de subjectes segons el PDQ-4+, i un 61,7% segons l'escala de Significació clínica, no rebien cap diagnòstic de TP. Pel que fa al nombre de diagnòstics, els percentatges es veien invertits: un 68,1% de subjectes fou diagnosticat per dos o més TP amb el qüestionari, i un 18,3% amb l'escala (Taula 3.2.22).

Taula 3.2.22. Prevalença del nombre de TP en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ abans i després d'aplicar l'escala de Significació clínica.

	PDQ-4+ (només qüestionari) (n = 235)		PDQ-4+ i escala Significació clínica (n=235)	
	%	n	%	n
<b>Cap TP</b>	16,6	39	61,7	145
<b>1 TP</b>	15,3	36	20	47
<b>Més 1 TP</b>	68,1	160	18,3	43

Pel que fa a les prevalences dels TP confirmats per l'escala de Significació clínica s'exposen en la Taula 3.2.23. Aquí es fa constar, en primer lloc, el percentatge de cada trastorn diagnosticat només amb el qüestionari, i, en segon lloc, la prevalença d'aquests diagnòstics confirmats després de l'aplicació de l'escala. Els resultats obtinguts posen de manifest un descens considerable en el nombre específic de diagnòstics un cop emprada l'escala. Aquesta reducció va ser més destacable per alguns trastorns, com el TP obsessivocompulsiu, TP depressiu, TP per evitació, TP límit i TP paranoide. Comparat amb la mostra total, la freqüència més alta després de l'entrevista fou en el TP per evitació amb un 16,6% (abans de l'aplicació de l'escala era del 44,7%).

*Taula 3.2.23. Prevalences dels TP per trastorns en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ abans i després d'aplicar l'escala de Significació clínica.*

TP	PDQ-4+ (només qüestionari) (n= 235)		PDQ-4+ i escala Significació clínica (n= 235)		
	n	%	n confirmats per escala	% sobre n anterior	% sobre total mostra
Paranoide	80	34	6	7,5	2,6
Esquizoide	25	10,6	4	16	1,7
Esquizotípic	48	20,4	6	12,5	2,6
Antisocial	11	4,7	3	27,3	1,3
Límit	95	40,4	15	15,8	6,4
Histriònic	32	13,6	2	6,3	0,9
Narcisista	25	10,6	3	12	1,3
Evitació	105	44,7	39	37,1	16,6
Dependència	48	20,4	18	37,5	7,7
Obsessivcompulsiu	137	58,3	30	21,9	12,8
Passivoagressiu	47	20	3	6,4	1,3
Depressiu	120	51,1	17	14,2	7,2

Aquestes dades van permetre estudiar les comorbiditats associades a cada TP. Igual que en la mostra total quan només es va administrar el qüestionari, el diagnòstic únic fou l'excepció més que la norma, sent la prevalença molt alta. No així quan els subjectes també foren avaluats amb l'escala de Significació clínica. Aquesta va reduir de forma significativa els diagnòstics múltiples i, conseqüentment, la comorbiditat. No s'observaren diferències significatives entre les dades tenint o no en compte els de l'apèndix.

La Taula 3.2.24 presenta els resultats obtinguts respecte a les comorbiditats per a cada TP específic. L'aplicació de l'escala de Significació clínica va fer disminuir la comorbiditat en general en tots ells. Malgrat això, la coocurrència encara fou destacable pels TP esquizotípic, TP narcisista i TP passivoagressiu (100%), i també pels TP per

dependència i TP paranoide (amb més del 80%). En la resta fou més baixa que l'obtinguda amb només el qüestionari.

També es va estudiar la comorbiditat intragrups i entre grups abans i després de l'escala de Significació clínica. La Taula 3.2.25 mostra els resultats obtinguts. Novament es va posar de manifest que la comorbiditat en el PDQ-4+ es produïa tant dintre del mateix grup (intragrup) com entre els diferents grups (entre grups), sent aquesta última més destacable. L'escala de Significació clínica reduïa el nombre de diagnòstics i també la seva comorbiditat. Amb aquesta, el grup C fou el que va presentar major comorbiditat intragrups, mentre que el grup A, el que rebia més diagnòstics amb els altres (entre grups).

Les dades sobre fiabilitat i validesa no es descriuen perquè coincideixen amb les de la mostra total, i per tant no aporten cap informació addicional.

*Taula 3.2.24. Prevalença i comorbiditat associada per TP en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ abans i després d'aplicar l'escala de Significació clínica.*

	PDQ-4+ (només qüestionari) (n = 235)			PDQ-4+ i escala Significació clínica (n = 235)		
	Prevalença	Comorbiditat		Prevalença	Comorbiditat	
TP	n	n	%	n <sup>1</sup>	n <sup>2</sup>	% <sup>3</sup>
<b>Paranoide</b>	80	77	96,2	6	5	83,6
<b>Esquizoide</b>	25	24	96	4	1	25
<b>Esquizotípic</b>	48	48	100	6	6	100
<b>Antisocial</b>	11	11	100	3	2	66,7
<b>Límit</b>	95	91	95,8	15	9	60
<b>Histriònic</b>	32	32	100	2	0	0
<b>Narcisista</b>	25	25	100	3	3	100
<b>Evitació</b>	105	102	97,1	39	28	71,8
<b>Dependència</b>	48	47	97,9	18	15	83,3
<b>Obsessivcompulsiu</b>	137	117	85,4	30	17	56,7
<b>Passivoagressiu</b>	47	47	100	3	3	100
<b>Depressiu</b>	120	116	96,7	17	10	58,8

n<sup>1</sup> Nombre de casos confirmats per l'escala de Significació clínica de presència d'algun TP.

n<sup>2</sup> Nombre de casos que presenten comorbiditat confirmats per l'escala de Significació clínica.

%<sup>3</sup> Percentatge de casos confirmats per l'escala de Significació clínica amb comorbiditat calculat sobre la n<sup>2</sup>



*Taula 3.2.25. Prevalença dels TP per grups en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ i comorbiditat intragrups i entre grups associada abans i després d'aplicar l'escala de Significació clínica.*

	PDQ-4+ (només qüestionari) ( n= 235)							
	Prevalença TP		Comorbiditat intragrups			Comorbiditat entre grups		
	n	%	n	% dintre cada grup	% sobre total casos amb escala Significació clínica	n	% amb altres grups	% sobre total casos amb escala Significació clínica
<b>Grup A</b>	107	45,5	37	34,6	15,7	103	96,3	43,8
<b>Grup B</b>	117	49,8	36	30,8	15,3	113	96,6	48,1
<b>Grup C</b>	174	74	92	52,9	39,1	147	84,5	62,5
<b>Apèndix</b>	127	54	40	31,5	17	123	96,8	52,3

	PDQ-4+ i escala de Significació clínica ( n = 235)							
	Prevalença TP		Comorbiditat intragrups			Comorbiditat entre grups		
	n	%	n	% dintre cada grup	% sobre total casos amb escala Significació clínica	n	% amb altres grups	% sobre total casos amb escala Significació clínica
<b>Grup A</b>	15	6,4	1	6,6	0,4	11	73,3	4,6
<b>Grup B</b>	21	8,9	2	9,5	0,9	11	52,4	4,6
<b>Grup C</b>	64	27,2	21	32,8	8,9	20	31,2	8,5
<b>Apèndix</b>	20	8,5	0	0	0	13	65	5,5

### **3.3. DISCUSSIÓ**

#### **3.3.1. FIABILITAT**

L'estudi de les propietats psicomètriques de la versió castellana del PDQ-4+ en mostra clínica ens indica, amb excepció de l'escala Obsessivocompulsiu, una consistència interna satisfactòria per a cadascuna de les escales, tenint en compte el nombre d'ítems que les formen.

Un dels factors fonamentals en la consistència interna d'una escala és el nombre d'ítems: a major nombre d'ítems, més elevada tendirà a ser l'Alfa de Cronbach. El PDQ-4+ valora cada criteri diagnòstic amb només una pregunta, la qual cosa fa que el nombre d'ítems sigui reduït. Alguns autors (Gutiérrez i cols., 2001) consideren que a partir de 20 o més preguntes les consistències internes tendeixen a ser bones. En el nostre cas, el nombre d'ítems de cada escala és inferior a 10, fet que explicaria que els valors Alfa obtinguts siguin moderats però en general acceptables. En canvi, en versions anteriors de l'instrument, PDQ i PDQ-R, són bons degut probablement a que el nombre d'ítems és major (Dowson i Berrios, 1991; Hyler i cols., 1988).

Per altra banda, l'escala Obsessivocompulsiu del PDQ-4+ resulta l'excepció. Alguns autors han suggerit que, a més del nombre reduït de criteris operacionals que la configuren, s'ha d'afegir que es tracta de l'escala amb major heterogeneïtat de criteris del DSM-IV (McGlashan i cols., 2005), i fins i tot hi ha qui afirma que amb menor relació factorial amb la resta de trastorns del seu grup (Kass i cols., 1985; Skodol i cols., 2005). Aquestes dades, en canvi, resulten contràries a les que informen altres treballs, els quals suggereixen una dimensió comú latent en els trastorns de la personalitat del grup C, defensant així una estructura factorial correcta (Fossati i cols., 2006).

Pel que fa als grups i el total del qüestionari, els coeficients Alfa resulten clarament millors que els de cada escala específica.

Els nostres resultats són pràcticament idèntics als obtinguts en els treballs publicats amb el mateix instrument amb mostres clíniques de diferents països, com el de Fossati i cols. (1998), Wilberg, Dammen i Friis (2000) i Yang i cols. (2000), però també amb mostres penitenciàries, com el de Birtchnell i Shine (2000). Coincidim amb tots ells en la mitjana de coeficients Alfa de totes les escales (0,62), en les escales que obtenen la consistència interna més alta (especialment per Evitació, que resulta igual o superior a 0,70 en els diversos treballs), i la més baixa (Obsessivocompulsiu). També coincidim amb altres estudis amb mostres clíniques que no utilitzen el PDQ-4, els quals mostren que per Evitació és l'escala amb major consistència interna del DSM-IV, i que Obsessivocompulsiu és la que obté la consistència més baixa (McGlashan i cols., 2005). A tot això cal afegir-hi que, en el nostre estudi, l'anàlisi de la correlació de cada ítem amb el total de l'escala indica que no hi ha cap ítem la supressió del qual faci millorar substancialment la consistència de l'escala.

Pel que fa a la mitjana de correlacions interítems, les escales amb mitjanes més altes (per Evitació, per Dependència, Paranoide i Depressiu) són les mateixes que les que obtenen els coeficients Alfa més elevats. El mateix passa amb la mitjana més baixa (escala Obsessivocompulsiu) que es correspon amb el valor Alfa més baix.

En canvi, com era d'esperar, no es produeix aquesta correspondència en els grups i en la puntuació total del PDQ-4+. Les mitjanes són inferiors ja que en estar formats per criteris de diversos trastorns, augmenta l'heterogeneïtat i, per tant, les correlacions interítems són més baixes. La manca de treballs publicats amb el PDQ-4+ que utilitzin aquest procediment impedeix comparar els resultats obtinguts.

### 3.3.2. *VALIDESA*

En referència a la comparació per gènere, segons les nostres hipòtesis, esperàvem obtenir puntuacions més altes en les escales Límit, Histriònic i per Dependència en dones; i en Paranoide, Esquizoide, Antisocial, Narcisista i Obsessivocompulsiu en homes. Els nostres resultats només les confirmen parcialment. Trobem majors puntuacions en dones en les escales Histriònic i Depressiu, però en canvi, no en trobem en Límit i en per Dependència; aquestes, tot i sent superiors, no són significatives. En canvi, l'escala per Evitació, que no s'havia hipotetitzat, i Obsessivocompulsiu, que s'esperava que presentés puntuacions més altes en els homes, han resultat significativament més altes en les dones. Per altra banda, només l'escala Antisocial és més elevada en els homes.

No hem trobat estudis que hagin fet comparacions per gènere de puntuacions dimensionals de cada TP ni amb aquest instrument ni en altres de relacionats, per la qual cosa no es possible fer comparacions. Únicament podem fer-ho amb l'estudi de Zimmerman i Coryell (1990b). Aquests, a partir de l'anàlisi de les puntuacions dimensionals seguint els criteris del DSM-III-R, obtingueren puntuacions significativament més altes en les escales Histriònic i per Evitació en les dones, i en l'escala Antisocial en els homes.

La forma més freqüent de plantejar la comparació segons el gènere ha consistit en estudiar les prevalences de TP. En el nostre cas, el criteri emprat ha estat considerar presència de trastorn quan la puntuació en l'escala era igual o superior al nombre de criteris clínics necessaris per a fer un diagnòstic. Els resultats d'aquestes anàlisis només confirmen les nostres hipòtesis en el gènere femení per al TP histriònic, i coincideixen amb l'anàlisi anterior en aquest mateix trastorn i amb el depressiu. Un altre resultat no esperat, però coincident amb els resultats anteriors, és que la prevalença de TP per evitació és significativament superior en dones. En els homes, els nostres resultats no confirmen les hipòtesis, doncs cap TP és significativament més prevalent.

Els mètodes d'avaluació emprats podrien explicar les diferències observades en les prevalences segons el gènere (Coid i cols., 2006; Reich, Yates i Nduaguba, 1989). Com assenyala Torgersen (2005), tot i que el DSM-IV suggereix que hi ha uns trastorns de la personalitat més comuns en els homes i uns altres en les dones, diversos estudis, tot i fonamentar-se en el mateix sistema diagnòstic, mostren algunes diferències respecte a quins són aquests (Zimmerman i Coryell, 1989, 1990a). Centrant-nos en estudis amb mostres clíniques, no hem trobat dades sobre anàlisis similars emprant el PDQ-4+. En els pocs treballs fets amb versions anteriors del PDQ en mostres clíniques, els resultats coincideixen en trobar una major prevalença de TP en general en els homes (Fava i cols., 1996; Golomb i cols., 1995a; Reich, 1987b). Pel que fa als trastorns específics, Golomb i cols. (1995a) troben els TP narcisista, antisocial i obsessivocompulsiu més prevalents en els homes, mentre que en les dones no en troben cap de més prevalent.

Pel que fa a altres mesures d'autoinforme, com el MCMI-II (Millon, 1998), el seu manual mostra algunes coincidències amb els nostres resultats (TP histriònic més prevalent en dones i TP antisocial en homes), però també divergències (per exemple, TP per dependència més prevalent en dones i TP esquizoide en homes).

Usant entrevistes, el treball de Golomb i cols. (1995a) va mostrar coincidències entre la SCID-II i el PDQ-R, en trobar els TP narcisista i obsessivocompulsiu com els més prevalents entre els homes i en no trobar-ne cap de més prevalent en les dones. Aquests resultats van ser confirmats posteriorment per Torgersen (2005). En canvi, per Adler, Drake i Teague (1990), seguint criteris del DSM-III, només el TP narcisista mostraria la prevalença més elevada en els homes, mentre que en les dones seria el TP histriònic. Aquestes dades contrasten amb altres treballs que, amb aquella mateixa entrevista o amb d'altres, obtenen prevalences més altes en les dones, i més en concret dels TP histriònic (Hamburger, Lilienfeld i Hogben, 1996), per dependència i per evitació (Reich, 1987b; Rienzi i Scrams, 1991; Zimmerman i Coryell, 1990).

Tot i que no s'havia formulat cap hipòtesi al respecte, també s'han analitzat les puntuacions dimensionals i les prevalences en general (al menys un trastorn), així com la distribució total de les puntuacions del PDQ-4+ (igual o superior a 30). Pel que fa a la puntuació dimensional total, les nostres dades han mostrat que aquesta resulta significativament més elevada en les dones que en els homes només en el PDQ-4+ (no en el PDQ-4). Quan es considera la prevalença total i la distribució de les puntuacions, les nostres dades no resulten significatives, semblantment a alguns estudis en mostres no clíniques amb entrevistes (Jackson i Burgess, 2000; Torgersen, Kringlen i Cramer, 2001). Altres estudis sobre prevalences en mostres clíniques i no clíniques, però, si que les han trobat: Maier i cols. (1992), amb la SCID-II, observaren major prevalença en dones de la comunitat; en canvi, Fossati i cols. (2000), amb la SCID-II, i Coid i cols. (2006), en mostres clíniques, i Samuels, Eaton, Bienvenu, Brown, Costa i Nestadt (2002), amb la IPDE, en una mostra d'estudiants, la trobaren en homes.

*A modus* de resum, sembla que els diversos estudis mostren certes discrepàncies en quant les prevalences per gènere, ja sigui trastorn a trastorn com en general (Morey, Alexander i Bogs, 2005). Malgrat això, s'observen algunes tendències clares independentment del mètode d'avaluació emprat: el TP histriònic sembla més prevalent en dones i el TP antisocial en homes (Funtowicz i Widiger, 1995; Hamburger, Lilienfeld i Hogben, 1996). Les nostres dades també mostren que no és el mateix comparar mitjanes que prevalences, ja que els resultats només són parcialment coincidents. El mètode d'avaluació no sembla ser la variable fonamental per explicar les diferències entre estudis (Lindsay, Sankis i Widiger, 2000; Widiger i Spitzer, 1991). Coincidim amb Golomb i cols. (1995a) en què les característiques de la mostra podrien ser una de les fonts de variabilitat més important per explicar les discrepàncies entre estudis. Finalment, els nostres resultats i la bibliografia consultada només confirmen algunes de les prevalences per gènere descrites en el DSM-IV.

Pel que fa a la relació entre puntuacions dimensionals i prevalences de trastorns amb edat, el nostre estudi l'ha analitzat seguint una metodologia de tipus transversal. Segons les nostres hipòtesis i seguint el DSM-IV, esperàvem que les puntuacions i les

prevalences en algunes escales, i més concretament Antisocial, Límit i per Evitació, tendirien a reduir-se amb l'edat (APA, 1994).

Els nostres resultats amb puntuacions dimensionals només coincideixen amb el DSM-IV i amb treballs, com el de Quigley, Sherman i Sherman (1997), pel que fa a l'escala Antisocial. En el nostre cas, les puntuacions semblen disminuir especialment a partir dels 50 anys en aquesta escala. Les mitjanes de la resta d'escales no mostren diferències en funció de l'edat.

L'absència de treballs publicats amb el PDQ-4+ i les seves versions anteriors on s'analitzi aquesta relació fa impossible la comparació d'aquests resultats. Però podem fer-ho amb l'estudi de Engels, Duijsens, Haringsma i van Putten (2003), els quals l'estudien a partir d'un qüestionari, el VKP, i dels criteris DSM-III-R i ICD-10. Contràriament als nostres resultats i als dels estudis citats, aquests autors obtenen una relació entre puntuacions i edat diferent en una mostra clínica que en una mostra no clínica, sent més significativa en la segona: en la mostra no clínica, a més edat, majors puntuacions en les escales Esquizoide i Obsessivcompulsiu; en la mostra clínica, només hi ha relació amb Esquizoide. Segons aquests autors, les puntuacions en les escales Esquizoide, Obsessivcompulsiu i Paranoide tendeixen a empitjorar amb l'edat.

També s'ha plantejat l'anàlisi de les diferències segons l'edat a partir de l'estudi de les prevalences de TP, considerant la presència de trastorn segons els criteris ja esmentats anteriorment en gènere. Els resultats no coincideixen amb el que s'esperava ni tampoc amb les nostres anàlisis amb puntuacions dimensionals. L'únic trastorn de la personalitat que presenta una disminució amb l'edat és el paranoide. Les prevalences dels altres trastorns no disminueixen en funció de l'edat.

No hem trobat estudis que realitzin aquestes anàlisis en mostres clíniques amb el PDQ-4+. Els pocs treballs publicats amb versions anteriors d'aquest qüestionari (Golomb i cols., 1995b; Reich, Nduaguba i Yates, 1988) obtenen resultats diferents als nostres. Aquests assenyalen que hi ha una tendència a relacionar edat més jove amb

major presència de trastorn (Reich, Nduaguba i Yates, 1988), amb l'excepció del TP per evitació (Golomb i cols., 1995b). Pel que fa a altres estudis que han usat altres qüestionaris, com el MMPI-PD i el MCMI (Kenan, Kendjelic, Molinari, Williams, Norris i Kunik, 2000), o entrevistes, com la SCID-II (Maier i cols., 1992) o la SIDP (Zimmerman i Coryell, 1989), es confirma la tendència de les prevalences a disminuir amb l'edat, però amb certes diferències respecte als nostres resultats. Per Kenan i cols. (2000), el TP límit sí que disminueix de forma significativa, mentre que el TP narcisista augmenta; en canvi, per Maier i cols. (1992), el TP obsessivocompulsiu no redueix la seva prevalença amb els anys.

Quan en el nostre estudi s'han considerat les puntuacions totals de mitjanes i prevalences en el PDQ-4+ per a qualsevol trastorn en general, no hem observat cap relació significativa amb l'edat. Únicament sembla observar-se una tendència a la disminució, com han assenyalat altres treballs anteriorment citats.

En resum, podem dir que pel que fa als estudis transversals revisats, el nostre estudi coincideix amb ells en la disminució de puntuacions i prevalences amb l'edat, però no coincideix amb la literatura publicada en els trastorns específics que presenten aquesta disminució. A més, tant els nostres resultats com els d'altres estudis no coincideixen amb les propostes del DSM sobre prevalença i edat. Sembla que, igual que en l'estudi del gènere, les diferències trobades entre els diversos treballs són degudes a les característiques de la mostra estudiada i a l'instrument de mesura emprat (Kenan i cols., 2000).

Tots aquests resultats fan pensar en la necessitat de dur a terme treballs longitudinals que permetin estudiar la relació entre edat i patologia de la personalitat. Tot i que fins ara han estat escassos (Lilienfeld, 2005), recentment s'ha produït un increment. Uns basats en mostres clíniques (Skodol i cols., 2005; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich i Silk, 2005); d'altres, en mostres no clíniques (Cohen, Crawford, Johnson i Kasen, 2005), tots ells coincideixen en concloure que la patologia de la personalitat tendeix, en general, a declinar amb el temps, amb uns percentatges de



remissió que oscil·len entre un 35% (Zanarini i cols., 2005) i un 50% (Skodol i cols., 2005). Aquests treballs consideren que el factor “maduració” de l’edat pot influir en la disminució dels trets de personalitat desadaptatius. Qüestionen així una de les característiques centrals dels trastorns de la personalitat, la cronicitat o l’estabilitat en el temps, i conseqüentment, també dubten de la validesa del sistema de classificació de l’eix II. Ara bé, com assenyalen alguns autors (Livesley, 2005; Paris, 2005), cal ser prudents en la interpretació d’aquests resultats. Les remissions de les que parlen aquests treballs poden estar referint-se més a símptomes reversibles que, juntament amb els trets de personalitat, configuren els trastorns de la personalitat. Encara que sembla que els estudis longitudinals permeten analitzar la personalitat i la seva patologia en major profunditat (Torrubia, Caseras i Gutiérrez, 2005), lluny de variables situacionals o d’estat, els escassos resultats dels que disposem fins ara no són del tot generalitzables.

En referència a l’estructura interna del PDQ-4+, en el nostre estudi s’ha analitzat mitjançant anàlisi factorial exploratòria, amb el mètode de Components Principals, i una anàlisi factorial confirmatòria. Els resultats obtinguts no confirmen l’agrupació dels trastorns de la personalitat de l’eix II, i per tant, planteja el dubte sobre la seva validesa. El DSM-IV i els seus antecessors no han estat desenvolupats seguint criteris factorials. En el mateix Manual es fan consideracions sobre aquesta limitació (APA, 1994).

El nostre treball realitza una anàlisi factorial exploratòria a partir dels 10 TP específics del DSM-IV amb una rotació Varimax amb Kaiser. Coincidim amb el Manual en el nombre de factors que s’extreuen, tres; però no passa exactament el mateix respecte a la configuració d’aquests. Els nostres factors repliquen parcialment els grups, però les diferències trobades indiquen que les escales del PDQ-4+ no s’agrupen seguint exactament el sistema establert en l’eix II del DSM.

No hem trobat cap treball amb el PDQ-4+ on s’analitzi la seva estructura factorial seguint la mateixa rotació. L’únic estudi publicat que fa una anàlisi factorial exploratòria és el de Yang i cols. (2000), però no podem fer cap comparació degut a que ells utilitzen un altre tipus de rotació (ortogonal Procrustes).

Els treballs que han intentat identificar l'estructura interna de versions anteriors del PDQ són escassos, i els seus resultats poc consistents (Dowson i Berrios, 1991; Hyler i cols., 1990; O'Boyle, 1995; Yager i cols., 1989). Uns utilitzen una rotació ortogonal Varimax (Hyler i cols., 1990; O'Boyle, 1995; Yager i cols., 1989); d'altres, obliqua Oblimin (Dowson i Berrios, 1991). La majoria d'ells han obtingut el mateix nombre de factors que els de l'eix II (Dowson i Berrios, 1991; O'Boyle, 1995; Yager i cols., 1989), però, tot i que es poden considerar propers al model del DSM, en cap cas els han reproduït exactament.

Resultats semblants trobem en d'altres estudis que han analitzat l'estructura factorial de l'eix II del DSM a partir d'altres procediments d'avaluació (Fossati i cols., 2000, 2006; Kass i cols., 1985; Nestadt, Romanoski, Samuels, Folstein i McHugh, 1995; Nestadt i cols., 2006; Zimmerman i Coryell, 1999), i per tant, no ajuden a aclarir aquest tema. Uns obtenen tres factors, i, tot i aproximar-se a l'estructura dels grups del DSM, no tenen la mateixa configuració (Fossati i cols., 2000; Zimmerman i Coryell, 1999b). Altres estudis, en canvi, n'identifiquen un nombre diferent: quatre (Kass i cols., 1985; Fossati i cols., 2006), i fins i tot cinc (Nestadt i cols., 1992, 2006). En tots aquests, les solucions factorials obtingudes no es corresponen exactament i totalment als tres grups proposats en el sistema de classificació diagnòstica (Fossati i cols., 2000, 2006; Nestadt i cols., 2006).

L'anàlisi factorial confirmatòria ha permès replicar els resultats anteriors. El nostre treball només es pot comparar amb l'estudi de Yang i cols. (2002), l'únic publicat amb alguna de les versions del PDQ, concretament, el PDQ-4+. Per aquests autors, el model estudiat que s'apropa una mica al DSM-IV és el model correlacionat. En canvi, per nosaltres, cap model (correlacionat o no correlacionat) mostra un bon ajust i, per tant, no serveix per descriure la relació existent entre les dades.

Dels treballs revisats amb altres procediments, només n'hem trobat un que també analitza l'estructura factorial del DSM-IV a partir de l'IPDE (Nestadt i cols.,

2006). Tot i les diferències existents entre els dos estudis, coincidim amb Nestadt i cols. (2006) amb l'obtenció d'uns índexs amb un escàs ajust. Aquests demostren, un cop més, que la validesa estructural dels trastorns de la personalitat del DSM-IV resulta qüestionable (Blais, Benedict i Norman, 1998; Morey, 1988; Widiger, 2005).

Tots aquests resultats semblen apuntar que el PDQ-4+ és un instrument amb una estructura interna poc consistent i que això sembla més atribuïble al model en què es fonamenta (DSM-IV) que al propi qüestionari. Tot i que la inclusió dels TP en l'eix II ha suposat un pas crucial en el desenvolupament de Manuals de diagnòstic més útils clínicament i empíricament (Westen i Shedler, 2000), cada vegada hi ha un major consens entre investigadors en què aquesta taxonomia no és suficientment vàlida. Conseqüentment, els instruments de mesura basats en ella reproduïxen aquesta situació, amb les limitacions que això suposa per a la seva validesa (Perry, 1992; Widiger, 2003; Widiger i Axelrod, 1995; Widiger i Costa, 1994; Zimmerman, 1994).

En relació a la validesa concurrent, el seu estudi a partir de la concordança del PDQ-4+ amb un instrument com el TCI podria ser especialment discutible però justificable. La manca de criteris *gold standard* en avaluació de la personalitat permet que es pugui acceptar com una forma aproximada per aquest tipus d'anàlisi. A més, alguns autors consideren que el TCI, tot i ser un instrument dimensional, ha mostrat concordança diagnòstica amb als TP del DSM (Svrakic i cols., 1993; Torrubia, Caseras i Gutiérrez, 2005).

Un cop aclarit això, podem assenyalar que els nostres resultats indiquen una bona validesa concurrent entre el PDQ-4+ i el TCI com a instruments per al cribatge de trastorns de la personalitat. Es confirmen les correlacions negatives i significatives hipotetitzades entre les dues dimensions caracterials Autodirecció i Cooperació del TCI i la puntuació total, les dels grups i les de cada escala del PDQ-4+. Coincidim amb Svrakic i cols. (2002) en què puntuacions altes en Autodirecció i Cooperació poden considerar-se indicadors d'absència de problemes de la personalitat, mentre que puntuacions baixes ho serien de possible patologia.

Pel que fa a l'escala Autotrascendència, els resultats confirmen parcialment les nostres hipòtesis (Svrakic i cols., 2002), atès que, tal com havíem proposat, les correlacions obtingudes amb la puntuació total del PDQ-4+ i amb els TP paranoide, esquizotípic, límit, histriònic i narcisista del PDQ-4+ són de signe positiu i significatives. En canvi, no coincideixen en el fet que també ho són amb TP antisocial i en què amb la resta d'escala no resulten significatives. Tots aquests resultats pel que fa Autotrascendència, junt amb els de Svrakic i cols. (2002), resulten contraris als presentats per Cloninger (2000) i Cloninger, Svrakic i Przybeck (1993), els quals plantegen que aquesta dimensió hauria de ser negativa amb els TP.

Pel que fa als grups, els nostres resultats confirmen les hipòtesis i coincideixen amb aquests autors en trobar relació positiva significativa amb el grup B, i positiva no significativa amb el C. En canvi, les hipòtesis no es confirmen per el grup A, ja que en el nostre estudi s'obté una correlació positiva i significativa. Per Svrakic i cols. (2002) aquesta relació fou negativa i no significativa.

Podem concloure que el PDQ-4+ (autoinforme basat en diagnòstics) mostra una bona validesa concurrent amb el TCI (autoinforme basat en trets), ja que tots dos instruments detecten de forma semblant possibles casos de trastorn de la personalitat en mostres clíniques. Els resultats ens permeten afirmar que aquestes dues mesures, malgrat les seves diferències, presenten una bona complementaritat i força concordança diagnòstica (Livesley i Jang, 2000; Widiger i Simonsen, 2005a).

Pel que fa a la validesa convergent i discriminant, una de les nostres hipòtesis va ser que s'haurien de trobar correlacions més elevades entre les escales d'un mateix grup que entre escales de diferents grups. Els nostres resultats no ho confirmen totalment, ja que encara que les correlacions intragrupos siguin elevades, també ho són igualment entre grups. Així, tot i que l'alta correlació intragrupos ens informa d'una validesa convergent adequada del PDQ-4+, l'elevada correlació entre escales de diferents grups aniria en contra de la validesa discriminant.

Aquests resultats poden comparar-se amb el treball dut a terme per Fossati i cols. (2000), amb la SCID-II. Coincidim amb ells en trobar coocurrències de trastorns que teòricament serien poc probables. Això fa pensar novament en un problema de validesa del model de classificació dels TP del DSM (Oldham i cols., 1992).

En referència a l'estudi de la validesa convergent i discriminat a partir de les correlacions entre el PDQ-4+ i el TCI i l'EPQ-R, les hipòtesis que havíem formulat respecte a les relacions de les escales temperamentals del TCI amb les escales del grup A del PDQ-4+ queden clarament confirmades en obtenir-se correlacions significatives negatives d'aquestes escales amb Dependència de la recompensa, positives amb Evitació del dany, i absència de correlacions amb les altres dues dimensions temperamentals. Aquestes relacions s'observen tant a nivell de cada escala com a nivell de tot el grup, coincidint així amb l'estudi de Svrakic i cols. (2002).

Pel que fa a les correlacions del grup A amb l'EPQ-R, els nostres resultats confirmen les hipòtesis sobre les correlacions positives i significatives amb Neuroticisme per als trastorns de la personalitat paranoide i esquizotípic, però no per l'esquizoide. Pel que fa a les hipòtesis plantejades per a Psicoticisme i Extraversió, els resultats van en la direcció esperada (correlacions positives moderades amb Psicoticisme i ortogonalitat amb Extraversió) (Mulder i Joyce, 1997). Per tant, sembla que els nostres resultats obtinguts en l'EPQ-R permeten diferenciar el grup A dels altres grups en relació al PDQ-4+.

En línies generals, totes aquestes dades ens confirmen una bona validesa convergent i discriminant de la puntuació de grup A del PDQ-4+ i de les seves escales amb el TCI i l'EPQ-R.

Pel que fa al grup B, les hipòtesis apuntaven relacions positives amb Percaça de novetat i Evitació del dany del TCI, i amb Neuroticisme, Extraversió i Psicoticisme de l'EPQ-R. Respecte a les escales del TCI, els nostres resultats confirmen la relació

esperada per a Percaça de novetat a nivell de grup i d'escala; en canvi, per a Evitació del dany només es dona a nivell de grup (amb l'excepció de l'escala Límit amb el que obté correlacions positives). A més, contràriament a l'esperat (Svrakic i cols., 2002), el TP antisocial presenta ortogonalitat amb Evitació del dany, i relacions negatives i significatives amb Dependència de la recompensa i Persistència. Tot i que això no coincideix amb Svrakic i cols. (2002), aquests resultats són esperables tractant-se d'aquest trastorn, el qual es caracteritza per una manca de Dependència de la recompensa i per absència de Persistència.

Quant a les correlacions del grup B amb les escales de l'EPQ-R, només es compleixen parcialment les hipòtesis per l'escala Límit (correlacions amb Neuroticisme i Psicoticisme) i l'Antisocial (correlacions amb Psicoticisme). Les escales Narcisista i Histriònic no presenten cap correlació amb l'EPQ-R.

Si considerem la puntuació total del grup B del PDQ-4+, podríem afirmar que tant la validesa convergent com la discriminat amb el TCI serien adequades. En canvi, si ens fixem en les seves escales, només observem una bona validesa convergent amb Percaça de novetat, però no amb Evitació del dany. A més, pel que fa a la validesa discriminat, l'escala Antisocial mostra resultats no esperats en presentar ortogonalitat amb Evitació del dany. Això ens fa pensar que la Percaça de novetat pot ser un element comú a tots els trastorns d'aquest grup, mentre que Evitació del dany només està relacionat amb un d'ells. Pel que fa a l'EPQ-R, els resultats del nostre estudi indiquen que les escales del grup B del PDQ-4+ mostren una validesa convergent i discriminant força limitades.

Quant al grup C, les nostres hipòtesis apuntaven que les seves escales haurien de correlacionar positivament amb Evitació del dany del TCI, i amb Neuroticisme de l'EPQ-R i negativament amb Extraversió. Pel que fa al TCI, i coincidint amb els resultats de Svrakic i cols. (2002), les hipòtesis queden confirmades, tant a nivell de grup com d'escala (bona validesa convergent). Per altra banda, no s'observen relacions importants amb les altres escales (bona validesa discriminant). També volem fer notar la

relació positiva entre Persistència del TCI i l'escala Obsessivocompulsiu del PDQ-4+, malgrat no haver estat hipotesitzada, i la relació negativa significativa entre Percepció de novetat i puntuació total en grup C i per Evitació.

Les relacions hipotesitzades amb les escales de l'EPQ-R es confirmen en per Evitació i per Dependència, tot i que només són significatives amb la primera. Coincidim amb Mulder i Joyce (1997) en aquests resultats, i també en no trobar cap relació entre l'escala Obsessivocompulsiu i les escales de l'EPQ-R. La validesa convergent i discriminant amb l'EPQ-R, per tant, no queda tan clarament demostrada com amb el TCI.

La manca d'estudis publicats amb aquests tres instruments d'avaluació en mostres clíniques ens porta a revisar treballs amb versions anteriors d'alguns d'aquests instruments, com és el treball de O'Boyle (1995) amb el PDQ-R i l'EPQ. Per ell, totes les escales correlacionen positivament amb Neuroticisme, amb l'excepció d'Esquizoide i Antisocial. Les associacions més importants amb Psicoticisme es donen en les escales Antisocial, Límit, Narcisista i Passivoagressiu, coincidint les dues primeres amb nosaltres. Tant O'Boyle (1995) com nosaltres, obtenim una manca de correlació o correlació negativa entre Extraversió i les escales del PDQ-R, sent més destacable amb per Evitació. Aquest treball, tot i tractar-se de versions anteriors dels dos qüestionaris, dóna suport a la idea que algunes dimensions de personalitat d'Eysenck poden relacionar-se amb diferents trastorns de la personalitat.

Tots els nostres resultats obtinguts es podrien situar en el que Widiger i Simonsen (2005) han anomenat dimensions o dominis d'ordre superior comuns a la majoria de models teòrics dimensionals. Així, la relació entre una puntuació elevada en el PDQ-4+ i Evitació del dany del TCI i Neuroticisme de l'EPQ-R semblaria definir la dimensió anomenada inestabilitat emocional *versus* estabilitat emocional, afectivitat negativa o neuroticisme, la qual inclou trets com els sentiments d'ansietat, depressió, ràbia, tristor, labilitat, inseguretat, vulnerabilitat. Per tant, semblaria que els trastorns de la personalitat en general es podrien situar en aquesta dimensió d'ansietat i d'inhibició.

Pel que fa a la relació entre puntuacions altes en PDQ-4+ i en Psicoticisme de l'EPQ-R, se situaria en una dimensió de relacions interpersonals hostils i de desinhibició.

Seguint aquestes dimensions de Widiger i Simonsen, pel que fa als grups, trobaríem que la relació entre puntuació alta en el grup A del PDQ-4+, Dependència de la recompensa negativa del TCI i Neuroticisme alt en l'EPQ-R se situaria en dos dimensions, que la caracteritzarien per la introversió i la inhibició, l'aïllament social, la timidesa; l'hostilitat, la suspicàcia i la desconfiança, el rebuig; així com la inestabilitat emocional. Per altra banda, la puntuació elevada en Percaça de novetat en el grup B se situaria en la dimensió consciència *versus* impulsivitat, indicant la tendència a la impulsivitat i la irresponsabilitat, bàsicament. Finalment el grup C, ho faria principalment en el domini de la inestabilitat emocional, i l'escala per Evitació, a més, en la introversió i la inestabilitat emocional (baixa Extraversió i alt Neuroticisme).

Per tant, els nostres resultats ens permeten confirmar de forma general una validesa convergent i discriminant moderada del PDQ-4+ amb el TCI i una validesa convergent i discriminat més limitada amb l'EPQ-R, que es concreta de la següent manera:

a) Els subjectes amb puntuacions elevades en les escales del grup A presenten uns perfils de personalitat en el TCI i l'EPQ-R que els situen en les dimensions d'ansietat, introversió, duresa, agressió/hostilitat i independència vers els altres (baixes puntuacions en Dependència de la recompensa, i altes en Evitació del dany, Neuroticisme i Psicoticisme).

b) Els que mostren altes puntuacions en les escales del grup B no presenten un patró tan homogeni de relacions amb aquests qüestionaris. Només Percaça de novetat és elevada en tots els alts puntuadors en aquest grup. En canvi hi ha altres dimensions de personalitat que els diferencien. Concretament, el TP límit és alt puntuador en Evitació del dany, Neuroticisme i Psicoticisme; el TP antisocial només presenta puntuacions



elevades en Psicoticisme; i els TP narcisista i histriònic tenen poca variança comuna amb la resta d'escala del TCI i de l'EPQ-R.

c) Els alts puntuadors en les escales del grup C presenten uns perfils de personalitat força homogenis en els altres dos qüestionaris, que els situen en les dimensions d'instabilitat emocional i/o inhibició conductual i ansietat (en totes les escales puntuacions elevades en Evitació del dany del TCI i moderades amb Neuroticisme de l'EPQ-R; i en el TP per evitació, significativament alta en Neuroticisme i baixa en Extraversió).

En referència a l'ús conjunt del qüestionari i de l'escala de Significació clínica, el PDQ-4+, com altres instruments d'autoinforme, tendeix a generar una prevalença elevada de trastorns de la personalitat. L'escala de Significació clínica, que és la nova aportació d'aquesta versió, hauria de disminuir el nombre de diagnòstics produïts pel qüestionari (Fossati i cols., 2000; Westen, 1997; Zimmerman, Rothschild i Chelminski, 2005). A causa de l'absència de criteris de referència o "patró or" (*gold standard*) en la mesura dels trastorns de la personalitat (Dammen i cols., 2000; Klonsky, Oltmanns i Turkheimer, 2002; Perry, 1992; Torrubia, Caseras i Gutiérrez, 2005), en moltes ocasions s'han considerat els diagnòstics de les entrevistes com un referent i s'han utilitzat per a comparar-los amb els diagnòstics obtinguts amb altres instruments de mesura, especialment els dels autoinformes. Però com assenyalen Torrubia, Caseras i Gutiérrez (2005), aquesta tendència no està justificada, doncs els nivells de concordança tant entre entrevistes, com entre entrevistes i autoinformes són baixos en general (Klonsky, Oltmanns i Turkheimer, 2002; Perry, 1992). Davant d'aquesta manca de criteris de referència i de concordança diagnòstica, el nostre estudi fa alguna referència a estudis amb entrevistes semiestructurades, per tal de poder comparar de forma aproximada els resultats obtinguts en l'escala de Significació clínica.

Els nostres resultats confirmen les nostres hipòtesis tal i com es descriu a continuació. Amb l'aplicació només del qüestionari PDQ-4+, s'obtenen unes

prevalences i un nombre mitjà de TP elevades. En canvi, tal com s'havia hipotetitzat, la breu entrevista sembla complir la seva funció, de manera que, tant el nombre mitjà de TP diagnosticats per participant com les prevalences es veuen reduïts, i són més propers als establerts en alguns treballs epidemiològics (Zimmerman, Rothschild i Chelminski, 2005).

Pel que fa al nombre de diagnòstics per subjecte en el PDQ-4+, el nostre resultat (3,57) és inferior a l'obtingut per Fossati i cols. (1998) i Wilberg, Dammen i Friis (2000), en mostres semblants; i per Birtchnell i Shine (2000) en una mostra penitenciària (4,27, 4,00 i 4,02 respectivament). La nostra mitjana es veu considerablement reduïda quan s'administra l'escala de Significació clínica, passant de 3,29 a 0,62 (PDQ-4 de 2,58 a 0,54). En cap treball revisat trobem dades amb l'ús d'aquesta breu entrevista. Si ho comparem amb la SCID-II, que Fossati i cols. (1998) han utilitzat com a criteri extern del PDQ-4+, o amb la DIPD-IV, que utilitza Skodol i cols. (2005) en un recent treball, obtenen unes mitjanes de 1,09 i de 1,4 per subjecte, respectivament, mentre que la nostra xifra resulta encara més baixa. Aquesta dada confirmaria que la tendència assenyalada dels autoinformes i del PDQ-4+ en concret, a sobrediagnosticar quedaria contrarestada per l'escala de Significació clínica.

Respecte a la prevalença general obtinguda en el nostre estudi amb el PDQ-4+ sense aplicar l'escala de Significació Clínica, aquesta resulta elevada, però coincideix amb altres treballs publicats fins ara amb aquest instrument. La nostra prevalença general de TP és del 84,7% (PDQ-4 82,6%), resultant fins i tot lleugerament inferior a l'obtinguda en altres treballs amb el mateix qüestionari. A tall d'exemple, Black i Moyer (1998) obtenen un 87% (PDQ-4); mentre que Wilberg, Dammen i Friis (2000) i de Fossati i cols. (1998), un 91% i un 90,3%, respectivament.

En el nostre estudi, de nou l'aplicació de l'escala de Significació clínica suposa una disminució considerable de la prevalença obtinguda en el qüestionari, passant del

84,7% al 38,3% (PDQ-4 82,6% al 35,3%). Es confirma de nou la finalitat d'aquesta escala, i els seus resultats s'apropen o són, fins i tot, inferiors als obtinguts en alguns treballs publicats amb entrevistes semiestructurades i amb entrevistes clíniques (Berman i cols., 1992; Fossati i cols., 2000; Hyler i cols., 1992; Kay i cols., 1999; Oldham i Skodol, 1991; Zimmerman, Rothschild i Chelminski, 2005). L'absència total de treballs previs amb el format complet del PDQ-4+ impossibilita la comparació de resultats.

En quant a les prevalences dels TP específics, en el nostre estudi resulten similars i fins i tot idèntiques a les obtingudes en els quatre treballs publicats amb PDQ-4 amb mostres clíniques. En el nostre cas, els més diagnosticats són el TP obsessivocompulsiu i el TP per evitació del grup C (més del 50%), coincidint amb Black i Moyer (1998), Fossati i cols. (1998) i Yang i cols. (2000). Aquests últims autors (Yang i cols., 2000) són els que presenten el percentatge més alt de trastorn de la personalitat obsessivocompulsiu de tots els estudis publicats (68,7% de diagnòstics). Dels dos TP de l'apèndix, el més freqüent és el TP depressiu, sent més destacable en els treballs de Fossati i cols. (1998) i Wilberg, Dammen i Friis (2000), on la seva prevalença és superior al 70%. Els nostres resultats en l'anàlisi de prevalença per grups indiquen que el C és el que obté el percentatge més alt (75,7%). Aquesta dada coincideix amb l'únic estudi publicat on es realitza aquesta anàlisi, el de Wilberg, Dammen i Friis (2000), els quals obtenen fins i tot una prevalença superior a la nostra (82%).

Si agrupem els resultats obtinguts en els treballs publicats amb el PDQ-4+, excloent el nostre, es poden establir uns rangs de prevalença de trastorns de la personalitat. El TP paranoide estaria entre un 26 i un 47%; esquizoide, 14-33%; i esquizotípic, 22-32%. Del grup B, el TP antisocial entre un 7 i un 17%; límit, 23-51%; histriònic, 7-34%; i narcisista entre un 16 i un 36%. En el C, el TP per evitació entre 50-75%; per dependència, d'un 7 a un 27%; i obsessivocompulsiu, d'un 39 a un 69%. Els dos trastorns de l'apèndix apareixen en tres dels quatre treballs amb unes dades que situen el TP passivoagressiu entre un 26 i un 42%, i el TP depressiu entre el 41 i el 77%. Si tenim en compte, com ja s'ha assenyalat, que la literatura prèvia insisteix en la

disparitat dels percentatges obtinguts en estudis epidemiològics clínics, els nostres resultats se situen dins del rang de les prevalences obtingudes en altres mostres clíniques procedents de diferents països i emprant el mateix instrument. Però no podem oblidar que aquesta convergència de resultats es fonamenta en un reduït nombre d'estudis, i que la revisió d'altres treballs en mostres clíniques ens indiquen una manca de consens en la prevalença de TP.

Els nostres resultats mostren diferències amb els obtinguts amb altres treballs amb versions anteriors del PDQ-4+, i també quan es comparen els resultats entre el PDQ (Hurt i cols., 1984; Hyler i cols., 1988; Reich, Noyes i Troughton, 1987; Titscher i cols., 1990; Yager i cols., 1989) i el PDQ-R (Hunt i Andrews, 1992; Hyler i cols., 1990, 1992; Trull i Larson, 1994). Els resultats de les diferents versions del qüestionari mostren diferències tant entre els trastorns més o menys prevalents, com entre les prevalences. Per a la majoria dels treballs amb la primera versió del PDQ, els trastorns de la personalitat més prevalents són l'esquizotípic, amb unes prevalences que oscil·len entre el 34,2% (Reich, Noyes i Troughton, 1987) i el 70% (Hurt i cols., 1984); i TP per dependència, amb unes prevalences entre el 26,8% (Reich, Noyes i Troughton, 1987) i el 57,5% (Titscher i cols., 1990). Els menys prevalents són TP narcisista, entre el 0% (Yager i cols., 1989) i el 8% (Hurt i cols., 1984); i el TP passivoagressiu, també entre el 0% (Yager i cols., 1989) i el 4,9% (Hyler i cols., 1988). Pel que fa als treballs amb el PDQ-R, tampoc coincideixen amb el PDQ, sent uns dels més prevalents el TP paranoide, amb unes prevalences que oscil·len entre el 39% (Hyler i cols., 1992) i el 52,5% (Hunt i Andrews, 1992); el TP antisocial, entre 51-79% (Trull i Larson, 1994; i Hyler i cols., 1990, respectivament); i el TP histriònic, entre 37-68% (Hyler i cols., 1990 i 1992, respectivament). Els menys prevalents, contràriament als treballs amb PDQ, són el TP esquizotípic, entre 7-17,5%; i el límit, entre 0-17,5% (tots ells en els treballs de Hyler i cols., 1992; i Hunt i Andrews, 1992, respectivament). Per tant, sembla que els formats i els continguts dels ítems de les tres versions del PDQ, les quals varien segons les revisions del DSM (Widiger i Costa, 1984), i les característiques de les mostres estudiades, poden explicar les diferències observades en aquests resultats.

La comparació dels nostres resultats amb les dades de prevalença establertes en el DSM-IV evidencia importants diferències, sent aquelles més baixes que les nostres. Segons el Manual, el TP paranoide mostra una prevalença en pacients psiquiàtrics ambulatoris del 2 al 10%, sent la nostra molt superior. Mentre el DSM indica que el TP esquizoide no és freqüent en grups clínics, el PDQ-4+ en diagnostica un 14,6%. Un 27% de pacients del nostre estudi presenta TP esquizotípic; el DSM-IV, en canvi, no fa referència a prevalença clínica. Si ens fixem en el grup B, els nostres resultats són més semblants als del DSM-IV, excepte en el TP límit: en el nostre cas un 41,2%, mentre que el Manual, entre el 10 i el 20%. En el grup C, la disparitat és destacable. El 49% de TP per evitació del PDQ-4+ supera el 10% del DSM. Encara que el Manual assenyala que el TP per dependència és el més diagnosticat en mostres clíniques, en el nostre estudi no ho és, i sí el TP obsessivocompulsiu que supera el 3-10% del DSM-IV. Pels TP de l'apèndix no hi ha cap descripció i no es pot fer la comparació.

Igual que en l'estudi de la prevalença general, no disposem de dades publicades amb l'escala de Significació clínica per trastorns específics. Però els nostres resultats permeten afirmar que aquesta breu entrevista compleix la seva funció de reduir l'excés de diagnòstics falsos positius del PDQ-4+, sent les prevalences més properes a les obtingudes en altres treballs epidemiològics publicats amb entrevistes semiestructurades i amb dades del DSM-IV, i fins i tot coincident amb els TP més prevalents (APA, 1994; Berman i cols., 1992; Hyler i cols., 1992; Kay i cols., 1999; Moran i cols., 2000; Oldham i Skodol, 1991; Torrubia, Caseras i Gutiérrez, 2005; Zimmerman, Rothschild i Chelminski, 2005). Alguns autors, com Gómez-Beneyto i cols. (1994) suggereixen que, davant de la manca de criteris de referència (*gold standard*), l'ús simultani d'autoinforme amb entrevista permet disminuir la tendència del primer a diagnosticar més patologia, al confirmar-se amb el segon els resultats obtinguts prèviament. Sembla que el PDQ-4+ i l'escala de Significació clínica, amb un format equiparable al de la SCID-II, pot tenir, entre d'altres, aquesta finalitat.

El que no sabem és el nivell d'acord diagnòstic entre l'escala de Significació clínica i altres entrevistes, que com ja hem assenyalat en diverses ocasions, és un dels

problemes inherents en l'avaluació dels TP (Clark, Livesley i Morey, 1997; Perry, 1992). Però no ha estat possible administrar a la nostra mostra clínica cap entrevista semiestructurada, que ens permetés comparar els resultats obtinguts.

Tota aquesta discussió sobre nombre mitjà de TP diagnosticats per participant i prevalences ens porta a la idea àmpliament difosa de la comorbiditat o coocurrència, definides com la presència simultània de més d'un diagnòstic (Dolan, Evans i Norton, 1995). Sense aplicar l'escala de Significació clínica, un 80% de subjectes del nostre estudi presenten al menys un trastorn i d'aquests, un 70% en tenen dos o més. En canvi, després d'aplicar l'escala de Significació clínica, el nombre de casos que compleixen criteris per a dos o més TP es redueixen al 18%. Per tant, l'escala de Significació clínica del PDQ-4+ també disminueix aquesta coocurrència de forma considerable, diagnosticant un nombre mitjà inferior a un trastorn i una prevalença de almenys un trastorn per sota del 39% (PDQ-4, 35,3%). Aquesta escala permet també reduir la comorbiditat en el nombre de trastorns de la personalitat.

Les nostres dades coincideixen amb la literatura revisada, la qual informa que, independentment del mètode utilitzat i del tipus de mostra avaluada, els diagnòstics únics són infreqüents, i per tant, són una excepció (Oldham i cols., 1992; Westen i Shedler, 2000). Segons treballs previs, els trastorns de l'eix II tendeixen a covariar entre ells (Mattia i Zimmerman, 2001; Zimmerman i Coryell, 1989), i el nombre de diagnòstics en general pot oscil·lar entre 1,3 (Hurt i cols., 1984) i 5,6 (Hyer i cols., 1990). En el nostre estudi, aquest solapament es produeix tant dintre d'un mateix grup com entre grups. A més, i en contra del que es podria esperar, la comorbiditat encara resulta més elevada entre els diferents grups.

La majoria de treballs publicats sobre trastorns de la personalitat seguint els criteris del DSM es caracteritzen per un extens solapament entre els diagnòstics (Klonsky, 2000), contràriament a la idea que els defineix com categories discretes mútuament excloents. Aquest alt grau de comorbiditat evidenciat pel nostre estudi i d'altres, ens obliga a aprofundir en el seu significat. Què significa realment aquest

terme? Com s'ha d'interpretar un índex tant baix de diagnòstics únics? Com un fracàs de l'instrument? No oblidem que, per exemple, el PDQ-4+ es fonamenta exactament amb els criteris del DSM-IV. O més aviat es tracta d'un fracàs dels sistemes de diagnòstic actuals en la definició dels seus criteris operatius? Diverses opinions es manifesten al respecte. Hi ha autors que consideren els instruments de mesura de l'eix II els responsables de la comorbiditat, i els acusen de manca d'especificitat (Fossati i cols., 1998). Segons ells, tots els mètodes d'avaluació produeixen diagnòstics múltiples i, encara que els autoinformes n'obtenen una mitjana més elevada que les entrevistes semiestructurades, no resulta exclusiu d'ells (Zimmerman, Rothschild i Chelminski, 2005). Per altres autors, els diagnòstics múltiples estan més relacionats amb els grups d'estudi que amb l'instrument per si mateix (Dolan, Evans i Norton, 1995). Sembla que les mostres clíniques presenten major coocurrència de TP que les no clíniques, on passa el contrari. Els pacients hospitalitzats mostren una proporció més alta que els pacients ambulatoris, i aquests dos grups més que les mostres de la població general. Encara i així, hi ha treballs que indiquen que el problema es manifesta en diferents tipus de població i amb diferents procediments de recollida d'informació (Dolan-Sewell, Kweger i Shea, 2001). Per altra banda, l'ús d'altres sistemes de diagnòstic, com l'ICD-10, o de diagnòstics clínics (Dolan, Evans i Norton, 1995; Hurt i cols., 1984), en el millor dels casos pot reduir la comorbiditat, però no l'elimina. Mentre alguns estudis estableixen certs patrons de covariació entre els diferents TP (Mattia i Zimmerman, 2001), altres, en canvi, coincidents amb els nostres resultats, indiquen una manca d'esquema únic i exclusiu de comorbiditat en l'eix II del DSM-IV (Oldham i cols., 1992). En aquest context tan controvertit, també hi ha qui planteja si l'existència de l'eix II no serà una de les causes dels elevats nivells de coocurrència, tant entre els mateixos trastorns com amb els trastorns de l'eix I (Burke i Regier, 2000), i si els patrons de covariacions que s'observen representen una comorbiditat real (Livesley, 2003b).

Sigui com sigui, aquest significatiu solapament no pot ser considerat simplement un artefacte del qüestionari (Modestin i Puhan, 2000). Sembla tractar-se bàsicament de l'expressió i la manifestació d'una conceptualització inadequada dels TP en el DSM, i

per tant, d'un problema inherent a l'eix II (Hales, Yudofsky i Talbott, 2000), ja present en la seva versió anterior, el DSM-III-R (Morey, 1988). Els actuals TP no semblen ben definits i diferenciats, fet que resulta inconsistent amb l'actual sistema de classificació, i això fa que es qüestionï la utilitat diagnòstica dels seus instruments per a l'avaluació de l'eix II. El nostre treball, d'acord amb tot el que s'ha descrit, permet argumentar que quan un instrument de mesura de personalitat presenta certes dificultats, cal revisar les seves propietats, però també bàsicament la taxonomia conceptual en què es fonamenta, es a dir, l'adequació de les definicions i descripcions dels seus trastorns de la personalitat (Clark, Livesley i Morey, 1997; Widiger, 2003). Sembla, doncs, que alguns dels grans problemes que haurà de plantejar i resoldre el DSM-V seran la conceptualització dels trastorns de la personalitat i, per tant la validesa del sistema de diagnòstic actual, abans de posar-se a refinar exclusivament els seus instruments d'avaluació.



## **4. ESTUDI 2: MOSTRA NO CLÍNICA**

### **4.1. MÈTODE**

#### **4.1.1. Participants**

La mostra de l'Estudi 2 estigué constituïda per 684 estudiants de la ciutat de Barcelona. El 67,7% foren dones (n = 463). La mitjana d'edat fou de 19,4 anys (D.T. 2,68), sent el mínim de 17 i el màxim de 51. El 22,4% foren estudiants de Batxillerat/BUP/COU; el 50,9%, de Mòduls/FP; i el 26,7%, universitaris. En tots els casos menys en 6, l'estat civil fou solter/a. El 90,4% havien nascut a Barcelona o a la seva província.

#### **4.1.2. Material**

S'administrà el qüestionari del PDQ-4+ sense l'escala de Significació clínica. També, igual que en l'estudi de la mostra clínica, es van administrar TCI i EPQ-R. Tots ells ja han estat descrits en l'apartat anterior 3.1.2.

L'**Inventari Clínic Multiaxial de Millon-II** (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*; MCMI-II) va ser publicat per primera vegada a l'any 1983. D'ençà s'ha sotmès a dues revisions per adaptar-lo als canvis que l'autor ha anat introduint en la seva teoria de la personalitat i en les noves versions de la classificació DSM, anomenant-les com MCMI-II i MCMI-III. En el nostre país només s'ha disposat fins ara de la versió traduïda i validada al castellà del MCMI-II (1998). Es tracta, doncs, d'un qüestionari de personalitat basat en la teoria de Millon sobre personalitat i els criteris del DSM-III-R. Els seus 175 ítems amb un format de resposta dicotòmica (V/F) s'agrupen en 22 escales clíniques i 4 escales de control de resposta. De les 22, l'autor diferencia 10 escales bàsiques de la personalitat anomenades escala Esquizoide (1)<sup>1</sup>, Fòbica (2), Dependent (3), Histrionica (4), Narcisista (5), Antisocial (6A), Agressiva-Sàdica (6B), Compulsiva (7), Passivaagressiva (8A) i Autodestructiva (8B); i 3 escales de personalitat patològica més greu, que són Esquizotípica (S), Límit (C) i Paranoide (P). A més, permet avaluar 6 síndromes clíniques de l'eix I de gravetat moderada: escales Ansietat (A), Histeriforme (H), Hipomania (N), Distímia (D), Abús de l'alcohol (B) i Abús de drogues (T); i 3 síndromes de major gravetat: Pensament Psicòtic (SS), Depressió Major (CC), i Trastorn Delirant (PP). Finalment, com ja s'ha assenyalat, disposa de 4 escales de control de respostes, anomenades Índex de validesa, Sinceritat, Desitjabilitat i Alteració. El temps d'administració és d'uns 25 minuts, aproximadament (veure Annex 1).

Millon apunta que el MCMI-II és un instrument dissenyat per l'avaluació de personalitat en poblacions clíniques i, per tant, no hauria d'utilitzar-se en subjectes normals. En canvi, si que pot emprar-se en investigació. Es per això que s'ha utilitzat com a criteri extern de comparació en l'Estudi 2. A més, l'adaptació castellana disposa de dades per mostra clínica, d'estudiants i de toxicòmans.

La versió original del MCMI-II presenta una consistència interna alta per a les 13 escales clíniques de personalitat. La mitjana del coeficient Kuder-Richarson (KR-20)

---

<sup>1</sup> Els trastorns de personalitat descrits en el MCMI-II són anomenats per Millon amb el nom del TP i un nombre i/o una lletra.

és de 0,90, amb un rang que oscil·la entre el 0,86 (escales Esquizoide i Agressiva-Sàdica) i 0,93 (escales Fòbica, Passivaagressiva i Esquizotípica). La versió castellana, en canvi, utilitza el coeficient  $\alpha$  de Cronbach i obté índexs significatius. La mitjana és de 0,80. Les escales que presenten les fiabilitats més altes són Autodestructiva i Límit, amb 0,90 i 0,94, respectivament. En canvi, les més baixes encara que acceptables, són les escales Compulsiva i Histriònica, amb una Alfa de 0,67 cadascuna, i Esquizoide, amb 0,69 (Millon, 1998).

El MCMI-II sembla que proporciona un elevat nombre de diagnòstics falsos positius, fet que fa que alguns autors puguin considerar-lo més un bon instrument de cribatge que de diagnòstic (Lahortiga i Cervera, 2004).

L'altre autoinforme administrat en l'Estudi 2 van ser les **Escales de Personalitat del Karolinska** (*Karolinska Scales of Personality*; KSP; Klinteberg, Schalling i Magnusson, 1986). Han estat traduïdes i adaptades al castellà per Ortet i Torrubia (1992). Mesura trets de personalitat mitjançant 135 ítems amb un format de resposta tipus Likert de quatre categories, els qual s'agrupen en 15 escales. Totes elles configuren 4 dimensions principals anomenades Tendència a l'ansietat, Extraversió, Agressió/hostilitat i Socialització (veure Annex 1).

La primera dimensió, Tendència a l'ansietat, inclou les escales Ansietat psíquica, Ansietat somàtica, Tensió muscular, Psicastènia i Inhibició de l'agressió. L'Ansietat psíquica avalua la preocupació i el neguit, la inseguretat, i l'ansietat anticipatòria i social. L'escala Ansietat somàtica mesura els símptomes autonòmics, les dificultats de concentració, l'angoixa difusa i el pànic. La Tensió muscular, la tensió a nivell muscular, tremolor, sensacions de rigidesa i cruixir de dents. La Psicastènia avalua la fatigabilitat i els sentiments de malestar o inquietud quan cal parlar en veu alta o fer coses noves. I per últim, Inhibició de l'agressió fa referència a la manca d'assertivitat, a la tristesa i a l'absència de ràbia davant la reprimenda, així com la dificultat per parlar alt. Cada una d'aquestes escales consta de 10 ítems.

La dimensió d'Extraversió agrupa les escales Evitació de la monotonia, Impulsivitat i Distanciament emocional, també amb 10 ítems cadascuna d'elles. Evitació de la monotonia avalua l'evitació de la rutina, la percaça de sensacions i la necessitat de canvis i acció. Impulsivitat és la resposta a l'estímul del moment, la manca de planificació, la preferència més per la rapidesa que per l'exactitud, i la despreocupació. Distanciament emocional, les conductes dirigides a evitar les relacions amb els altres i l'allunyament.

La tercera dimensió, Agressió/hostilitat, està formada per les escales Irritabilitat, Culpa, Agressió verbal, Agressió indirecta, Suspició i Desitjabilitat social. L'escala Irritabilitat avalua la irritabilitat i manca de paciència. Culpa mesura el remordiment i la vergonya pels pensaments negatius. L'escala Agressió verbal, el ficar-se en discussions, i enfadar-se amb la gent. Agressió indirecta és el mal humor i el donar cops de porta quan s'està enfadat. Suspició fa referència a la sospita i la desconfiança respecte a les intencions dels altres. I per últim, Desitjabilitat social fa referència a les respostes que busquen l'aprovació social, mostrant-se amable i positiu, i a les mentides. Cadascuna d'aquestes escales consta de 5 ítems, excepte Desitjabilitat social, que en té 10.

Finalment, la dimensió anomenada Socialització, amb una única escala amb el mateix nom. Mesura amb 20 ítems les experiències infantils positives, la bona adaptació familiar i escolar, i la satisfacció general.

La versió castellana de les KSP ha mostrat unes consistències internes acceptables en general. La més alta es dona en l'escala Tensió muscular, amb unes Alfa de 0,78 en els homes i de 0,81 en les dones. En canvi, Culpa és la que presenta el coeficient  $\alpha$  més baix, amb 0,48. L'anàlisi factorial exploratòria mitjançant una rotació Oblimin obté una solució de 4 factors, que es corresponen als quatre factors anteriorment citats (Ortet i cols., 2002).

### **4.1.3. Procediment**

#### **4.1.3.1. Administració de qüestionaris**

Es va fer una tria de diferents centres d'ensenyament públics, concertats i privats de batxillerat (en alguns casos encara anomenats BUP/COU), cicles formatius de grau mitjà i de grau superior (també anomenats com a formació professional encara en algunes escoles), i universitaris, tots ells de la ciutat de Barcelona. Un cop aconseguit el permís, es concretà un dia per a l'administració de les proves. Els estudiants van ser informats prèviament de l'objectiu del treball i de forma voluntària van decidir la seva participació.

Els 684 participants van contestar el PDQ-4+ sense l'escala de Significació clínica. A més, tots van respondre un o més dels qüestionaris utilitzats per a les anàlisis de validesa (TCI, EPQ-R, MCMI-II i KSP).

Específicament, el TCI va ser administrat a un total de 75 estudiants, i tant l'EPQ-R com el MCMI-II van ser aplicats a 536 subjectes (67,4% dones). Les escales KSP van ser contestades per 68 dels 684 estudiants de l'Estudi.

#### **4.1.3.2. Anàlisi de dades**

Les anàlisis estadístiques de les dades es realitzaren seguint el mateix patró que en l'Estudi 1 (veure apartat 3.1.3), excepte pel que fa a la comparació de puntuacions per edats i a l'escala de Significació clínica, que no varen ser analitzades en la mostra d'estudiants.

## **4.2. RESULTATS**

### **4.2.1. ESCALES DE CONTROL DE RESPOSTES, ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS, PREVALENCES I DISTRIBUCIONS DE PUNTUACIONS DE LA MOSTRA CLÍNICA**

#### **4.2.1.1. Escales de control de respostes**

Igual que en l'Estudi 1, en primer lloc es va realitzar una anàlisi de les dues escales de control de resposta Conformitat social i Infreqüència del PDQ-4+. El 10,7% (n = 73) del total dels qüestionaris de la mostra d'estudiants podien ser considerats invàlids per una d'aquestes escales. En cap cas, per totes dues alhora. Es va realitzar una comparació de mitjanes amb una prova t de Student per analitzar les diferències entre els dos probables subgrups, entesos com vàlids i invàlids (Taula 4.2.1).

Taula 4.2.1. Estadístics descriptius i comparació de mitjanes (*t* de Student) entre qüestionaris vàlids i invàlids en funció de les puntuacions en el PDQ-4+.

<i>Escales</i>	Vàlids (n = 611)		Invàlids (n= 73)		t Student	Sig. bilateral
	<i>Mitjana</i>	<i>D.T.</i>	<i>Mitjana</i>	<i>D.T.</i>		
<b>Paranoide</b>	2,93	1,64	2,32	1,79	3,00	**
<b>Esquizoide</b>	1,17	1,12	1,29	1,06	-0,84	n.s.
<b>Esquizotípic</b>	2,93	1,75	2,62	1,77	1,45	n.s.
<b>Antisocial</b>	1,20	1,17	0,84	1,09	2,52	*
<b>Límit</b>	3,24	1,81	2,49	1,88	3,32	**
<b>Histriònic</b>	2,10	1,44	1,68	1,30	2,37	*
<b>Narcisista</b>	2,09	1,41	1,85	1,64	1,35	n.s.
<b>Evitació</b>	2,75	1,71	2,32	1,72	2,06	*
<b>Dependència</b>	1,49	1,60	1,23	1,57	1,29	n.s.
<b>Obsessivocompulsiu</b>	3,76	1,47	3,41	1,45	1,92	n.s.
<b>Passivoagressiu</b>	2,03	1,39	1,78	1,15	1,74	n.s.
<b>Depressiu</b>	3,35	1,74	2,38	1,67	4,48	***
<b>PDQ-4+</b>	29,09	10,75	24,18	11,39	3,67	***
<b>PDQ-4</b>	23,71	8,82	20,01	9,66	3,35	**

D. T.: Desviació Típica

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

Sig.: significació.

n.s.: no significativa; \* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Els resultats de la taula 4.2.1 indiquen que, a diferència de la mostra clínica, s'obtenien diferències significatives en algunes de les escales ( $p < 0,05$ ). Aquestes foren Paranoide, Antisocial, Límit, Histriònic, per Evitació i Depressiu. També s'observaren diferències en PDQ-4+ i PDQ-4 total. Atès que aquests resultats pertanyen a la mostra d'estudiants, i tenint en compte els percentatges donats per Hyler, així com els resultats obtinguts en l'Estudi 1, es va optar per mantenir i estudiar el total de la mostra d'estudiants sense eliminar aquells qüestionaris teòricament invàlids.

**4.2.1.2. Estadístics descriptius i prevalences**

També es varen estudiar els estadístics descriptius i les prevalences de la mostra no clínica. Pel que fa a les puntuacions dimensionals, la Taula 4.2.2 mostra les mitjanes i les desviacions típiques de cadascuna de les escales PDQ-4+, de cada grup i de la puntuació total del PDQ-4+. Les escales amb la mitjana més alta varen ser Obsessivcompulsiu, Depressiu i Límit, seguides d'Esquizotípic, Paranoide i per Evitació. Les més baixes Antisocial, com en l'Estudi 1, i Esquizoide.

L'anàlisi descriptiva dels grups va indicar la presència de mitjanes més elevades en B i C ( veure Taula 4.2.2).



Taula 4.2.2. Estadístics descriptius del PDQ-4+.

<i>Escales</i>	<i>Mitjana</i>	<i>D.T.</i>	<i>Mínim</i>	<i>Màxim</i>
<b>Paranoide</b>	2,87	1,67	0	7
<b>Esquizoide</b>	1,18	1,11	0	7
<b>Esquizotípic</b>	2,90	1,75	0	8
<b>Antisocial</b>	1,16	1,16	0	6
<b>Límit</b>	3,16	1,83	0	9
<b>Histriònic</b>	2,06	1,43	0	7
<b>Narcisista</b>	2,06	1,44	0	7
<b>Evitació</b>	2,70	1,71	0	7
<b>Dependència</b>	1,46	1,60	0	7
<b>Obsessivcompulsiu</b>	3,72	1,47	0	8
<b>Passivoagressiu</b>	2,01	1,37	0	6
<b>Depressiu</b>	3,24	1,76	0	7
<b>Grup A</b>	6,90	3,32	0	18
<b>Grup B</b>	8,52	4,24	1	23
<b>Grup C</b>	7,89	3,51	0	21
<b>Apèndix</b>	5,25	2,64	0	12
<b>PDQ-4+</b>	28,56	10,91	3	61
<b>PDQ-4</b>	23,31	8,98	2	51

D. T.: Desviació Típica

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

Apèndix: Es tracta de les dues escales situades en l'apèndix del DSM-IV, pendents d'estudi.

Els resultats de les prevalences per cadascun dels TP, dels grups i el PDQ-4+ total es mostren en la Taula 4.2.3. Pel que fa als trastorns, la majoria van presentar prevalences elevades, sent la més destacada la del TP obsessivcompulsiu, amb un 55,3% dels casos. També va destacar la presència del TP paranoide i TP per evitació, tot i que per sota del TP obsessivcompulsiu. El TP límit i el TP depressiu es van diagnosticar en més d'un 20% dels participants. El menys freqüent fou el TP antisocial.

Taula 4.2.3. Prevalença dels TP per trastorns, per clusters i per tot el qüestionari en funció de les puntuacions en el PDQ-4+.

	Prevalença TP	
	%	n
<b>Paranoide</b>	36,4	249
<b>Esquizoide</b>	3,4	23
<b>Esquizotípic</b>	19,4	133
<b>Antisocial</b>	2	14
<b>Límit</b>	22,4	153
<b>Histriònic</b>	6,7	46
<b>Narcisista</b>	6,4	44
<b>Evitació</b>	31,9	218
<b>Dependència</b>	6,9	47
<b>Obsessivocompulsiu</b>	55,3	378
<b>Passivoagressiu</b>	14,8	101
<b>Depressiu</b>	25,6	175
<b>Grup A</b>	43,8	300
<b>Grup B</b>	29,7	203
<b>Grup C</b>	67,2	459
<b>Apèndix</b>	31,4	215
<b>PDQ-4+</b>	79,5	544
<b>PDQ-4</b>	77,5	530

Apèndix: Es tracta de les dues escales situades en l'apèndix del DSM-IV, pendents d'estudi.

En quant als grups, la Taula 4.2.3 indica que el C fou el més prevalent, igual que en la mostra clínica, encara que amb menor freqüència (67,2%). Els altres van estar per sota del 44%. Dels 684 estudiants als quals es va administrar el PDQ-4+, 544 (79,5%) van presentar algun TP.

#### **4.2.1.3. Distribució de les puntuacions**

Seguidament es va estudiar la normalitat en aquesta mostra d'estudiants. La Taula 4.2.4 mostra els resultats obtinguts en asimetria, curtosi i Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors. Igual que en l'Estudi 1, cal tenir en compte que encara que la majoria de les escales del PDQ-4+ varen presentar coeficients significatius, en general els valors absoluts varen ser inferiors a 1.

D'acord amb aquesta matisació, pel que fa a la asimetria, totes les escales varen presentar una distribució asimètrica positiva significativa, excepte Obsessivcompulsiu, que no fou significativa. En cap escala l'asimetria fou negativa.

Respecte a la curtosi, els coeficients varen indicar una absència general de distribució normal. Únicament tres escales del grup B, Límit, Histriònic i Narcisista, varen obtenir valors no significatius i semblaven apropar-se més a una distribució normal.

Les dades obtingudes en la prova de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors varen confirmar els resultats anteriors. Les escales no seguien una distribució normal, ja que els valors associats a l'estadístic de contrast de la prova eren menors de 0,05 per totes les variables estudiades. L'única excepció va ser el PDQ-4+, que s'apropava a una distribució normal.

Taula 4.2.4. Asimetria, curtosi i prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors de les escales i de les puntuacions totals del PDQ-4+ i PDQ-4.

<i>Escales</i>	<b>Asimetria</b> <sup>1</sup>	<b>Curtosi</b> <sup>2</sup>	<b>K-S-L</b> <sup>3</sup>
<b>Paranoide</b>	<b>0,23</b>	<b>-0,62</b>	<b>0,16</b>
<b>Esquizoide</b>	<b>0,99</b>	<b>1,29</b>	<b>0,23</b>
<b>Esquizotípic</b>	<b>0,22</b>	<b>-0,55</b>	<b>0,12</b>
<b>Antisocial</b>	<b>1,09</b>	<b>1,13</b>	<b>0,23</b>
<b>Límit</b>	<b>0,62</b>	-0,05	<b>0,16</b>
<b>Histriònic</b>	<b>0,71</b>	0,08	<b>0,20</b>
<b>Narcisista</b>	<b>0,60</b>	0,05	<b>0,17</b>
<b>Evitació</b>	<b>0,37</b>	<b>-0,49</b>	<b>0,16</b>
<b>Dependència</b>	<b>1,15</b>	<b>0,72</b>	<b>0,23</b>
<b>Obsessivcompulsiu</b>	0,05	<b>-0,31</b>	<b>0,14</b>
<b>Passivoagressiu</b>	<b>0,58</b>	<b>-0,22</b>	<b>0,19</b>
<b>Depressiu</b>	<b>0,22</b>	<b>-0,62</b>	<b>0,14</b>
<b>Conformitat social</b>	<b>1,30</b>	<b>1,28</b>	<b>0,37</b>
<b>Infreqüència</b>	<b>6,59</b>	<b>46,83</b>	<b>0,54</b>
<b>PDQ-4+</b>	<b>0,36</b>	<b>-0,25</b>	0,06
<b>PDQ-4</b>	<b>0,36</b>	<b>-0,25</b>	0,06

<sup>1</sup>Error típic d'asimetria: 0,117. Negreta significatiu: absència de normalitat.

<sup>2</sup>Error típic de curtosi: 0,233. Negreta significatiu: absència de normalitat.

<sup>3</sup>K-S-L. Prova de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors. Negreta: índex significatiu al nivell  $p < 0,05$  (absència de normalitat).

En general, tots els índexs de la taula 4.2.4 (asimetria, curtosi, normalitat) i la inspecció visual de les distribucions de les puntuacions dels histogrames de la figura 4.2.3 en l'Annex 3, indiquen que les diverses escales del PDQ-4+ no van seguir una distribució normal.

## 4.2.1. FIABILITAT

En la Taula 4.2.5 es presenten els resultats de les anàlisis de consistència interna del PDQ-4+ fetes mitjançant el coeficient  $\alpha$  de Cronbach i la mitjana de correlacions interítems.

Taula 4.2.5. Fiabilitat  $\alpha$  i mitjana de correlacions interítems.

<i>Escales</i>	$\alpha$ de Cronbach	Mitjana correlacions Interítems
<b>Paranoide</b>	0,51	0,13
<b>Esquizoide</b>	0,36	0,08
<b>Esquizotípic</b>	0,51	0,10
<b>Antisocial</b>	0,53	0,13
<b>Límit</b>	0,58	0,13
<b>Histriònic</b>	0,44	0,10
<b>Narcisista</b>	0,40	0,07
<b>Evitació</b>	0,59	0,18
<b>Dependència</b>	0,63	0,17
<b>Obsessivcompulsiu</b>	0,25	0,04
<b>Passivoagressiu</b>	0,42	0,10
<b>Depressiu</b>	0,60	0,18
<b>Grup A</b>	0,66	0,08
<b>Grup B</b>	0,74	0,08
<b>Grup C</b>	0,68	0,09
<b>PDQ-4+</b>	0,87	0,07

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

Els càlculs del coeficient Alfa de Cronbach per a cada escala varen mostrar que la mitjana d'aquests coeficients fou de 0,49, oscil·lant entre una molt inferior de 0,25 (escala Obsessivcompulsiu) fins a la més alta de 0,63 (escala per Dependència). Les

escales que van mostrar valors  $\alpha$  més acceptables varen ser Depressiu, per Evitació, Límit, Antisocial, Paranoide i Esquizotípic, totes elles per sobre de 0,50. Les fiabilitats dels grups i de l'instrument en general, novament, eren considerablement millors que els de les escales.

Els valors de la mitjana de correlacions interítems va estar per sota de 0,20 en totes les escales. La mitjana de totes les escales en aquest indicador va ser de 0,12, amb valors entre 0,04 i 0,18. Les correlacions interítems més elevades van coincidir amb dues de les escales que tenien les  $\alpha$  més elevades: per Evitació i Depressiu. Novament, la més baixa tornava a ser Obsessivocompulsiu. Les dels grups i del PDQ-4+ total van resultar baixes.

### **4.2.3. VALIDESA**

#### **4.2.3.1. Comparació de puntuacions segons el gènere**

Igual que en l'Estudi 1 amb mostra clínica, en primer lloc es van analitzar les puntuacions dimensionals per gèneres. La Taula 4.2.6 mostra que homes i dones van puntuar més alt en les mateixes escales: Obsessivocompulsiu, Depressiu i Límit. Els resultats posen de manifest que les diferències foren significatives ( $p < 0,05$ ) en 7 de les 12 escales. L'escala Antisocial (igual que en la mostra clínica) va ser significativament superior en el sexe masculí. En les dones, foren Histriònic, per Evitació, Obsessivocompulsiu i Depressiu, coincidint amb l'Estudi 1, així com en Paranoide i Límit, i en les puntuacions totals del PDQ-4+ i PDQ-4.

Taula 4.2.6. Estadístics descriptius del PDQ-4+ i comparació de mitjanes (t de Student) per gèneres.

<i>Escales</i>	<b>Homes (n = 221)</b>		<b>Dones (n = 463)</b>		<b>t Student</b>	<b>Sig. bilateral</b>
	<i>Mitjana</i>	<i>D.T.</i>	<i>Mitjana</i>	<i>D.T.</i>		
<b>Paranoide</b>	2,62	1,67	2,98	1,66	-2,67	**
<b>Esquizoide</b>	1,16	1,15	1,19	1,20	-0,35	n.s.
<b>Esquizotípic</b>	2,76	1,72	2,96	2,12	-1,37	n.s.
<b>Antisocial</b>	1,34	1,25	1,07	1,11	2,69	**
<b>Límit</b>	2,93	1,77	3,27	1,85	-2,32	*
<b>Histriònic</b>	1,82	1,35	2,17	1,46	-2,98	**
<b>Narcisista</b>	2,15	1,54	2,02	1,39	1,08	n.s.
<b>Evitació</b>	2,36	1,61	2,87	1,74	-3,64	***
<b>Dependència</b>	1,40	1,54	1,49	1,63	-0,72	n.s.
<b>Obsessivcompulsiu</b>	3,52	1,54	3,82	1,44	-2,40	*
<b>Passivoagressiu</b>	1,99	1,32	2,02	1,39	-0,28	n.s.
<b>Depressiu</b>	2,92	1,68	3,40	1,78	-3,31	**
<b>PDQ-4+</b>	27,05	10,58	29,29	11,01	-2,52	*
<b>PDQ-4</b>	22,14	8,84	23,87	8,99	-2,37	*

D. T.: Desviació Típica

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

Sig.: significació.

n.s.: no significativa; \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

En segon lloc, es va fer la comparació entre les prevalències dels TP per gèneres mitjançant la prova de  $\chi^2$ . La Taula 4.2.7 indica una major presència de TP paranoide, TP per evitació, TP obsessivcompulsiu i TP depressiu en les dones, resultant les diferències significatives respecte als homes. En només dos TP, narcisista i antisocial, el sexe masculí va presentar percentatges superiors, però únicament fou significatiu respecte a les dones en l'antisocial. En les puntuacions totals en el PDQ-4+ i PDQ-4, a diferència de l'Estudi 1, hi havia diferències significatives entre gèneres, amb una major presència de TP en les dones.

Taula 4.2.7. Prevalences dels TP per trastorn en funció de les puntuacions del PDQ-4+ i comparació de prevalences ( $\chi^2$ ) per gèneres.

	Homes (n = 221)		Dones (n = 463)		$\chi^2$	gl	Sig. Asintòtica (bilateral)
	%	n	%	n			
<b>Paranoide</b>	29,9	66	39,5	183	6,03	1	*
<b>Esquizoide</b>	2,7	6	3,7	17	0,42	1	n.s.
<b>Esquizotípic</b>	17,6	39	20,3	94	0,67	1	n.s.
<b>Antisocial</b>	4,5	10	0,9	4	10,0	1	**
<b>Límit</b>	19,9	44	23,5	109	1,14	1	n.s.
<b>Histriònic</b>	5	11	7,6	35	1,59	1	n.s.
<b>Narcisista</b>	7,7	17	5,8	27	0,86	1	n.s.
<b>Evitació</b>	24	53	35,6	165	9,36	1	**
<b>Dependència</b>	5,4	12	7,6	35	1,06	1	n.s.
<b>Obsessivcompulsiu</b>	48	106	58,7	272	7,04	1	**
<b>Passivoagressiu</b>	14,9	33	14,7	68	0,01	1	n.s.
<b>Depressiu</b>	20,8	46	27,9	129	3,09	1	*
<b>PDQ-4+</b>	73,3	162	82,5	382	7,78	1	**
<b>PDQ-4</b>	70,1	155	81	375	10,1	1	**
					1		

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.  
 PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.  
 Sig.: significació.  
 n.s.: no significativa; \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

Per últim, la Taula 4.2.8 presenta els resultats de la distribució de la puntuació total del PDQ-4+ en general i per gèneres. Tot i tractar-se d'una mostra no clínica, el 42,1% de subjectes va obtenir una puntuació igual o superior a 30. Com en l'Estudi 1, es va observar una major tendència de les dones a puntuar més altes que els homes (44,9% versus 36,2%), però sense resultar significativa ( $\chi^2 = 2,39$ ; p = n.s.).



Taula 4.2.8. Distribució de la Puntuació total del PDQ-4+ de la mostra total i per gèneres.

Puntuació total	PDQ-4+					
	Total		Homes		Dones	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
<b>Puntuació ≤ 20</b>	24,4	167	28,1	62	22,7	105
<b>Puntuació 21-29</b>	33,5	229	35,7	79	32,4	150
<b>Puntuació ≥ 30</b>	42,1	288	36,2	80	44,9	208

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

#### 4.2.3.2. Estudi de l'estructura interna

L'estudi de l'estructura interna es va realitzar amb una anàlisi factorial exploratòria amb els 10 TP de l'eix II del DSM-IV utilitzant el mètode de Components Principals amb rotació Varimax i aplicant els criteris de Kaiser per seleccionar el nombre de factors. Es va extreure per defecte una estructura factorial de 4 factors (variança total explicada del 55,12%). Com que aquesta solució diferia de l'obtinguda en la mostra clínica i del model de tres grups del DSM-IV (els tres factors primers no es corresponien a cap d'ells, i el factor 4 estava definit únicament per l'escala Antisocial), es va decidir forçar una solució de tres factors, com presenta la Taula 4.2.9.

Taula 4.2.9. Matriu de components rotats de les escales del PDQ-4+ després d'una anàlisi de Components Principals amb rotació Varimax.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
<b>Paranoide</b>	<b>0,45</b>	0,26	0,38
<b>Esquizoide</b>	0,08	-0,12	<b>0,70</b>
<b>Esquizotípic</b>	0,22	<b>0,39</b>	<b>0,55</b>
<b>Antisocial</b>	-0,07	0,40	-0,01
<b>Límit</b>	<b>0,56</b>	0,24	0,24
<b>Histriònic</b>	<b>0,52</b>	<b>0,31</b>	<b>-0,40</b>
<b>Narcisista</b>	0,05	<b>0,73</b>	-0,11
<b>Evitació</b>	<b>0,66</b>	-0,05	0,24
<b>Dependència</b>	<b>0,73</b>	-0,23	-0,06
<b>Obsessivcompulsiu</b>	0,12	<b>0,52</b>	0,20

Negreta: Es correspon a les saturacions  $\geq 0,3$ .

Aquesta estructura va mostrar una solució amb una configuració encara més diferent a la presentada en el DSM-IV i en l'Estudi 1. Hi havia dues escales que van saturar en més d'un factor: Histriònic, en els tres factors, i Esquizotípic, en dos. Com s'observa en la Taula 4.2.9, el factor 1 semblava apropar-se al grup C, amb els pesos més destacats en les escales per Evitació i per Dependència (0,66 i 0,73, respectivament). Ara bé, en aquest factor també saturaven les escales Paranoide, Límit i Histriònic. Es podria semblar al factor 3 de la mostra clínica. El factor 2 estaria poc definit, amb escales teòricament oposades amb gran pes, com Narcisista (0,73) i Obsessivcompulsiu (0,52). El factor 3 s'apropava al grup A, amb Esquizoide i Esquizotípic, com seria propi d'aquest grup, i en canvi no estava associat amb Paranoide i si amb un pes negatiu a Histriònic. Aquest factor es podria relacionar amb el factor 1 de la mostra clínica.

També es va estudiar el PDQ-4+ mitjançant el procediment d'anàlisi factorial confirmatori. L'objectiu fou examinar si diversos models podien explicar i descriure les relacions entre els 10 TP específics del DSM-IV. Per això, es van analitzar i comparar diferents models. En primer lloc, es va analitzar un model correlacionat i el mateix model sense correlacionar, tots dos seguint l'estructura de grups de l'eix II del DSM-IV.

Després, es van estudiar els tres models generats a l'atzar (els mateixos utilitzats per Yang i cols., 2002), igual que en l'estudi clínic, i es van comparar amb els anteriors, per tal de comprovar si l'agrupació del DSM-IV era millor que l'agrupació aleatòria dels trastorns. En aquí, tenint en compte els resultats obtinguts l'anàlisi factorial confirmatòria de la mostra clínica, ja no es va estudiar el model generat a partir de la nostra anàlisi factorial exploratòria. El model aleatori 1 estava definit per la següent combinació d'escales: un grup A format per Antisocial, Esquizotípic i Obsessivocompulsiu; un grup B, per les escales Límit, Paranoide, Histriònic i per Evitació; i un grup C, per Esquizoide, Narcisista i per Dependència. En el model aleatori 2, el grup A eren Límit, Esquizoide i per Dependència; el B, Antisocial, Esquizotípic, Narcisista i per Evitació; i el grup C, Paranoide, Histriònic i Obsessivocompulsiu. I en el model aleatori 3, grup A, eren les escales Histriònic, Paranoide i per Evitació; grup B, Narcisista, Esquizoide, Antisocial i Obsessivocompulsiu; i grup C, Esquizotípic, Límit i per Dependència. Per últim, es va estudiar un model de factor únic, per tal de comprovar si els TP estaven millor representats amb un sol factor latent.

La significació estadística dels models es va estudiar mitjançant la no significació de l'estadístic  $\chi^2$ , l'índex de discrepància mínima CMIN/DF, l'índex relatiu d'ajust comparatiu CFI i l'índex absolut d'error residual d'aproximació RMSEA. En la Taula 4.2.10 i en les figures 4.2.1 i 4.2.2 es presenten els resultats de les anàlisis. Igual que en la mostra clínica, les figures representen únicament els models correlacionat i no correlacionat basats en els grups del DSM-IV. De nou, els pesos de regressió entre grups i TP s'indiquen amb una fletxa unidireccional horitzontal que va dels primers als segons, la regressió estimada per l'error associat a cada TP, amb una fletxa unidireccional apuntant a cadascun d'ells. En el model correlacionat, a més, hi ha una fletxa bidireccional vertical amb les correlacions entre els grups.

Taula 4.2.10. Índexs d'ajust de les escales del PDQ-4+ al model de l'anàlisi factorial confirmatori.

Tipus de Model		CMIN ( $\chi^2$ )	DF	p	CMIN/DF	CFI	RMSEA	RMSEA 90% CI	
								Inferior	Superior
<i>Correlacionat</i>	<b>Model DSM-IV</b>	218,223	32	0,000	6,819	0,869	0,092	0,081	0,104
	<b>Model aleatori 1</b>	262,372	32	0,000	8,230	0,837	0,103	0,092	0,115
	<b>Model aleatori 2</b>	265,379	32	0,000	8,293	0,836	0,103	0,092	0,115
	<b>Model aleatori 3</b>	255,649	32	0,000	7,989	0,843	0,101	0,090	0,113
<i>No correlacionat</i>	<b>Model DSM-IV</b>	669,109	35	0,000	19,117	0,554	0,163	0,152	0,174
	<b>Model aleatori 1</b>	Aquest model probablement és inidentificable							
	<b>Model aleatori 2</b>	Aquest model probablement és inidentificable							
	<b>Model aleatori 3</b>	917,333	35	0,000	26,210	0,380	0,192	0,181	0,203
<i>Factor únic</i>		286,360	35	0,000	8,182	0,823	0,103	0,092	0,114

CMIN: no significació de l'estadístic ji-quadrat.

DF: graus de llibertat

p: nivell de significació

CMIN/DF: índex de discrepància mínima

CFI: índex d'ajust comparatiu

RMSEA: índex d'error residual d'aproximació

RMSEA 90% CI Inferior Superior: interval de confiança de l'error residual del 90% amb límit inferior i superior.

Com presenta la Taula, el model correlacionat basat en el sistema de grups del DSM-IV va mostrar un lleuger millor ajustament a les dades que el no correlacionat. Cap dels dos models va obtenir la no significació de l'estadístic CMIN ( $\chi^2$ ). En tots dos, l'índex CMIN/DF va ser superior a 5, encara que el model correlacionat fou més proper (6,819) que el model no correlacionat (19,117). El CFI del correlacionat va ser lleugerament millor, amb 0,869. En canvi, en el no correlacionat fou més baix, 0,554. El RMSEA va acabar de confirmar aquests resultats: tot i que no era acceptable per a cap dels dos, va resultar millor pel primer (0,092 i 0,163, respectivament). Així doncs, semblava que el model correlacionat DMS-IV en la mostra d'estudiants va mostrar un millor ajust a les dades que el no correlacionat, encara que sense arribar a obtenir bons índexs d'adequació.

Els models aleatoris van replicar en part aquestes dades. Tot i que els aleatoris correlacionats van ser millors que els no correlacionats, tampoc van mostrar un bon ajust. La comparació entre agrupació per grups del DSM-IV i agrupacions l'atzar correlacionats va indicar que el model del Manual era lleugerament superior als aleatoris per tots els índexs, encara que cap d'ells va resultar ser més acceptable. Els models a l'atzar no correlacionats van mostrar un ajust a les dades considerablement pitjor. Fins i tot dos d'ells, els models aleatoris 1 i 2, no van resultar identificables. En la comparació entre el model DSM-IV no correlacionat i el model 3 no correlacionat, encara aquest va presentar una adequació més pobre que l'anterior. Aquests resultats, doncs, van indicar que els índexs dels models aleatoris no es van ajustar bé a les dades, sent fins i tot pitjors els no correlacionats.

L'agrupació única va mostrar uns índexs d'ajust propers als models aleatoris correlacionats, amb un CMIN/DF de 8,182 ( $p < 0,001$ ), un CFI de 0,823 i un RMSEA de 0,103. Encara que aquests resultats varen ser millors que els obtinguts en tots els models no correlacionats, el factor únic tampoc podia explicar la relació existent entre les dades.

Els coeficients de regressió representats en les figures 4.2.1 i 4.2.2 van posar de manifest que entre les diferents escales i cada grup, tant del model correlacionat com del

no correlacionat, la majoria d'associacions eren febles. En el primer model van destacar les escales Esquizoide i grup A; Antisocial, Histriònic i Narcisista amb el grup B; i Obsessivcompulsiu i C. En el no correlacionat es van afegir també l'escala Paranoide en el grup A; Límit, en el B; i per Dependència, en el C. Les regressions estimades per l'error associat van estar relacionades amb el que s'ha descrit. En el model correlacionat, en general, varen ser iguals o inferiors a 0,55, sent la més baixa la de l'Esquizoide (0,06). En canvi, en el no correlacionat foren inferiors a 0,45, però amb dues excepcions, l'Esquizotípic, amb 0,80, i per Evitació, amb 0,78.

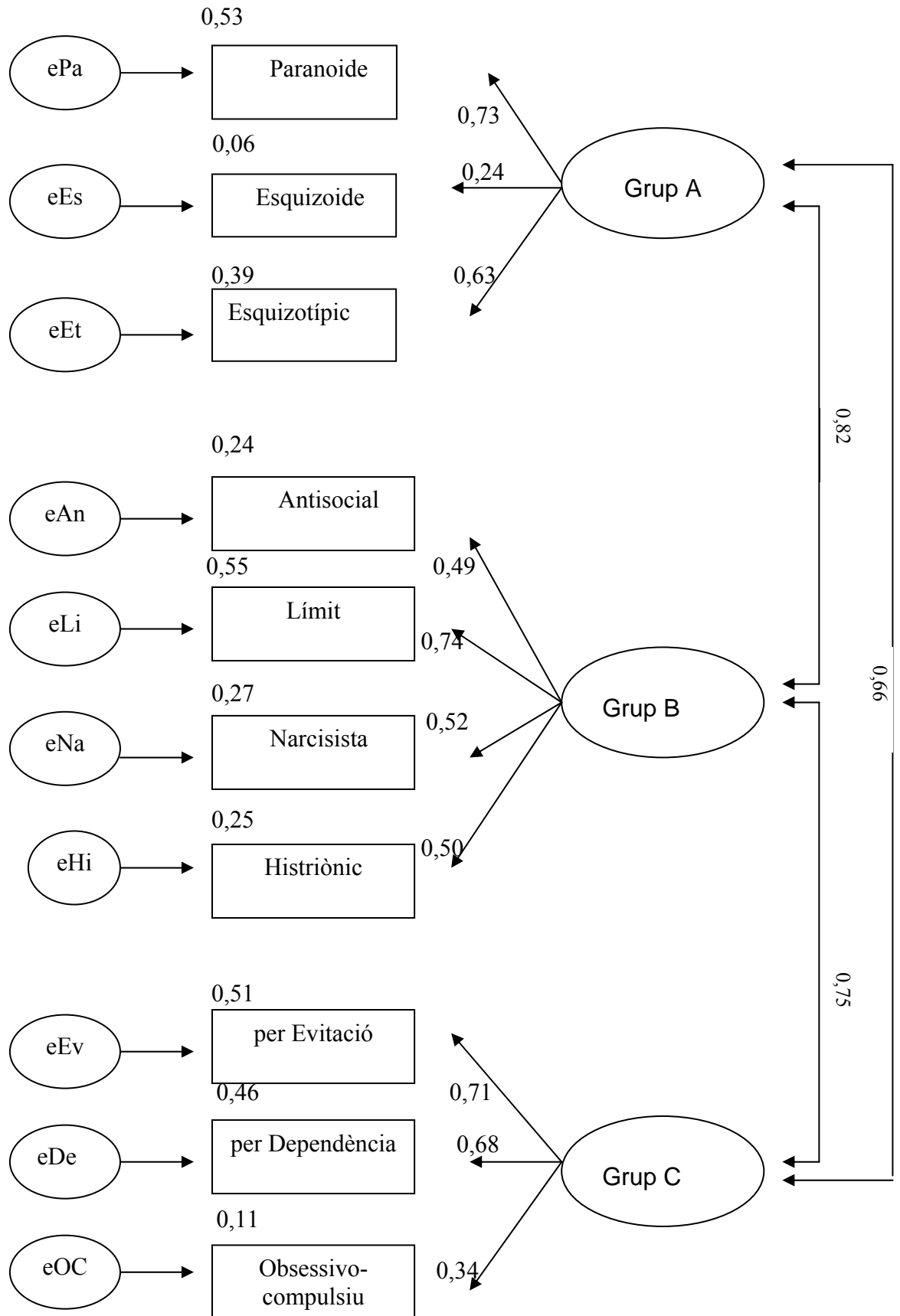


Figura 4.2.1. Anàlisi factorial confirmatori del model correlacionat del DSM-IV.

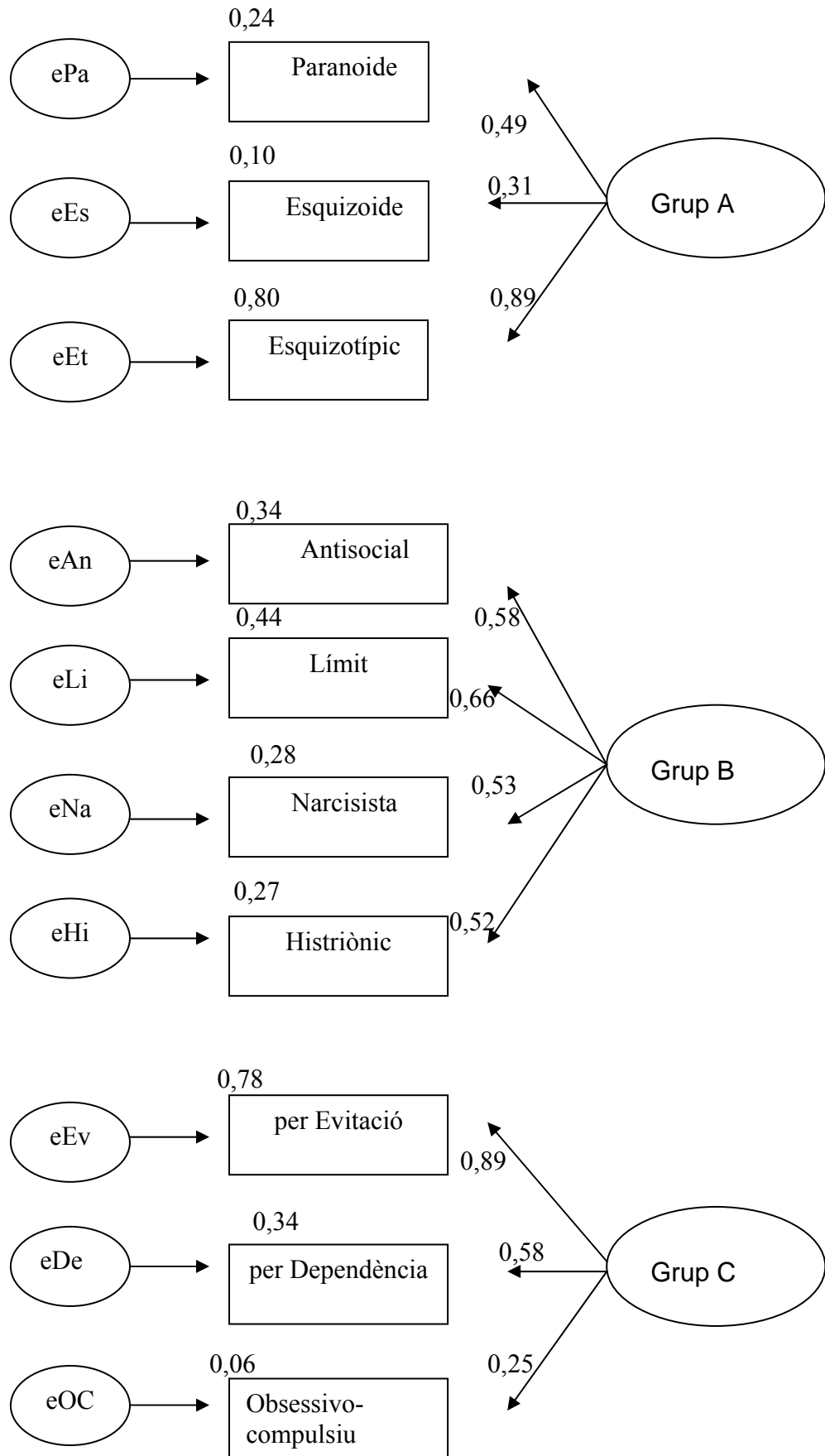


Figura 4.2.2. Anàlisi factorial confirmatori del model no correlacionat del DSM-IV.



## 4.2.3.3. Estudi de la validesa concurrent del PDQ-4+

La Taula 4.2.11 presenta les correlacions obtingudes en l'anàlisi de la validesa concurrent entre algunes variables del PDQ-4+ i les escales del TCI. Igual que en la mostra clínica, en el PDQ-4+ es consideraren el nombre de trastorns de la personalitat i les puntuacions en cada grup de l'eix II (suma de tots els ítems de cada grup). Els resultats indiquen que hi ha correlacions negatives significatives entre la dimensió de caràcter Autodirecció i nombre de trastorns en general i puntuacions en cada grup. Pel que fa a Cooperació, a diferència de la mostra clínica, totes les correlacions varen ser negatives, però només significativa amb el grup B. Amb Autotrascendència, totes les correlacions varen ser positives, però únicament significativa amb el grup B.

Taula 4.2.11. Correlacions entre TCI i nombre de TP i puntuacions en els grups del PDQ-4+.

TCI	PDQ-4+			
	Nombre TP	Grup A	Grup B	Grup C
<i>Caràcter</i>				
<b>Autodirecció</b>	<b>-0,65</b>	<b>-0,46</b>	<b>-0,60</b>	<b>-0,60</b>
<b>Cooperació</b>	-0,20	-0,21	<b>-0,37</b>	-0,00
<b>Autotrascendència</b>	0,20	<b>0,36</b>	0,18	0,17
<i>Temperament</i>				
<b>Percaça de novetat</b>	-0,10	-0,12	0,21	<b>-0,35</b>
<b>Evitació del dany</b>	<b>0,41</b>	0,27	0,21	<b>0,53</b>
<b>Dependència recompensa</b>	-0,00	-0,22	-0,06	0,23
<b>Persistència</b>	0,04	-0,01	-0,13	0,15

Negreta: La correlació es significativa al nivell  $p < 0,01$  (bilateral).

Aquests resultats varen indicar que la presència de TP en el PDQ-4+ es va relacionar amb baixa Autodirecció.

A més, es va realitzar un estudi entre aquestes dimensions caracterials del TCI i cadascuna de les escales del PDQ-4+. Els resultats es poden veure en la Taula 4.2.13.

L'anàlisi de correlacions va coincidir amb els resultats anteriors en general. Hi havia correlacions negatives entre Autodirecció i totes les escales del PDQ-4+, sent significatives només amb Paranoide, Esquizotípic, Límit, Histriònic, Narcisista, per Evitació i per Dependència ( $r \geq -0,450$ ). Cooperació, per altra banda, es va comportar de la mateixa manera, tot i que només fou significativa amb l'escala Narcisista. Únicament no correlacionava amb per Evitació. Autotrascendència només va mostrar una important correlació positiva amb Esquizotípic.

#### **4.2.3.4. Estudi de la validesa convergent i discriminant del PDQ-4+**

L'estudi de la validesa convergent i discriminant del PDQ-4+ en la mostra d'estudiants s'ha estructurat en tres parts. La primera és l'estudi de les intercorrelacions de totes les escales del PDQ-4+ utilitzant el coeficient de correlació  $r$  de Pearson. La segona, l'estudi de les correlacions entre el PDQ-4+ i les dimensions temperamentals de personalitat del TCI, les escales dimensionals de l'EPQ-R i les KSP. La tercera i última, entre les escales del PDQ-4+ i les escales de trastorns de la personalitat del MCMI-II.

La Taula 4.2.12 mostra la presència destacable de correlacions entre les dotze escales i les dues escales de control de resposta del PDQ-4+. Van destacar les correlacions dintre d'un mateix grup entre les escales per Evitació i per Dependència en el C (0,51), i entre Paranoide i Esquizotípic en el A (0,44). Pel que fa a les correlacions entre els grups, foren significatives entre: per Evitació i Depressiu, Límit i Paranoide, Límit i Passivoagressiu, i Límit i Depressiu. Igual que en l'Estudi 1, totes les escales del PDQ-4+ van presentar correlacions positives significatives amb la puntuació total del qüestionari, sent tots els coeficients superiors a 0,45, excepte en Esquizoide; i van correlacionar negativament amb Conformitat social, i ortogonalitat amb Infreqüència. L'anàlisi per gèneres no va mostrar diferències respecte a la mostra total.

Per tant, i tal com es va observar en la mostra clínica, les correlacions entre les escales d'un mateix grup no varen ser majors que les presentades entre aquestes escales amb els altres grups.

Taula 4.2.12. Intercorrelacions del PDQ-4+ i les seves escales.

Escales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Paranoide	1,00														
2. Esquizoide	<b>0,15</b>	1,00													
3. Esquizotípic	<b>0,44</b>	<b>0,28</b>	1,00												
4. Antisocial	<b>0,31</b>	0,05	<b>0,23</b>	1,00											
5. Límit	<b>0,45</b>	<b>0,14</b>	<b>0,36</b>	<b>0,40</b>	1,00										
6. Histriònic	<b>0,25</b>	-0,05	<b>0,21</b>	<b>0,25</b>	<b>0,36</b>	1,00									
7. Narcisista	<b>0,38</b>	<b>0,12</b>	<b>0,32</b>	<b>0,33</b>	<b>0,31</b>	<b>0,30</b>	1,00								
8. Evitació	<b>0,36</b>	0,08	<b>0,33</b>	0,09	<b>0,42</b>	<b>0,27</b>	<b>0,22</b>	1,00							
9. Dependència	<b>0,29</b>	-0,02	<b>0,22</b>	<b>0,21</b>	<b>0,42</b>	<b>0,37</b>	<b>0,20</b>	<b>0,51</b>	1,00						
10. Obsessivcompulsiu	<b>0,24</b>	<b>0,10</b>	<b>0,29</b>	<b>0,14</b>	<b>0,23</b>	<b>0,21</b>	<b>0,28</b>	<b>0,22</b>	<b>0,14</b>	1,00					
11. Passivoagressiu	<b>0,43</b>	<b>0,15</b>	<b>0,36</b>	<b>0,32</b>	<b>0,49</b>	<b>0,30</b>	<b>0,31</b>	<b>0,37</b>	<b>0,40</b>	<b>0,20</b>	1,00				
12. Depressiu	<b>0,35</b>	0,09	<b>0,33</b>	<b>0,14</b>	<b>0,48</b>	<b>0,27</b>	<b>0,17</b>	<b>0,55</b>	<b>0,39</b>	<b>0,29</b>	<b>0,42</b>	1,00			
13. Conformitat social	-0,1	0,05	-0,06	-0,19	-0,22	-0,14	-0,14	-0,14	-0,16	-0,10	-0,15	-0,22	1,00		
14. Infreqüència	0,02	0,09	0,03	0,07	0,05	0,03	<b>0,12</b>	0,02	0,08	-0,03	0,06	-0,01	0,07	1,00	
15. PDQ-4+	<b>0,68</b>	<b>0,26</b>	<b>0,63</b>	<b>0,48</b>	<b>0,74</b>	<b>0,53</b>	<b>0,55</b>	<b>0,66</b>	<b>0,61</b>	<b>0,47</b>	<b>0,67</b>	<b>0,66</b>	-0,24	0,07	1,00

Negreta: La correlació es significativa al nivell 0,01 (bilateral).  
 PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.  
 Sombrejat: Es correspon amb cada un dels 3 grups de l'eix II.

En segon lloc, es van estudiar les correlacions entre el PDQ-4+ i les dimensions temperamentals de personalitat del TCI i les escales dimensionals de l'EPQ-R i de les KSP.

Pel que fa al TCI, i seguint l'Estudi 1, la validesa es va estudiar inicialment entre nombre de trastorns de la personalitat i puntuacions en cada grup del PDQ-4+ i les dimensions temperamentals del TCI (veure Taula 4.2.11). Els resultats, com ja s'han exposat, van mostrar que Evitació del dany va ser la única que va presentar una correlació significativa amb el nombre de TP del PDQ-4+. A diferència dels resultats de la mostra clínica, cadascuna de les dimensions del TCI no van estar relacionades amb un dels grups de forma significativa. L'excepció va ser el grup C, el qual es va caracteritzar per una correlació positiva amb Evitació del dany i negativa amb Percaça de novetat. La resta no varen ser significatives. En general, doncs, aquests resultats varen indicar que el nombre de TP en el PDQ-4+ es va relacionar amb elevada Evitació del dany.

La Taula 4.2.13 mostra els resultats obtinguts a partir de l'estudi de les correlacions entre aquestes dimensions del temperament del TCI i cadascuna de les escales del PDQ-4+. S'observa que Percaça de novetat només va covariar de forma significativa amb Antisocial i en sentit negatiu amb per Evitació. La majoria d'escales ho feien positivament amb Evitació del dany, però només varen ser significativament positives amb Paranoide, per Evitació i per Dependència, i negativa i no significativa amb Antisocial i Esquizoide. La Dependència de la recompensa va mostrar una covariació negativa significativa amb Esquizoide i Narcisista, mentre que fou significativament positiva amb per Dependència. Pel que fa a Persistència, aquesta no va correlacionar de forma destacable amb cap escala del PDQ-4+.

Taula 4.2.13. Correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les dimensions del TCI.

TCI	PDQ-4+										
	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípic	Antisocial	Límit	Histriònic	Narcisista	Evitació	Dependència	Obsessivo-compulsiu	PDQ-4+
<i>Caràcter</i>											
Autodirecció	<b>-0,53</b>	-0,07	<b>-0,33</b>	-0,13	<b>-0,57</b>	<b>-0,46</b>	<b>-0,39</b>	<b>-0,49</b>	<b>-0,61</b>	-0,19	<b>-0,72</b>
Cooperació	-0,25	-0,14	-0,07	-0,22	-0,24	-0,16	<b>-0,35</b>	0,04	-0,04	-0,02	-0,22
Autotrascendència	0,15	0,12	<b>0,51</b>	-0,11	0,20	0,19	0,17	0,21	0,05	0,07	0,29
<i>Temperament</i>											
Percaça novetat	-0,15	-0,08	-0,04	<b>0,39</b>	0,21	-0,03	0,02	<b>-0,32</b>	-0,19	-0,23	-0,11
Evitació del dany	<b>0,39</b>	-0,02	0,16	-0,22	0,29	0,23	0,16	<b>0,56</b>	<b>0,44</b>	0,10	<b>0,46</b>
Dependència de la recompensa	-0,11	<b>-0,49</b>	-0,03	-0,04	-0,03	0,22	<b>-0,31</b>	0,20	<b>0,30</b>	-0,01	-0,02
Persistència	-0,02	-0,23	0,15	-0,27	-0,08	-0,01	0,01	0,17	-0,05	0,20	0,02

Negreta: La correlació es significativa al nivell  $p < 0,01$  (bilateral).

Respecte a l'EPQ-R, l'estudi de la validesa es va fer a partir de totes les escales del PDQ-4+. Els resultats obtinguts es presenten en la Taula 4.2.14, la qual mostra un nombre de correlacions significatives amb les escales del PDQ-4+, superior a l'obtinguda en la mostra clínica. Totes les escales del qüestionari, menys Esquizoide, van correlacionar de forma positiva i significativa amb el Neuroticisme d'Eysenck. Van mostrar coeficients alts especialment les escales Paranoide, Límit, per Evitació, per Dependència i Depressiu ( $r \geq 0,45$ ). Psicoticisme també va correlacionar de forma significativament positiva amb totes les escales, sent més destacable amb Antisocial i Límit. Obsessivocompulsiu fou la única que va presentar covariació positiva però no significativa amb aquesta dimensió. Per altra banda, Extraversió va correlacionar negativa i significativament amb Esquizoide, Esquizotípic, Límit, per Evitació i per Dependència del PDQ-4+; mentre que amb Antisocial fou positiva i significativa. En la resta, o no hi havia relació o aquesta no va ser significativa. L'escala Sinceritat va covariar negativament amb tots, sent significativa amb Paranoide, Antisocial, Límit, Histriònic, Narcisista, per Evitació i per Dependència. Només amb Esquizoide fou positiva no significativa.

També en aquesta mateixa Taula s'analitza la relació amb el PDQ-4+ total. S'observa que la presència de TP va estar associada positivament amb Neuroticisme i Psicoticisme, i negativament amb Extraversió i Sinceritat.

Es va comprovar que els grups, a diferència de la mostra clínica, van presentar un patró de relació més comú entre les seves escales. Així, les tres escales del grup A van estar associades positivament a Psicoticisme. També amb Neuroticisme, però només significativa amb Paranoide i Esquizotípic; i negativament amb Extraversió, sent significativa en Esquizoide i Esquizotípic. En el grup B, les seves 4 escales van mostrar relació positiva amb Neuroticisme i Psicoticisme, i negativa amb Sinceritat. Amb Extraversió no fou significativa en Histriònic i Narcisista, mentre que si que ho fou amb Antisocial i Límit però amb signes contraris. El grup C va covariar significativament amb Neuroticisme. De les tres escales, només per Evitació i per Dependència van

presentar el mateix patró de correlació: negativa amb Extraversió i Sinceritat, i positiva amb Psicoticisme. L'escala Obsessivocompulsiu, a part de Neuroticisme, no va mostrar cap associació més.

L'anàlisi per gèneres va seguir aquest patró general descrit, no observant-se diferències significatives entre els dos grups.



*Taula 4.2.14. Correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les dimensions de l' EPQ-R.*

EPQ-R	PDQ-4+										PDQ-4+
	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípic	Antisocial	Límit	Histriònic	Narcisista	Evitació	Dependència	Obsessivo-compulsiu	
Extraversió	-0,07	<b>-0,32</b>	<b>-0,22</b>	<b>0,16</b>	<b>-0,12</b>	0,09	0,04	<b>-0,38</b>	<b>-0,24</b>	-0,06	<b>-0,22</b>
Neuroticisme	<b>0,47</b>	0,05	<b>0,39</b>	<b>0,25</b>	<b>0,61</b>	<b>0,36</b>	<b>0,25</b>	<b>0,53</b>	<b>0,45</b>	<b>0,27</b>	<b>0,68</b>
Psicoticisme	<b>0,28</b>	<b>0,21</b>	<b>0,24</b>	<b>0,52</b>	<b>0,36</b>	<b>0,18</b>	<b>0,26</b>	<b>0,13</b>	<b>0,16</b>	0,07	<b>0,39</b>
Sinceritat	<b>-0,25</b>	0,10	-0,09	<b>-0,37</b>	<b>-0,41</b>	<b>-0,27</b>	<b>-0,21</b>	<b>-0,18</b>	<b>-0,32</b>	-0,08	<b>-0,38</b>

Negreta: La correlació es significativa al nivell  $p < 0,01$  (bilateral)

La Taula 4.2.15 mostra les correlacions entre el PDQ-4+ i les escales de personalitat del KSP. S'observà el següent patró de covariació. Una puntuació total alta en el PDQ-4+ es relacionà significativament amb Tendència a l'ansietat (elevades Ansietat somàtica, Tensió muscular, Ansietat psíquica i Psicastènia, i baixa Inhibició de l'agressió). Les relacions amb Extraversió i Agressió/hostilitat no varen resultar significatives. Tampoc ho varen ser amb Socialització, però cal assenyalar que tots els TP van correlacionar negativament, excepte Evitació, que fou positiva i no significativa.

De l'anàlisi per grups i per escales es varen obtenir els següents resultats. Tots els grups van seguir, en general, el patró de covariacions descrits anteriorment amb algunes excepcions. Les escales del grup A van estar associades de forma moderada amb la dimensió Tendència a l'ansietat. Cadascuna de les escales va presentar una correlació positiva significativa amb alguna de les escales KSP: Paranoide amb Tensió muscular, Esquizoide amb Psicastènia, i Esquizotípic amb Ansietat somàtica. Pel que fa a la resta de dimensions, es van trobar correlacions moderades no significatives o ortogonalitat, excepte en Esquizoide amb Distanciament emocional (dimensió Extraversió), i Paranoide amb Suspició i Irritabilitat (Agressió/hostilitat). La relació amb Socialització va ser negativa i no significativa per a totes les escales.

Del grup B, només l'escala Límit va presentar correlació positiva amb la dimensió Tendència a l'ansietat. En canvi, Histriònic va presentar correlacions moderades, mentre que Narcisista i Antisocial només ho van fer de forma negativa i significativa amb l'escala Inhibició de l'agressió. En la dimensió d'Extraversió, només Histriònic va mostrar una associació negativa amb Distanciament emocional; i Antisocial, positiva amb Evitació de la monotonia. En la tercera dimensió, només va resultar significativa la relació entre l'escala Límit i Irritabilitat, i negativa entre Antisocial i Desitjabilitat social. Amb la resta d'escales, les associacions foren moderades o negatives. Respecte a Socialització, igual que en el grup A, es va presentar ortogonalitat no significativa amb les 4 escales del PDQ-4+.

Entre les escales del grup C del PDQ-4+, i més concretament en per Evitació i per Dependència, sí que es va trobar un patró de covariacions més comú. Hi havia una correlació positiva amb Tendència a l'ansietat; covariacions moderades (per Dependència) o negatives no significatives (per Evitació) amb Extraversió; absència de relacions amb Agressió/hostilitat; i, un cop més, negatives i no significatives amb Socialització. Pel que fa a l'escala Obsessivocompulsiu, la seva relació amb Tendència a l'ansietat només fou elevada amb Ansietat somàtica i Psicastènia. Amb la resta de les escales de les KSP, foren moderades, excepte amb Socialització on també va seguir el patró de la resta de relació negativa no significativa.

De les escales de l'apèndix, només Depressiu va estar associada significativament amb les escales Inhibició de l'agressió, Ansietat psíquica i Psicastènia de la primera dimensió, i amb Culpa de la tercera de les KSP.

A causa de l'escassa grandària de la mostra, no va ser possible realitzar l'anàlisi per gènere.

Taula 4.2.15. Correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les escales del KSP.

KSP	PDQ-4+												
	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípic	Antisocial	Límit	Histriònic	Narcisista	Evitació	Dependència	Obsessivo-compulsiu	Passivoa-gressiu	Depressiu	PDQ-4+
<b>TENDÈNCIA ANSIETAT</b>													
Ansietat somàtica	0,22	0,12	<b>0,34</b>	-0,12	<b>0,51</b>	0,16	-0,20	<b>0,59</b>	<b>0,42</b>	<b>0,33</b>	0,15	0,31	<b>0,51</b>
Tensió muscular	<b>0,32</b>	0,12	0,11	0,03	<b>0,44</b>	0,03	-0,11	<b>0,45</b>	0,31	0,28	0,22	0,29	<b>0,44</b>
Inhibició agressió	-0,04	0,08	-0,06	<b>-0,45</b>	0,06	0,01	<b>-0,33</b>	<b>0,41</b>	<b>0,37</b>	0,13	0,16	<b>0,36</b>	0,14
Ansietat psíquica	0,20	-0,04	0,18	-0,20	<b>0,42</b>	0,30	-0,08	<b>0,60</b>	<b>0,57</b>	0,22	0,20	<b>0,58</b>	<b>0,55</b>
Psicastènia	0,22	<b>0,33</b>	0,13	-0,19	<b>0,43</b>	0,11	-0,04	<b>0,44</b>	<b>0,37</b>	<b>0,32</b>	0,15	<b>0,41</b>	<b>0,47</b>
<b>EXTRAVERSIÓ</b>													
Evitació monotonia	0,12	-0,23	0,11	<b>0,40</b>	0,17	0,09	0,18	0,05	0,07	0,09	-0,12	-0,13	0,15
Impulsivitat	0,03	-0,12	-0,24	0,28	-0,03	-0,08	0,11	-0,23	0,02	0,06	-0,08	-0,20	-0,10
Distanciament emocional	0,16	<b>0,47</b>	0,16	0,05	-0,05	<b>-0,57</b>	0,10	-0,12	-0,02	0,30	-0,18	-0,05	0,02
<b>AGRESSIÓ-HOSTILITAT</b>													
Irritabilitat	<b>0,36</b>	0,02	0,18	-0,03	<b>0,42</b>	-0,01	0,14	0,24	0,06	0,26	0,07	-0,04	0,29
Culpa	0,29	-0,03	0,06	-0,15	0,28	0,03	-0,01	0,28	0,18	0,28	0,11	<b>0,38</b>	0,31
Agressió verbal	0,13	-0,25	-0,00	0,27	0,28	0,13	-0,05	0,03	-0,10	-0,11	-0,04	-0,00	0,06
Agressió indirecta	0,10	-0,02	0,05	0,03	0,25	-0,06	-0,03	-0,01	-0,16	0,05	0,03	-0,14	0,02
Suspició	<b>0,48</b>	-0,02	0,26	0,09	0,21	0,07	0,24	0,11	0,19	0,29	0,18	0,10	<b>0,38</b>
Desitjabilitat social	-0,25	0,12	0,04	<b>-0,37</b>	-0,13	0,12	-0,22	0,06	0,05	0,06	0,02	0,18	-0,05
<b>SOCIALITZACIÓ</b>													
Socialització	-0,25	-0,07	-0,19	-0,18	-0,31	-0,00	-0,12	0,03	-0,16	-0,29	-0,17	-0,08	-0,30

Negreta: La correlació es significativa al nivell  $p < 0,001$  (bilateral).

KSP: 4 dimensions: Tendència a l'ansietat, Extraversió, Agressió/hostilitat i Socialització.

La tercera i última part pel que fa a l'estudi de la validesa convergent i discriminant es presenta en la Taula 4.2.16 amb les correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les escales de trastorns de la personalitat del MCMI-II. Tot i l'existència d'algunes diferències entre les definicions dels TP segons la teoria de Millon i el PDQ-4+, com ja s'ha assenyalat en el punt 4.1.2 de Material, es va observar una major correspondència entre les escales homònimes dels dos qüestionaris, encara que també es va observar la covariació entre altres escales que conceptualment podien ser independents.

Les escales del grup A del PDQ-4+ correlacionaren amb els seus equivalents del MCMI-II, Paranoide (P), Esquizoide (1) i Esquizotípica (S). A més, Paranoide del PDQ-4+ va mostrar covariacions significatives amb Antisocial (6A), Agressiva-Sàdica (6B), Passivoagressiva (8A), Autodestructiva (8B) i Límit (C); i Esquizotípic amb Fòbica (2), Autodestructiva (8B) i Paranoide (P).

Les escales del grup B també van relacionar amb els seus corresponents del MCMI-II. Destacaren les associacions entre Límit del PDQ-4+ i Fòbica (2), Antisocial (6A), Passivoagressiva (8A), Autodestructiva (8B) i Esquizotípica (S) del MCMI-II. Antisocial del PDQ-4+ va correlacionar amb Agressiva-Sàdica (6B) i Passivoagressiva (8A). També Narcisista amb Paranoide (P).

Per últim, en el grup C del PDQ-4+, l'escala per Evitació correlacionà amb Fòbica (2), però també amb altres com Autodestructiva (8B), Esquizotípica (S) i Límit (C), amb una  $r$  superior a 0,50. Per Dependència, tot i presentar una correlació positiva significativa amb Dependent, les seves covariacions varen ser més elevades amb d'altres, com Autodestructiva (8B), Límit (C), Fòbica (2) i Esquizotípica (S). En canvi, Obsessivcompulsiu va correlacionar de forma positivament significativa amb totes les escales, excepte amb Dependent, encara que totes amb valors per sota de 0,35.

Pel que fa a les dues escales de l'apèndix, s'observà que Passivoagressiu va covariar amb la seva equivalent del Millon i també amb Autodestructiva (8B) i Límit (C). Depressiu es va comportar igual que l'anterior, però també va correlacionar amb Fòbica (2) i Esquizotípica (S) del MCMI-II.

La Taula 4.2.16 també permet veure la relació entre el PDQ-4+ total i les diferents escales del MCMI-II. Es va observar que les correlacions foren significativament altes, especialment amb Límit (C), Autodestructiva (8B), Passivoagressiva (8A), Fòbica (2), Esquizotípica (S), on van ser superiors a 0,60. L'única escala del Millon que no va covariar amb el qüestionari PDQ-4+ va ser Compulsiva (7).

L'anàlisi per gèneres va seguir el mateix patró general de correlació descrit, encara que amb petits matisos. Els homes ( $n = 175$ ) van presentar correlacions més altes entre PDQ-4+ i les escales Narcisista (5), Antisocial (6A), Agressiva-Sàdica (6B), Límit (C) i Paranoide (P); mentre que les dones ( $n = 361$ ) amb Dependència (3) i Histriònica (4).

Taula 4.2.16. Correlacions entre les escales del PDQ-4+ i les escales del MCMI-II.

MCMI-II	PDQ-4+												PDQ-4+
	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípic	Antisocial	Límit	Histriònic	Narcisista	Evitació	Dependència	Obsessivo-compulsiu	Passivo-agressiu	Depressiu	
1 Esquizoide	<b>0,21</b>	<b>0,43</b>	<b>0,38</b>	-0,01	<b>0,19</b>	-0,02	0,08	<b>0,41</b>	<b>0,23</b>	<b>0,17</b>	<b>0,19</b>	<b>0,31</b>	<b>0,36</b>
2 Fòbica	<b>0,40</b>	<b>0,30</b>	<b>0,48</b>	<b>0,14</b>	<b>0,48</b>	<b>0,19</b>	<b>0,24</b>	<b>0,60</b>	<b>0,46</b>	<b>0,20</b>	<b>0,40</b>	<b>0,53</b>	<b>0,64</b>
3 Dependent	0,04	-0,04	<b>0,12</b>	<b>-0,13</b>	0,01	<b>0,19</b>	0,01	<b>0,24</b>	<b>0,31</b>	0,08	0,08	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
4 Histriònica	<b>0,30</b>	<b>-0,16</b>	0,09	<b>0,41</b>	<b>0,30</b>	<b>0,43</b>	<b>0,31</b>	-0,05	0,10	<b>0,14</b>	<b>0,26</b>	0,05	<b>0,30</b>
5 Narcisista	<b>0,34</b>	0,09	<b>0,24</b>	<b>0,44</b>	<b>0,26</b>	<b>0,27</b>	<b>0,42</b>	-0,06	-0,06	<b>0,19</b>	<b>0,24</b>	0,04	<b>0,32</b>
6A Antisocial	<b>0,46</b>	<b>0,12</b>	<b>0,32</b>	<b>0,57</b>	<b>0,49</b>	<b>0,23</b>	<b>0,39</b>	<b>0,14</b>	<b>0,14</b>	<b>0,17</b>	<b>0,40</b>	<b>0,18</b>	<b>0,50</b>
6B Agressiva/ Sàdica	<b>0,47</b>	<b>0,13</b>	<b>0,30</b>	<b>0,52</b>	<b>0,44</b>	<b>0,25</b>	<b>0,45</b>	<b>0,18</b>	<b>0,15</b>	<b>0,26</b>	<b>0,41</b>	<b>0,22</b>	<b>0,52</b>
7 Compulsiva	-0,02	0,10	0,08	<b>-0,24</b>	<b>-0,28</b>	<b>-0,12</b>	0,02	0,02	-0,08	<b>0,23</b>	<b>-0,20</b>	-0,07	-0,09
8A Passivoagressiva	<b>0,57</b>	0,10	<b>0,42</b>	<b>0,48</b>	<b>0,66</b>	<b>0,39</b>	<b>0,39</b>	<b>0,44</b>	<b>0,42</b>	<b>0,25</b>	<b>0,55</b>	<b>0,47</b>	<b>0,73</b>
8B Autodestructiva	<b>0,49</b>	<b>0,16</b>	<b>0,45</b>	<b>0,29</b>	<b>0,61</b>	<b>0,40</b>	<b>0,34</b>	<b>0,54</b>	<b>0,56</b>	<b>0,24</b>	<b>0,50</b>	<b>0,56</b>	<b>0,74</b>
S Esquizotípica	<b>0,44</b>	<b>0,34</b>	<b>0,52</b>	<b>0,17</b>	<b>0,47</b>	<b>0,21</b>	<b>0,26</b>	<b>0,58</b>	<b>0,45</b>	<b>0,21</b>	<b>0,40</b>	<b>0,48</b>	<b>0,65</b>
C Límit	<b>0,55</b>	<b>0,18</b>	<b>0,44</b>	<b>0,43</b>	<b>0,74</b>	<b>0,37</b>	<b>0,34</b>	<b>0,51</b>	<b>0,48</b>	<b>0,24</b>	<b>0,54</b>	<b>0,58</b>	<b>0,77</b>
Pa Paranoide	<b>0,53</b>	<b>0,22</b>	<b>0,46</b>	<b>0,32</b>	<b>0,34</b>	<b>0,24</b>	<b>0,49</b>	<b>0,27</b>	<b>0,18</b>	<b>0,34</b>	<b>0,34</b>	<b>0,25</b>	<b>0,55</b>

Negreta: La correlació es significativa al nivell 0,01 (bilateral)  
 Sombrejat: Es correspon a les correlacions entre escales homòlogues.

**4.2.3.5. Qüestionari PDQ-4+**

Aquest apartat en la mostra no clínica consisteix en l'estudi del nombre mitjà de diagnòstics de TP, de les prevalences i de les comorbiditat a partir de l'administració única del qüestionari.

Igual que en la mostra clínica, el qüestionari PDQ-4+ per sí sol presenta una prevalença total elevada (per sobre del 75%), sent els TP específics més prevalents l'obsessivocompulsiu, paranoide i per evitació (veure Taula 4.2.3). La Taula 4.2.17 presenta les dades sobre el nombre mitjà de TP en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ i PDQ-4. Tot i resultar inferior a l'obtingut en l'Estudi 1, també fou alt tractant-se d'una mostra d'estudiants (2,31 i 1,91, respectivament).

*Taula 4.2.17. Nombre mitjà de TP diagnosticats per subjecte en funció de les puntuacions en el PDQ-4+.*

	Només qüestionari		
	<i>Mitjana</i>	<i>D.T.</i>	<i>Rangs</i>
<b>PDQ-4+</b>	2,31	2,09	0 10
<b>PDQ-4</b>	1,91	1,66	0 8

D. T.: Desviació Típica

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

A partir d'aquestes dades de prevalença i de nombre mitjà de TP es van analitzar les comorbiditats. La Taula 4.2.18 mostra que del 79,5% de subjectes de la mostra no clínica que varen presentar algun TP, més del 50% varen complir criteris per 2 o més diagnòstics segons el PDQ-4+. Igual que en l'Estudi 1, el diagnòstic únic fou l'excepció, sent comú el diagnòstic de més de dos trastorns alhora.



Taula 4.2.18. Prevalença del nombre de TP en funció de les puntuacions en el PDQ-4+.

	PDQ-4+		PDQ-4	
	%	n	%	n
<b>Cap TP</b>	20,5	140	22,5	154
<b>1 TP</b>	23,7	162	26,2	179
<b>Més 1 TP</b>	55,8	382	51,3	351

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

En la Taula 4.2.19 es presenta la comorbiditat entre els TP específics. Com succeïa en la mostra clínica, el solapament fou molt alt per a la majoria de TP, no resultant inferior al 75% en cap cas.

Taula 4.2.19. Prevalença dels TP per trastorn i comorbiditat associada en funció de les puntuacions en el PDQ-4+.

	Prevalença TP		Comorbiditat entre TP	
	%	n	%	n
<b>Paranoide</b>	36,4	249	90,4	225
<b>Esquizoide</b>	3,4	23	91,3	21
<b>Esquizotípic</b>	19,4	133	97,7	130
<b>Antisocial</b>	2	14	85,7	12
<b>Límit</b>	22,4	153	97,4	149
<b>Histriònic</b>	6,7	46	97,8	45
<b>Narcisista</b>	6,4	44	95,4	42
<b>Evitació</b>	31,9	218	92,2	201
<b>Dependència</b>	6,9	47	100	47
<b>Obsessivcompulsiu</b>	55,3	378	75,1	284
<b>Passivoagressiu</b>	14,8	101	98	99
<b>Depressiu</b>	25,6	175	93,7	164

En la Taula 4.2.20 es presenten els resultats de les comorbiditats intragrups i entre grups. La segona va resultar més destacable que la primera. De l'anàlisi intragrups, el grup C fou el que va presentar la prevalença més alta, sent superior al 22% respecte al total de la mostra, mentre que el B va ser el que va mostrar la coocurrència més baixa. Pel que fa a la comorbiditat entre grups, si els percentatges es calculaven sobre el total de la mostra, tots els grups tenien unes prevalences per sobre del 25%, sent la més alta la del C.

Sembla, doncs, que en general tots els trastorns de qualsevol grup presentaren una considerable comorbiditat tant dintre d'un mateix grup com en relació amb els altres, on encara fou més destacable.

*Taula 4.2.20. Prevalença de TP per grups en funció de les puntuacions en el PDQ-4+ i comorbiditats intragrups i entre grups.*

	Prevalença TP per grups		Comorbiditat intragrups			Comorbiditat entre grups		
	n	%	n	% dintre de cada grup	% sobre total mostra	n	% amb altres grups	% sobre total mostra
<b>Grup A</b>	300	43,8	96	32	14	266	88,7	38,9
<b>Grup B</b>	203	29,7	48	23,6	7	191	94,1	27,9
<b>Grup C</b>	459	67,1	163	35,5	23,8	332	72,3	48,5
<b>Apèndix</b>	215	31,4	61	28,4	8,9	201	93,5	29,4

### **4.3. DISCUSSIÓ**

#### **4.3.1. FIABILITAT**

La versió castellana del PDQ-4+ en mostra no clínica presenta una consistència interna limitada per a cadascuna de les escales, i especialment per l'Obsessivocompulsiu i l'Esquizoide (totes dues per sota de 0,40). La mitjana de coeficients Alfa de totes les escales (0,49) i els valors de cadascuna d'aquestes ( $\leq 0,64$ ) resulten inferiors als de la mostra clínica.

Pel que fa als grups i a la puntuació total del PDQ-4+, aquests milloren, però continuen sent més baixos respecte a la clínica.

Respecte a les mitjanes de correlacions interítems, aquestes també són, en general, baixes. Igual que en la mostra clínica, les escales amb els índexs més elevats són les mateixes que les que obtenen els valors Alfa més alts (per Dependència, Depressiu i per Evitació). El mateix passa amb les mitjanes més baixes.

Els grups i la puntuació total del PDQ-4+, tot i les Alfa, mostren mitjanes inferiors pel fet d'estar formats per criteris de diversos trastorns, que augmenten l'heterogeneïtat i disminueixen el grau de correlació.

L'absència de treballs publicats amb el PDQ-4+ i els seus antecessors impossibilita la comparació dels nostres resultats.

Atès que les consistències internes observades en aquesta mostra han estat baixes, la validesa del PDQ-4+ en mostres d'estudiants serà necessàriament limitada.

### **4.3.2. VALIDESA**

Segons les nostres hipòtesis respecte al gènere, esperàvem obtenir en mostres no clíniques puntuacions dimensionals més elevades en les dones en les escales Histriònic i per Dependència, i en els homes en Esquizoide, Antisocial i Obsessivocompulsiu. Les nostres puntuacions només resulten superiors en l'escala Histriònic en les dones. En per Dependència, tot i ser superior, no resulta significativa. En canvi, no s'havien hipotetitzat i van resultar també superiors en les dones Paranoide, Límit, per Evitació i Depressiu. Per altra banda, i contràriament a les nostres hipòtesis, l'escala Obsessivocompulsiu mostra una puntuació dimensional significativament superior en aquest gènere. En els homes, només resulta significativament més elevada l'escala Antisocial.

No hem trobat treballs publicats amb el PDQ-4+ i mostra no clínica on s'analitzin les diferències per gènere a partir d'aquestes puntuacions. Per això no es poden comparar els resultats obtinguts. Si ho fem a partir de versions anteriors del PDQ, únicament podem fer-ho amb el treball de Funtowicz i Widiger (1995), amb el PDQ-R. Coincidim amb ells en trobar unes puntuacions més elevades en les dones en l'escala Histriònic i en els homes en l'escala Antisocial. Pel que fa a la comparació amb altres treballs a partir d'altres instruments d'avaluació, com el MCMI-II (Sinha i Watson, 2001), i dels criteris del DSM-III-R (Sprock, Blashfield i Smith, 1990), aquests coincideixen amb nosaltres parcialment. Sinha i Watson (2001) només troben puntuacions significativament més elevades en l'escala per Dependència en les dones, confirmant una de les hipòtesis. En canvi, Sprock, Blashfield i Smith (1990) les troben en Histriònic i per Evitació, mentre que en els homes és l'Esquizoide la més elevada.

La comparació segons el gènere a partir de l'estudi de les prevalences mostra que els trastorns de la personalitat paranoide, per evitació, obsessivocompulsiu i depressiu són més significatius en les dones, igual que amb les puntuacions mitjanes. Però no coincideixen amb les nostres hipòtesis: el TP obsessivocompulsiu és contrari a aquestes, i junt amb el TP paranoide diferent al que descriu Coid (2005). En canvi, a

diferència del que s'ha hipotetitzat, no ho són els TP histriònic i per dependència. Pel que fa a les prevalences en els homes, TP antisocial és l'únic que mostra diferències significatives més elevades.

No hem trobat cap treball publicat amb el PDQ-4+ ni amb les seves versions anteriors on s'analitzin les prevalences per gènere en mostres no clíniques, fent impossible la comparació de resultats. Sí que ho podem fer a partir d'altres estudis, com el de Sinha i Watson (2001), que han utilitzat qüestionaris com el MCMI-II. Els seus resultats indiquen una major prevalença en les dones dels trastorns histriònic i per evitació, i en els homes, de l'antisocial i el narcisista. De nou, i tenint en compte les diferències existents entre els dos instruments d'avaluació, la coincidència amb les nostres dades només resulta parcial.

Encara que no s'havia formulat cap hipòtesi respecte a les puntuacions dimensionals totals i la prevalença en general de TP segons el PDQ-4+ en mostra no clínica, les anàlisis d'aquestes dades posen de relleu que resulten significativament més elevades en les dones. En canvi l'estudi de la distribució total de les puntuacions del PDQ-4+ (igual o superior a 30) no és significativa.

No hem trobat cap treball amb el PDQ-4+ ni amb versions anteriors de l'instrument pel que fa a les puntuacions dimensionals totals. Respecte a la presència general de TP segons el gènere (al menys un trastorn), els nostres resultats discrepen dels obtinguts per Jackson i Burgess (2000), amb la IPDE, i per Torgersen, Kringlen i Cramer (2001), amb la SIDP-R, els quals no mostren diferències significatives en prevalença per gènere. En canvi, altres estudis amb altres instruments sí que les han trobat: Maier i cols. (1992), amb la SCID-II, i Sinha i Watson (2001), amb el MCMI-II, observaren major prevalença en dones; mentre que Samuels i cols. (2002), amb la IPDE, la trobaren en homes.

Podem concloure que, tot i les discrepàncies trobades entre els nostres resultats i els obtinguts en diversos treballs publicats, hi ha una tendència general de les dones a

puntuar de forma més elevada en TP histriònic i dels homes en TP antisocial, com s'ha assenyalat en la mostra clínica, confirmant-se parcialment les nostres hipòtesis.

En referència a l'estructura interna del PDQ-4+ també s'ha analitzat mitjançant una anàlisi factorial exploratòria, amb mètode de Components Principals, i una anàlisi factorial confirmatòria.

L'anàlisi factorial exploratòria seleccionada obté per defecte quatre factors. Al diferir del nombre obtingut en la mostra clínica i en el sistema de grups del DSM-IV, vàrem optar per forçar una solució a tres factors. Aquests, tot i coincidir en el nombre, mostren diferències en la configuració d'aquests amb el Manual i amb la mostra clínica. La manca de treballs amb el PDQ-4+ i els seus antecessors en mostres no clíniques fa impossible comparar els nostres resultats. Només hem trobat un treball de Zimmerman i Coryell (1990b), que ho realitza amb la SIDP. Els seus resultats coincideixen amb el nostre en el nombre de factors, però no en la configuració d'aquests. Sembla, doncs, que els resultats sobre l'estructura factorial del PDQ-4+ no reproduïxen exactament els grups de l'eix II del DSM-IV.

El nostre treball és, al nostre coneixement, l'únic que realitza una anàlisi factorial confirmatòria en una mostra d'estudiants amb aquest instrument o qualsevol altre de relacionat. Els resultats obtinguts confirmen la manca d'una estructura factorial que es correspongui amb el sistema de grups del DSM-IV. Tot i que el model correlacionat DSM-IV s'ajusta millor a les dades que el seu equivalent en la mostra clínica, els resultats ens porten a concloure que cap model pot explicar la relació existent entre les dades.

Així doncs, els nostres resultats confirmen una estructura factorial poc consistent del PDQ-4+ en mostra d'estudiants i per tant, unes limitacions del sistema de tres grups i del model de diagnòstic en que es fonamenta.

L'estudi de la validesa concurrent s'ha fet seguint els mateixos criteris establerts en la mostra clínica. Els nostres resultats entre el PDQ-4+ i el TCI com a instruments per al cribatge de trastorns de la personalitat no coincideixen totalment amb els obtinguts en la mostra clínica, i per tant amb les hipòtesis formulades.

Es confirmen les correlacions negatives i significatives hipotetitzades entre la dimensió caracterial Autodirecció del TCI i la puntuació total, les dels grups i la majoria de les escales del PDQ-4+ (Paranoide, Esquizotípic, Límit, Histriònic, Narcisista, per Evitació i per Dependència). No passa el mateix amb la dimensió Cooperació. Només es confirma la hipòtesi pel que fa al grup B i a l'escala Narcisista. Per la resta, tot i ser negatives, no resulten significatives. Per tant, sembla que, a diferència dels resultats obtinguts en la mostra clínica i en el treball de Svrakic i cols. (2002), les puntuacions altes en la dimensió Autodirecció en mostra d'estudiants poden considerar-se indicadors d'absència de problemes de la personalitat, mentre que no queda tan clar en Cooperació.

Pel que fa a la dimensió Autotrascendència, s'observa una tendència a correlacionar de forma positiva no significativa amb la puntuació total del PDQ-4+ i amb els grups, però únicament resulta significativa amb el grup A. El mateix succeeix amb les escales específiques: tot i l'existència de correlacions positives, aquesta només és significativa en Esquizotípic. L'escala Antisocial és l'única que mostra una correlació negativa encara que no significativa amb Autotrascendència, contràriament al que proposen les nostres hipòtesis.

L'absència de treballs duts a terme amb el PDQ-4+, o els seus antecessors, i el TCI en mostres no clíniques, fa impossible la comparació dels nostres resultats. Podem concloure que la validesa concurrent entre els dos instruments en mostra d'estudiants presenta certes limitacions, confirmant-se només parcialment les nostres hipòtesis, a diferència del que succeeix en la nostra mostra clínica.

En referència a la validesa convergent i discriminant, contràriament al que havíem hipotetitzat, les diferents escales del PDQ-4+ en la mostra d'estudiants



presenten correlacions elevades tant entre les escales d'un mateix grup com entre les escales de diferents grups. Els nostres resultats indiquen unes coocurrències de trastorns que teòricament no haurien de ser possibles tenint en compte els criteris proposats pel DSM, tal i com succeeix en la mostra clínica. No hem trobat en la bibliografia cap treball previ que realitzi aquesta anàlisi amb les diferents versions del PDQ en mostres no clíniques.

En quant a l'estudi de la validesa convergent i discriminat a partir de les correlacions entre PDQ-4+ i TCI, EPQ-R i KSP, podem assenyalar que les hipòtesis que havíem formulat respecte a les relacions de les escales temperamentals del TCI amb les escales del grup A del PDQ-4+ no es confirmen en la mostra d'estudiants, a diferència de la mostra clínica. Trobem a nivell de grup una relació negativa amb Dependència de la recompensa i positiva amb Evitació del dany, no sent cap d'elles significativa. En canvi, sí que són significatives a nivell de només dues escales: negativa entre Dependència de la recompensa i Esquizoide, i positiva entre Evitació del dany i Paranoide.

Pel que fa a l'EPQ-R, els nostres resultats coincideixen amb la mostra clínica i amb el treball de Deary i cols. (1998) al confirmar les hipòtesis sobre les correlacions positives i significatives entre Neuroticisme i escales Paranoide i Esquizotípic, però no amb Esquizoide. Respecte a les hipòtesis plantejades en relació amb Psicoticisme (correlacions positives significatives moderades), els resultats van en la direcció esperada, contràriament al que s'esperava amb Extraversió (ortogonalitat). Les escales Esquizoide i Esquizotípic mostren una relació negativa significativa.

Quant a les KSP, els nostres resultats confirmen parcialment correlacions moderades entre algunes escales del PDQ-4+ i les relacionades amb Tendència a l'ansietat: només positives i significatives entre Tensió muscular i Paranoide, Psicastènia i Esquizoide, i Ansietat somàtica i Esquizotípic; i negatives i no significatives amb Socialització. Pel que fa a les escales d'Agressió/hostilitat, no es confirma totalment la hipòtesi, al trobar-se relacions positives amb Paranoide, sent

significatives amb Irritabilitat i Suspiciàcia; ortogonalitat amb Esquizoide; i moderades amb Esquizotípic. Per tant, sembla que el grup A, a diferència del que s'havia hipotetitzat i d'alguns treballs publicats amb mostra clínica, com el d'Ekselius, Hetta i von Knorring (1994), no presenta unes relacions clarament definides amb les KSP.

En línies generals, aquestes dades ens confirmen una validesa convergent limitada de la puntuació de grup A del PDQ-4+ i de les seves escales amb el TCI, l'EPQ-R i KSP; i validesa discriminant adequada amb els tres instruments.

En relació al grup B, les hipòtesis apuntaven relacions positives amb Percepció de novetat i Evitació del dany del TCI; amb Neuroticisme, Extraversió i Psicoticisme de l'EPQ-R; amb escales relacionades amb Tendència a l'ansietat, Extraversió i Agressió/hostilitat de les KSP; i negatives amb Socialització d'aquest últim. Respecte al TCI, el grup B presenta una relació moderada amb Evitació del dany i Percepció de novetat, sent només significativa aquesta última amb l'escala Antisocial. Contràriament a les nostres hipòtesis, Narcisista presenta una relació negativa significativa amb Dependència de la recompensa.

Amb l'EPQ-R es confirmen parcialment les nostres hipòtesis de correlacions positives moderades amb Neuroticisme i Psicoticisme. Amb Extraversió, contràriament al que s'havia hipotetitzat i a treballs com el de Deary i cols. (1998), només l'escala Antisocial presenta una relació positiva significativa. De les altres escales restants, Histriònic i Narcisista mostren moderació, i Límit relació negativa significativa.

Respecte a les KSP, coincidint amb el treball d'Ekselius, Hetta i von Knorring (1994) en una mostra clínica, però contràriament amb la nostra hipòtesi, Tendència a l'ansietat només correlaciona positivament i significativament amb Límit. Histriònic, en canvi, ho fa de forma moderada, mentre que Narcisista i Antisocial presenten ortogonalitat (només negativa significativa amb Inhibició de l'agressió). Tampoc es confirma totalment la hipòtesi respecte a les escales d'Extraversió, ja que els nostres resultats només mostren una relació moderada amb Narcisista i Antisocial. Com era

d'esperar, Histriònic té una relació negativa significativa amb Distanciament emocional (Ekselius, Hetta i von Knorring, 1994); i Antisocial positiva significativa amb Evitació monotonía. Respecte a les escales d'Agressió/hostilitat, o bé hi han relacions moderades o absència d'aquestes. Només destaca una relació significativa positiva entre Límit i Irritabilitat, i negativa entre Antisocial i Desitjabilitat social. Per últim, els nostres resultats confirmen la nostra hipòtesi i coincideixen amb els treballs de Caseras, Torrubia i Farré (2001) en una mostra d'estudiants, i d'Ekselius, Hetta i von Knorring (1994), en una mostra clínica, en presentar una relació negativa de Socialització amb les escales del PDQ-4+, encara que en el nostre estudi no resulta significativa.

Podem concloure que el grup B del PDQ-4+ i les seves escales mostren una validesa convergent i discriminant moderades amb el TCI i l'EPQ-R, mentre que amb les KSP totes dues valideses resulten limitades.

En el grup C, els nostres resultats confirmen relacions positives significatives amb Evitació del dany tant a nivell de grup com de les escales per Evitació i per Dependència. En Obsessivocompulsiu és positiva però moderada. Per altra banda, s'observen relacions importants amb altres escales que no havien estat hipotetitzades: relacions negatives significatives entre Percaça de novetat i aquest grup i amb l'escala per Evitació; i positives significatives entre Dependència de la recompensa i per Dependència.

Respecte a l'EPQ-R, es confirmen en general les hipòtesis: relacions positives amb Neuroticisme, sent significatives amb les tres escales del grup C; i negatives amb Extraversió, encara que només significatives amb per Evitació i per Dependència. Aquests resultats coincideixen amb el treball de Deary i cols. (1998), i no amb Caseras, Torrubia i Farré (2001), els quals consideren que no hi cap escala d'aquest qüestionari que permeti diferenciar el grup C dels altres grups.

Pel que fa a les KSP, també els nostres resultats confirmen en general les hipòtesis plantejades. Trobem que les escales del grup C es relacionen positivament

amb les escales de Tendència a l'ansietat, sent significatives en per Evitació i per Dependència, tal i com descriu Ekselius, Hetta i von Knorring (1994) en la seva mostra clínica. L'excepció és Tensió muscular, que resulta moderada en les escales per Dependència i Obsessivocompulsiu. En aquesta escala només hi ha relacions positives significatives amb Ansietat somàtica i Psicastènia. Igual que amb els altres grups i amb totes les escales, i coincidint amb treballs ja assenyalats (Caseras, Torrubia i Farré, 2001; Ekselius, Hetta i von Knorring, 1994), Socialització és negativa, encara que en aquest grup, com en els dos anteriors, tampoc resulta significativa.

Per tant, el grup C i les seves escales mostren una validesa convergent acceptable amb TCI, EPQ-R i KSP, i una validesa discriminant força limitada amb el TCI i acceptable amb EPQ-R i KSP.

No hem trobat en la bibliografia revisada treballs que analitzin aquestes relacions amb aquests quatre instruments en mostres no clíniques. Per tant, resulta impossible comparar dades. Si ho fem amb la mostra clínica, tot i les diferències respecte aquesta, els nostres resultats ens permeten confirmar l'existència d'unes relacions superiors entre els grups A i C i les seves escales i les dimensions de psicoticisme i d'instabilitat emocional i ansietat, respectivament (Widiger i Simonsen, 2005). En el grup B no es dona un patró tant definit de relació.

Tot i que no s'havia hipotetitzat, també s'ha analitzat la relació entre la puntuació total del PDQ-4+ i les escales del TCI, de l'EPQ-R i de les KSP. Respecte al primer, hi ha una relació positiva significativa amb Evitació del dany. Respecte a l'EPQ-R, els nostres resultats indiquen que una puntuació elevada en el PDQ-4+ es relaciona positivament amb Neuroticisme i Psicoticisme i, a diferència de la mostra clínica, negativament amb Extraversió. L'elevat nombre de correlacions obtingudes i la presència de Sinceritat significativa en l'EPQ-R podria estar indicant una major tendència dels estudiants a respondre de forma menys sincera al qüestionari. L'absència de treballs que analitzin les relacions entre aquests dos instruments en mostres no clíniques impossibilita la comparació de dades. Pel que fa a les KSP, s'ha trobat també

una relació positiva significativa entre una puntuació elevada en el PDQ-4+ i les escales relacionades amb Tendència a l'ansietat (moderada amb Inhibició de l'agressió). Igual que amb els diferents grups, el PDQ-4+ total es relaciona de forma negativa amb Socialització, encara que no resulta significativa. Encara que aquestes dades són de gran interès, cal ser prudents en la seva interpretació i generalització, ja que provenen d'una mostra d'estudiants voluntaris i de nombre reduït. Seria molt interessant la seva aplicació a una mostra clínica, que permetés confirmar aquesta relació, i poder comparar-ho amb el TCI i l'EPQ-R.

Per tant, a *modus* de resum, podem concloure que una puntuació elevada en el PDQ-4+ està associada positivament amb Evitació del dany, Neuroticisme, Psicoticisme, Tendència a l'ansietat (Ansietat somàtica i psíquica, Tensió muscular i Psicastènia); i negativament amb Autodirecció, Extraversió (aquesta a diferència de la mostra clínica) i Socialització. Aquests resultats permeten confirmar, igual que en la mostra clínica, i contràriament al que es podria esperar (Jang, Livesley i Vernon, 1999), una tendència a la complementarietat entre autoinformes basats en diagnòstic i autoinformes basats en trets en mostres no clíniques.

Per últim, en referència a l'estudi de la validesa convergent i discriminant a partir del MCMI-II, els nostres resultats confirmen les hipòtesis formulades d'un bon nivell de concordança entre les escales homòlogues d'aquest qüestionari i el PDQ-4+. Aquestes resulten més destacables per a la majoria de les escales que teòricament mesuren els mateixos constructes, que són Paranoide, Esquizoide, Esquizotípic, Antisocial, Límit, Histriònic, Narcisista, per Evitació, Passivoagressiu i Depressiu ( $r \geq 0,42$ ). Per tant, les nostres correlacions entre les escales homòlogues dels dos qüestionaris mostren un nivell de relacions acceptables (Lindsay i Widiger, 1995; Wierzbicki i Gorman, 1995). A més, una puntuació total elevada en el PDQ-4+ es relaciona positiva i significativament amb totes les escales del MCMI-II, excepte amb la Compulsiva, on resulta negativa no significativa.

Però també, i contràriament al que s'havia hipotetitzat, la resta d'escala no homòlogues del MCMI-II i del PDQ-4+ presenten un nombre de correlacions en general elevades. Aquest excés de covariacions significatives entre els dos instruments pot tenir varies explicacions. En primer lloc, l'ús del MCMI-II en la recerca resulta limitat, ja que ha estat especialment dissenyat pel diagnòstic en un context clínic (Millon, 1998; Wierzbicki i Gorman, 1995). Nosaltres, en canvi, l'hem utilitzat amb estudiants voluntaris, la majoria dels quals no reben criteris diagnòstics per alguna de les escales. En segon lloc, encara que tots dos siguin qüestionaris d'autoinforme basats en diagnòstic, estem comparant un instrument basat en el DSM-III-R i un altre en el IV. Per últim, una possible limitació del mateix MCMI-II està en l'intent de representar alhora dues formulacions teòriques, la dels criteris del DSM-III-R i la teoria de Millon, les quals no sempre resulten coincidents i convergents en les seves formulacions. Per tant, sembla que l'excessiu nombre de correlacions entre PDQ-4+ i MCMI-II podrien estar condicionades, en part, per aquestes característiques.

En la nostra recerca no hem trobat cap treball que compari el PDQ-4+ i el MCMI-II. En canvi, sí que hem trobat comparacions entre aquest últim i versions anteriors del PDQ (Costa i McCrae, 1990; Dubro, Wetzler i Kahn, 1988; Lindsay i Widiger, 1995; Wierzbicki i Gorman, 1995) o amb altres instruments, com l'entrevista SIDP (Perry, 1992). Wierzbicki i Gorman (1995) troben relacions positives altes entre MCMI-II i PDQ-R en deu de les onze escales (Paranoide, Esquizoide, Esquizotípic, Antisocial, Límit, Histriònic, Narcisista, per Evitació, per Dependència, Passivoagressiu), amb l'excepció de l'escala Compulsiva. En canvi, el seu nivell d'acord  $\kappa$  mostra uns coeficients modestos. Per altra banda, Dubro, Wetzler i Kahn (1988) apunten que MCMI i PDQ són dues mesures correctes en la identificació de presència de TP, i exactes en la predicció d'absència d'aquests, arribant a considerar que la seva combinació incrementa l'eficàcia diagnòstica.

Per tant, els nostres resultats, d'acord amb alguns treballs previs, ens permeten confirmar l'existència d'una validesa convergent acceptable i una validesa discriminant força limitada entre el PDQ-4+ i el MCMI-II.

En referència a l'estudi de nombre mitjà de diagnòstics, prevalences i comorbiditats generats pel qüestionari PDQ-4+ en la mostra d'estudiants, els nostres resultats confirmen les nostres hipòtesis. Pel que fa al nombre mitjà de diagnòstics per participant, el nostre estudi és l'únic que presenta aquestes dades en una mostra no clínica. Si comparem el nostre resultat amb l'obtingut per Birtchnell i Shine (2000) en una mostra penitenciària amb la versió PDQ-4, comprovem que el nostre (2,31) és inferior al presentat per aquests autors (4,02). El seu nombre mitjà de diagnòstics resulta més proper a l'obtingut en la nostra mostra clínica. Tots els treballs revisats que utilitzen versions anteriors del PDQ, com el PDQ-R (Maffei i cols., 1995), o altres instruments d'avaluació, com les entrevistes SCID-II (Coid, 2006) o la SIDP-R (Torgersen, Kringlen i Cramer, 2001), mostren la tendència a generar més d'un diagnòstic de trastorn de la personalitat. Per tant, aquest no resulta exclusiu del nostre qüestionari, tot i que sí que resulta superior a altres instruments: mentre que Maffei i cols. (1995) obtenen un nombre mitjà de diagnòstics de 2,20; per Coid (2006) és de 1,92; i per Torgersen, Kringlen i Cramer (2001) és de 1,48.

Les estimacions de prevalença de trastorns específics de la personalitat en la comunitat solen ser diferents de les de la clínica, fet que impossibilita la deducció d'unes a partir de les altres (Reich, Nduaguba i Yates, 1988). Les dades de que disposem en mostres no clíniques mostren una manca de consens, tot i que el nivell d'acord resulta superior al que es troba en treballs clínics.

Els estudis epidemiològics en la població general presenten major nivell de dificultat. La majoria dels instruments d'avaluació dels trastorns de la personalitat estan dissenyats per ser aplicats a mostres clíniques. A més, aquests estudis no clínics resulten més costosos, ja que requereixen la participació d'un nombre de subjectes més elevat, i consegüentment un augment del temps i de les despeses.

Dit això, els nostres resultats sobre prevalença general parlen d'un 79,5% de trastorns de la personalitat en estudiants amb el PDQ-4+ (PDQ-4: 77,5%). Encara que

elevada, coincideix amb el 77% obtingut en l'únic treball publicat fins ara amb mostra no clínica i la versió PDQ-4, el de Bagby i Pajouhandeh (1997). Estem d'acord amb aquests autors que es tracta d'una prevalença extremament alta tractant-se d'estudiants, sent més pròpia d'una mostra clínica. Sorprenentment, si ho comparem amb el treball de Dammen i cols. (2000), que valora els trastorns de la personalitat en una mostra clínica de pacients no psiquiàtrics amb el PDQ-4, aquests obtenen una prevalença inferior a la nostra, sent del 39%. Aquestes diferències confirmen que les prevalences en aquestes mostres, igual que en les clíniques, depenen no només de l'instrument d'avaluació, sinó principalment també de les característiques dels subjectes estudiats. Fins al moment no hi ha més treballs publicats amb aquest instrument en mostres de la població general.

Tots aquests resultats fan pensar que el qüestionari PDQ-4+ tendeix a sobrediagnosticar en mostres d'estudiants. Probablement, les prevalences obtingudes es veurien considerablement reduïdes amb l'ús de l'escala de Significació clínica, tal i com ha succeït amb la mostra clínica, però que ha resultat impossible d'administrar en aquesta mostra.

Per altra banda, la revisió de la literatura ens ha permès comprovar l'existència d'un reduït nombre en general d'estudis epidemiològics amb mostres no clíniques i altres instruments d'avaluació amb format d'autoinforme. Sense oblidar la manca d'acord entre instruments que mostra la literatura, si comparem els nostres resultats amb els dels estudis que han utilitzat entrevistes semiestructurades, aquells resulten comparativament més elevats. Weisman (1993), després de la seva revisió, estableix una prevalença de TP en la comunitat entre el 10 i el 13%. Aquestes són confirmades posteriorment per Torgersen, Kringlen i Cramer (2001), que informen d'unes diferències entre els treballs revisats que oscil·len entre el 5,9 i el 22,2%, amb una prevalença mitjana de 11,1%. El seu estudi presenta una prevalença general dintre d'aquest rang, sent del 13,1%. També Mattia i Zimmerman (2001), davant la manca de dades de prevalença general de l'eix II per a la població general en el DSM-IV, estableixen un rang a partir de sis estudis basats en el DSM-III i el DSM-III-R. Segons els autors, aquesta proporció varia entre el 6,7% (Lenzenweger, Loranger, Korfine i



Neff, 1997) i el 33,1% (Black i Moyer, 1998), amb una mitjana del 12,9%. Per Mattia i Zimmerman, la proporció tan baixa obtinguda per Lenzenweger i cols. (1997) pot ser deguda al fet d'haver utilitzat estudiants universitaris amb un alt rendiment acadèmic, fet que podria haver esbiaixat els resultats d'aquesta mostra cap a una presentació menys patològica. Per últim, la revisió de Coid (2006) estableix un rang entre el 4,4 i el 13% de prevalença de TP en la comunitat. Encara que molt inferiors als nostres resultats, Paris (2005) considera que els estudis epidemiològics troben, en general, prevalences extremadament altes en la comunitat. Per ell això és degut, bàsicament, al fet de que els instruments d'avaluació es fonamenten en uns criteris, els del DSM-IV, els quals tendeixen a sobreestimar la presència de trastorns de la personalitat.

Pel que fa a la prevalença de TP específics amb el PDQ-4+ en una mostra voluntària d'estudiants, els nostres resultats indiquen prevalences molt altes en general. Els trastorns més freqüents en aquests subjectes són, en primer lloc, l'obsessivocompulsiu (55,3%), seguit del paranoide i per evitació, tots dos per sobre del 30%. Amb l'únic treball amb subjectes no clínics i PDQ-4+ que es podria comparar seria amb el de Bagby i Pajouhandeh (1997), però aquests no presenten aquestes dades de prevalença.

El fet que les puntuacions en el TP obsessivocompulsiu siguin tant elevades en aquests subjectes podria estar lligat a les explicacions suggerides per Johnson i Bornstein (1992) i per Maffei i cols. (1995). Segons aquests autors, els resultats estarien relacionats amb les exigències acadèmiques a les que estan sotmesos els estudiants, els quals poden acabar desenvolupant trets més perfeccionistes, de major responsabilitat i d'autoexigència excessiva. A més, aquests trets són socialment ben vistos i poden estar associats a un major èxit acadèmic i professional. Per això, Paris (2005) considera que en aquest trastorn, de forma més destacada, el límit entre trets de personalitat normal i psicopatologia resulten més confusos.

Totes les nostres prevalences resulten superiors a les establertes per Mattia i Zimmerman (2001) i per Coid (2006), pels quals les prevalences dels trastorns

específics de la personalitat de l'eix II poden oscil·lar, segons els diversos estudis revisats, entre el 0,0-0,1% i el 5,6-7,9%, respectivament. Tot i que alguns dels nostres resultats estan dintre d'aquests rangs, com els dels trastorns de la personalitat esquizoide, antisocial, histriònic, narcisista i per dependència, la resta se situen molt per sobre d'aquests estudis. També resulten superiors als establerts en el DSM-IV, excepte pel TP antisocial, on els resultats són força similars. En el grup A, totes les nostres prevalences en el PDQ-4+ estan per sobre del Manual. Segons el DSM-IV, el TP esquizotípic és el més comú, mentre que en el nostre treball ho és el TP paranoide. Del grup B, el més prevalent per nosaltres és el TP límit. La prevalença del TP antisocial, que és la més baixa de tot l'estudi, resulta la més similar a l'establerta en el Manual. Aquest resultat podria estar relacionat amb dos possibles fets. El primer seria que el qüestionari pot estar subestimant aquest trastorn, ja que els subjectes poden negar o dissimular algunes de les conductes avaluades que compten amb la desaprovació social. Una altra possible explicació estaria relacionada amb les característiques de la mostra estudiada. Els trets antisocials, per sí mateixos, impossibiliten l'estabilitat acadèmica, justificant-se així una prevalença tan baixa. Reich, Yates i Nduaguba (1989) també ho interpreten de dues formes: una, que els antisocials difícilment contesten un qüestionari; i dos, que són subjectes amb molta mobilitat. Finalment, les prevalences més altes del PDQ-4+ es donen en el grup C i en els seus trastorns, amb percentatges comparativament més elevats que els establerts en el DSM-IV. De les categories en discussió pendents de posteriors investigacions no hi ha dades de prevalença en el Manual.

Probablement, l'administració de l'escala de Significació clínica podria haver reduït de forma important tant les prevalences generals com les específiques, així com el nombre mitjà de diagnòstics per subjecte amb el PDQ-4+ en la mostra d'estudiants. Els resultats s'haurien apropat als d'alguns dels treballs esmentats, tot i que la majoria d'ells estan realitzats amb entrevistes semiestructurades.

Aquestes dades sobre nombre mitjà de diagnòstics per participant i sobre prevalences ens porta, un cop més, al punt de la comorbiditat. En el nostre estudi, les

coocurrències resulten molt altes, tant en general, com pels trastorns específics i pels grups. No es disposa de cap de treball previ publicat amb aquest instrument on s'analitzin aquestes dades, però d'altres estudis amb altres instruments ho confirmen (Cohen i cols., 2005). La discussió sobre comorbiditat, feta àmpliament en la discussió clínica (apartat 3.3), resulta aplicable també en aquesta mostra. Com ja s'ha assenyalat, i d'acord amb Clark, Livesley i Morey (1997), sembla doncs que estem avaluant trastorns que presenten problemes de conceptualització.

Tots aquests resultats posen de relleu la necessitat de dur a terme futurs treballs en la població general que permetin administrar el PDQ-4+ juntament amb l'escala de Significació clínica. Això ens permetria comprovar la seva finalitat en la reducció de diagnòstics falsos positius obtinguts en mostres no clíniques, tal i com s'ha observat en la mostra clínica. Si considerem que treballs amb versions anteriors de l'instrument han suggerit que es tracta d'una bona mesura d'identificació de trastorns de la personalitat en estudis de comunitat (Hyer i cols., 1990; Johnson i Bornstein, 1992), caldria veure si el PDQ-4+ junt amb la seva escala de Significació clínica també ho són en aquests entorns.

## **5. COMPARACIÓ DE MITJANES I PREVALENCES DE LA MOSTRA CLÍNICA I LA NO CLÍNICA**

L'objectiu d'aquest capítol fou la comparació de resultats entre la mostra clínica i la d'estudiants pel que fa a nombre de TP; escales de control de respostes; distribució de les puntuacions; mitjanes i prevalences per trastorn.

### **5.1. MÈTODE**

Les característiques de les dues mostres, el material emprat i el procediment ja s'han descrit en els capítols 3 i 4 respectivament.

## **5.2. RESULTATS**

### **5.2.1. Comparació de distribució de la distribució per gèneres, per edats i pel nombre de TP**

Pel que fa a la distribució per gèneres, en la mostra clínica va ser propera al 50%, mentre que en la d'estudiants va haver-hi un predomini de dones. En quant a l'edat, també s'observaren diferències, obtenint-se una mitjana més elevada en la mostra clínica que en la d'estudiants. Respecte a la mitjana del nombre de TP diagnosticats per subjecte en funció de les puntuacions en el PDQ-4+, en les dues mostres fou elevada, tot i que la prevalença fou superior en la clínica. Tots aquests resultats es mostren en la Taula 5.2.1.

*Taula 5.2.1. Comparació de la distribució per gèneres, per edat i pel nombre de TP de les mostres clínica i d'estudiants.*

		<b>Clínica</b>	<b>Estudiants</b>
<b>Gènere</b>	<b>Homes</b>	51,5% (n = 225)	32,3% (n = 221)
	<b>Dones</b>	48,3% (n = 211)	67,7% (n = 463)
<b>Edat (anys)</b>	<b>Mitjana</b>	32,2	19,4
	<b>D.T.</b>	10,86	2,68
	<b>Rang</b>	16 - 82	17 - 51
<b>Nombre TP</b>	<b>Mitjana</b>	3,57	2,31
	<b>D.T.</b>	2,71	2,09

D.T.: Desviació Típica.

### **5.2.2. Comparació de les escales de control de respostes**

La comparació de les escales Conformitat social i Infreqüència entre les dues mostres posà de manifest diferències entre elles. En la mostra clínica, les puntuacions dimensionals dels protocols invàlids foren en general més altes que en els protocols vàlids, excepte en les escales Histriònic, per Evitació, Obsessivocompulsiu i Depressiu. En cap escala les diferències resultaren significatives (veure Taula 3.2.1). En la mostra d'estudiants succeí tot el contrari (veure Taula 4.2.1): els protocols vàlids presentaren mitjanes superiors que els invàlids en el PDQ-4+ total i en totes les escales, excepte Esquizoide, i aquestes diferències foren significatives en alguns casos.

Les dues mostres van coincidir en que la invalidesa fou determinada principalment per l'escala de Conformitat social, però amb un percentatge més alt en el grup d'estudiants (8% en aquests; 6,9% en el grup clínic). Infreqüència mostrà una menor capacitat discriminativa i va resultar lleugerament més alta en la mostra clínica (4,1% i 2,6%, respectivament).

Per altra banda, les dues mostres tendien a presentar unes distribucions, tant pel que fa a les escales com a la puntuació total del PDQ-4+, que s'allunyaven de la normalitat encara que amb valors absoluts de curtosi i asimetria inferiors a 1 (veure Taules 3.2.4 i 4.2.4, i figures 3.2.3 i 4.2.3 de l'Annex 3).

### **5.2.3. Comparació de mitjanes i de prevalences**

En primer lloc, es van comparar les puntuacions dimensionals de la mostra clínica i la no clínica, mitjançant la t de Student. Atès que la diferència d'edat va ser important entre les mostres, com s'ha assenyalat anteriorment, l'edat es va mantenir com una constant en la comparació de mitjanes, per descartar el seu efecte sobre els resultats. Per això, aquesta anàlisi només es va dur a terme entre dos subgrups formats

**5. Comparació de mitjanes i prevalences de la mostra clínica i no clínica**

per subjectes fins als 24 anys, quedant una submostra clínica de 99 pacients i una no clínica de 509. La Taula 5.2.2 mostra els resultats obtinguts.

*Taula 5.2.2. Comparació de mitjanes (t de Student) entre mostra clínica i d'estudiants en funció de les puntuacions en el PDQ-4+.*

	Clínica (n = 99)		Estudiants (n = 509)		t Student	Sig. bilateral
	Mitjana	D.T.	Mitjana	D.T.		
<b>Paranoide</b>	3,24	2,12	3,11	1,65	-0,60	n.s.
<b>Esquizoide</b>	2,00	1,56	1,24	1,11	-4,62	***
<b>Esquizotípic</b>	3,32	2,15	3,08	1,80	-1,05	n.s.
<b>Antisocial</b>	1,56	1,42	1,24	1,19	-2,07	*
<b>Límit</b>	4,35	2,21	3,30	1,87	-4,47	***
<b>Histriònic</b>	2,78	1,77	2,10	1,42	-3,61	***
<b>Narcisista</b>	2,55	1,72	2,14	1,43	-2,19	*
<b>Evitació</b>	3,65	2,07	2,85	1,73	-3,60	***
<b>Dependència</b>	2,89	2,14	1,59	1,63	-5,72	***
<b>Obsessivcompulsiu</b>	3,90	1,73	3,71	1,50	-1,10	n.s.
<b>Passivoagressiu</b>	2,75	1,57	2,16	1,40	-3,76	***
<b>Depressiu</b>	4,36	2,02	3,28	1,79	-4,95	***
<b>PDQ-4+</b>	37,38	14,25	29,85	11,12	-4,98	***
<b>PDQ-4</b>	30,23	11,72	24,36	9,10	-4,72	***

D. T.: Desviació Típica

PDQ-4+: Puntuació total dels 10 TP i els 2 de l'apèndix.

PDQ-4: Puntuació total dels 10 TP.

Sig.: significació.

n.s.: no significativa; \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

Els resultats de la Taula 5.2.2 mostren diferències significatives ( $p < 0,05$ ) per a la majoria de les escales, amb l'excepció de Paranoide, Esquizotípic i Obsessivcompulsiu. També hi havia diferències en les puntuacions del PDQ-4+ i PDQ-4 totals. Per tant, les mostres clínica i d'estudiants varen presentar diferències entre les seves mitjanes, sent significativament superiors en la primera.

**5. Comparació de mitjanes i prevalences de la mostra clínica i no clínica**

En segon lloc, es va realitzar la comparació entre les prevalences dels TP de les dues mostres, mitjançant la prova de  $\chi^2$ . La Taula 5.2.3 presenta els resultats obtinguts. La freqüència en els diagnòstics dels TP, encara que elevada en les dues, va resultar superior en la mostra clínica.

*Taula 5.2.3. Prevalences dels TP per trastorn en funció de les puntuacions del PDQ-4+ i comparació de prevalences ( $\chi^2$ ) en mostra clínica i d'estudiants.*

TP	Clínica (n= 99)	Estudiants (n= 509)	$\chi^2$	gl	Sig. asintòtica (bilateral)
	%	%			
Paranoide	51,5	42,2	2,90	1	n.s.
Esquizoide	18,2	3,1	35,50	1	***
Esquizotípic	29,3	23,8	1,36	1	n.s.
Antisocial	4,0	2,2	1,22	1	n.s.
Límit	48,5	24,4	23,78	1	***
Histriònic	17,2	7,1	10,62	1	**
Narcisista	15,2	7,1	7,04	1	**
Evitació	50,5	35,4	8,08	1	**
Dependència	25,3	7,7	27,23	1	***
Obsessivcompulsiu	60,6	55,6	0,85	1	n.s.
Passivoagressiu	31,3	18,1	9,00	1	**
Depressiu	53,5	26,9	27,34	1	***

Sig.: significació.

n.s.: no significativa; \* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Les diferències obtingudes entre les dues mostres foren significatives per a la majoria dels TP: esquizoide, límit, histriònic, narcisista, per evitació, per dependència, passivoagressiu i depressiu. En canvi, tot i que el TP obsessivcompulsiu fou el diagnòstic més prevalent en les dues mostres, amb una prevalença superior al 50%, no hi havia diferències significatives entre les dues.



Per tant, es podria concloure que les dues mostres van presentar diferències tant en les puntuacions dimensionals com en la prevalença de trastorns, sent sempre superiors en la mostra clínica.

### **5.3. DISCUSSIÓ**

A partir de la hipòtesi de que les puntuacions mitjanes i les prevalences de la mostra clínica haviem de ser substancialment més elevades que les de la mostra no clínica, era previsible que la primera obtingués un nombre de trastorns diagnosticats per subjecte comparativament superior que al de la mostra d'estudiants. La manca de treballs publicats amb el PDQ-4+ on s'estudiïn alhora dos grups de participants procedents d'un entorn clínic i d'un altre de la població general impedeix comparar els nostres resultats. Si ho fem amb altres estudis que sí que ho han fet amb només una mostra, com el de Fossati i cols. (1998) i el de Wilberg, Dammen i Friis (2000) en clíniques, o el de Birtchnell i Shine (2000) en mostra penitenciària, els nostres resultats coincideixen amb ells. Per tant, els nostres resultats són els esperables pel que fa a major presència de TP en la mostra clínica que en la d'estudiants.

Respecte a les dues escales de control de resposta del PDQ-4+, Conformitat social i Infreqüència, les dades indiquen que la seva capacitat per a la identificació de protocols invàlids en mostres clíniques i no clíniques resulta dubtosa. Només hem trobat en la literatura el treball publicat per Yang i cols. (2000) en una mostra clínica. Però únicament podem comparar els nostres resultats amb el seu nombre de protocols vàlids i invàlids i amb les dades que refereixen a Hyler, encara que no especifiquen l'origen d'aquestes. Per Yang i cols. (2000), 801 qüestionaris d'un total de 1926 resulten invalidats per alguna de les dues escales. Aquesta xifra representa una prevalença d'un 41%, coincident amb el 40% de Hyler, però no amb la nostra que resulta molt inferior: un 11%.

**5. Comparació de mitjanes i prevalences de la mostra clínica i no clínica**

---

A més, podem comparar les nostres prevalences per a cadascuna de les dues escales amb Hyler. Aquest assenyalava que al voltant d'un 18% de qüestionaris haurien de ser invàlids per l'escala de Conformitat social. Els percentatges observats en el nostre estudi són inferiors: 6,9% en la mostra clínica i 8% en la mostra no clínica. Pel que fa a l'escala d'Infreqüència, Hyler considera que pot detectar un percentatge de protocols invàlids més alt (al voltant del 30%) que l'obtingut per nosaltres (4,1% i 2,6%, respectivament en cada mostra). Per tant, podem concloure de forma general que el percentatge de protocols invàlids del nostre estudi és força inferior al trobat en aquell treball (Yang i cols, 2000). No tenim constància de cap estudi publicat amb prevalences de les escales de control de resposta en mostres de la població general.

En quant als diferents perfils de protocols obtinguts en les dues mostres, tampoc disposem de cap treball per comparar-ho. La mostra clínica presenta un perfil de puntuacions dimensionals invers a l'obtingut en la mostra d'estudiants: en la primera són més elevades les mitjanes dels protocols invàlids, mentre que en la segona ho són les dels vàlids.

A partir d'aquestes dades podríem plantejar algunes possibles hipòtesis explicatives. La primera, fa referència al fet que en la mostra clínica les puntuacions dimensionals dels protocols invàlids són superiors als vàlids, encara que les dues mostres tinguin el mateix percentatge total de casos invàlids. Això probablement és una de les conseqüències de les característiques d'aquest grup clínic: una major presència de patologia en general pot estar més relacionada amb estils de respostes més distorsionadors, i també expressada en l'escala d'Infreqüència amb una prevalença lleugerament superior. En la mostra d'estudiants, les característiques dels participants que tendeixen a respondre buscant una major acceptació social (Bagby i Pajouhandeh, 1997), així com la forma d'administració (col·lectiva i anònima), poden haver influït en l'obtenció de puntuacions dimensionals superiors en els protocols vàlids, i per tant, en una puntuació major en Conformitat social.

**5. Comparació de mitjanes i prevalences de la mostra clínica i no clínica**

---

Una segona possible explicació fa referència a que les escales de control de resposta. Tot i estar dissenyades per poder captar respostes distorsionadores, tenen un nombre excessivament reduït d'ítems (quatre per Conformitat social i dos per Infreqüència), que impossibilita una discriminació acceptable.

D'acord amb Bagby i Pajouhandeh (1997) i Yang i cols. (2000), tots els nostres resultats ens porten a qüestionar la validesa i la utilitat d'aquestes dues breus escales en la detecció dels qüestionaris invàlids. Per això, i coincidint amb Yang i cols. (2000), vàrem procedir a utilitzar el total de les dues mostres.

Pel que fa a la normalitat, no tenim constància de cap treball que hagi dut a terme aquestes anàlisis amb les escales del PDQ-4+. Només podem comparar els nostres histogrames amb l'estudi de Lyoo i cols. (2003), els quals analitzen la distribució del nombre de criteris diagnòstics de cadascun dels trastorns de la personalitat a partir de models de corba diferents. Tant en la mostra clínica com la d'estudiants, únicament coincidim amb aquells autors en que el trastorn de la personalitat antisocial presenta un model de corba logístic; el TP obsessivocompulsiu quadràtic; i el TP passivoagressiu, cúbic. En la resta de trastorns no hi ha coincidències. Per tant, sembla que tots aquests resultats permeten indicar que cada TP segueix un tipus de distribució diferent, sent la característica comú a tots ells l'absència de normalitat. Com era d'esperar a partir dels nostres resultats, la mostra clínica presenta unes distribucions una mica més allunyades de la normalitat, encara que en la d'estudiants també succeeix.

Respecte a la comparació de puntuacions dimensionals, els nostres resultats confirmen totalment la hipòtesi: aquestes són superiors en la mostra clínica que en la d'estudiants. Aquestes dades es repliquen en l'anàlisi i la comparació de prevalences. Encara que no s'havia formulat cap hipòtesi al respecte, ha permès corroborar que el grup clínic puntua de forma superior en tots els trastorns de la personalitat. Però cal assenyalar que la mostra d'estudiants també obté puntuacions elevades en les dues anàlisis, tot i tractar-se d'un grup de la població general. L'absència de treballs publicats

**5. Comparació de mitjanes i prevalences de la mostra clínica i no clínica**

---

on es realitzin aquestes comparacions amb el PDQ-4+ fa impossible contrastar els nostres resultats.

Podem concloure que les diferències trobades entre la mostra clínica i la mostra d'estudiants són les hipotetitzades: la mostra clínica obté unes puntuacions en el PDQ-4+ superiors a les de la mostra no clínica. Això confirma que el PDQ-4+ mostra un nivell de validesa i de discriminació correctes en aquest aspecte. El fet de que les dues mostres presentin puntuacions tan elevades en general, especialment destacables en el grup d'estudiants, pot ser explicat per la tendència del propi qüestionari a sobrediagnosticar, conseqüència de la seva elevada sensibilitat i moderada especificitat, com ja han assenyalat Bagby i Pajouhandeh (1997) i Yang i cols. (2000). Finalment, volem concloure dient que, pel nostre coneixement, aquest és el primer treball que compara mostres clíniques i no clíniques amb el PDQ-4+.



## **6. DISCUSSIÓ GENERAL**

L'aparició del sistema de classificació multiaxial del DSM ha estimulat l'interès per la conceptualització i el diagnòstic, i consegüentment pel desenvolupament d'instruments d'avaluació dels trastorns de la personalitat, que no té precedents. Però, tot i que cadascuna de les últimes edicions d'aquest Manual ha dedicat especial atenció a l'eix II, encara no resulta totalment satisfactori, i per tant, l'avaluació d'aquests trastorns continua sent problemàtica i controvertida (Perry, 1992; Widiger i Axelrod, 1995; Zimmerman, 1994).

Pel que fa al PDQ-4+, la seva administració segueix dues fases. En la primera, el qüestionari, amb un format de preguntes directes, permet alertar al clínic de l'existència de possibles àrees de funcionament alterades, i establir un probable diagnòstic de presència de patologia de la personalitat. En una segona fase, el clínic explora de forma més detallada mitjançant l'escala de Significació clínica. Aquesta permet confirmar les respostes obtingudes en el qüestionari, i obtenir així una major precisió diagnòstica. Per tant, la combinació dels dos mètodes, qüestionari i entrevista, en un mateix instrument beneficia dels avantatges de cadascun d'ells i compensa alhora alguns dels seus problemes inherents (Blount, Evans, Birch, Warren i Norton, 2002; Hunt i Andrews, 1992; Hyler i cols., 1990; Klonsky, Oltmanns i Turkheimer, 2002; Parker i Barret, 2000; Perry, 1993; Schotte, 2000; Westen i Shedler, 1999a; Widiger, 2000; Widiger i Axelrod, 1995).

Els nostres resultats en l'estudi clínic ens permeten considerar que l'ús conjunt del PDQ-4+ i l'escala de Significació clínica fan d'aquest instrument una bona alternativa d'avaluació dels trastorns de la personalitat en la pràctica clínica diària. Permet reduir el nombre de diagnòstics obtinguts en el qüestionari i controlar parcialment tant els biaixos propis del participant (com la influència dels estats afectius i/o els factors situacionals sobre la descripció dels trets) (Moran i cols., 2000; Parker i Barrett, 2000; Widiger, 2003), com els biaixos del mateix clínic (recordem que ni entrevistes ni judici clínic són immunes a aquests). Com indiquen els nostres resultats, l'existència d'escala de control de respostes del PDQ-4+ no asseguren la minimització o l'eliminació d'aquests biaixos. El que no sabem és el nivell de concordança diagnòstica de l'escala de Significació clínica amb altres procediments d'avaluació, i més concretament amb entrevistes semiestructurades. Per altra banda, el nostre treball també mostra que algunes de les limitacions del qüestionari per sí sol resulten més destacables quan s'utilitza en treballs epidemiològics de la població general.

Tots els nostres resultats posen en evidència una sèrie de problemes que semblen inicialment atribuïbles al PDQ-4+, però que cal discutir fins a quin punt ho són o si van més lluny del propi instrument. Les mancances d'aquest qüestionari se centren bàsicament en l'escassa consistència interna de l'escala Obsessivocompulsiu; en l'estructura interna, la qual no replica el sistema de grups de l'eix II del DSM-IV; i en les limitacions en la validesa concurrent, convergent i discriminant. Però el fet de que els nostres resultats no siguin gaire diferents dels obtinguts en altres treballs amb el PDQ-4+ a nivell transcultural (Fossati i cols., 1998; Lyoo i cols., 2003; Wilberg, Dammen i Friis, 2000; Yang i cols., 2000, 2002), ens porta a considerar que potser les limitacions descrites no són exclusives d'aquest qüestionari. Com assenyala Hyler i cols. (1990), si tots els instruments de mesura, fins i tot els d'un mateix format, produeixen resultats comparativament diferents, no pot ser atribuïble únicament al propi instrument, sinó als criteris diagnòstics en què es fonamenta (Perry, 1992; Widiger, 2003; Widiger i Axelrod, 1995; Zimmerman, 1994).

Com a conseqüència de tot això, ens plantegem si les actuals descripcions de la patologia de la personalitat del DSM-IV, en el qual es basa el PDQ-4+, són vàlides i completes. És cert que les conceptualitzacions dels diferents trastorns de la personalitat, el seu nombre i la seva classificació han experimentat canvis al llarg de les diverses revisions d'aquest Manual (Morey, 1988; Widiger i Costa, 1984). Aquestes modificacions han permès millorar l'operacionalització de criteris, obtenint-se diagnòstics més útils en la pràctica clínica habitual, i aplicables a un major nombre de pacients. Però s'ha oblidat que la personalitat i la seva patologia són de gran complexitat, i per tant les definicions no poden ser reduïdes a llistes d'indicadors conductuals específics (Westen i Shedler, 2000; Widiger, 2001). És de tots conegut que els constructes de l'eix II del DSM-IV continuen sent qüestionats, entre d'altres, per la inconsistència i la heterogeneïtat de diagnòstics (Paris, 2000); l'arbitrarietat de criteris (Westen, 1997; Westen i Arkowitz-Westen, 1998); l'absència de diferents graus de patologia de la personalitat (Clark, Livesley i Morey, 1997; Deary i cols., 1998; Livesley, 1998; Perry, 1992); i la comorbiditat i la coocurrència entre els trastorns (Caseras, Torrubia i Farré, 2001; Deary i cols., 1998). Això té una repercussió sobre els instruments d'avaluació que es fonamenten en el DSM-IV, els quals, tot i basar-se en els mateixos criteris, obtenen diagnòstics diferents i varien d'un a l'altre (Clark, Livesley i Morey, 1997; Perry, 1992; Westen i Shedler, 1999a), com mostren els nostres resultats.

Arribats a aquest punt de la discussió, cal plantejar la tan coneguda i alhora discutida necessitat d'introduir nous enfocaments, bàsicament dimensionals, per tal de millorar les definicions i els diagnòstics dels trastorns de la personalitat. Tot i l'absència d'acord, sembla haver-hi un consens general pel que fa a la necessitat de modificar el sistema actual de classificació (Livesley, 1995; Westen, 1997; Westen i Arkowitz-Westen, 1998). De les diferents propostes actuals pel futur DSM-V (Widiger i Simonsen, 2005), considerem interessant l'alternativa de l'establiment d'un sistema híbrid que permeti integrar i combinar les aproximacions categorial i dimensional, beneficiant-se dels avantatges de cadascuna d'elles. Coincidim amb Westen i Shedler (2000), i amb Widiger i Axelrod (1995) en defensar que els trastorns de la personalitat



podrien ser conceptualitzats en un possible *continuum* de funcionament de la personalitat que especificués diferents nivells de patologia (Clark, Livesley i Morey, 1997; Livesley, 1998; Oldham i Skodol, 2000; Perry, 1992; Westen i Shedler, 2000). En un extrem estarien els trets adaptatius, que indicarien absència de trastorn o normalitat; i en l'extrem oposat se situarien els TP com el nivell clínicament més significatiu de deteriorament. Entre aquests dos, hi haurien diferents valoracions dimensionals en funció del nombre criteris, els quals podrien rebre els noms de tret, subllindar, llindar i presència moderada. Com evidencien els nostres resultats sobre validesa entre el PDQ-4+ i altres qüestionaris dimensionals, com TCI, EPQ-R i KSP, aquesta possible complementarietat podria afavorir l'obtenció d'una informació més àmplia i alhora més real, així com l'establiment de diagnòstics més fiables i vàlids (Zimmerman i Coryell, 1990 b).

Amb aquestes modificacions de l'actual sistema de classificació es descartaria com a possible solució el tornar a barrejar de nou els eixos I i II, com en les primeres edicions del DSM. Es cert que alguns autors qüestionen si l'objectiu de la seva separació a partir del DSM-III ha tingut l'efecte desitjat o el contrari, doncs s'ha passat de la manca de reconeixement a la freqüent confusió d'eixos (Livesley, 1995). Widiger (2003) ha proposat reconvertir la majoria dels actuals TP (paranoide, esquizoide, esquizotípic, límit, per evitació i obsessivocompulsiu) en variants cròniques dels trastorns de l'eix I, formant amb ells un *continuum*. Per aquells TP que no es poguessin incloure, com histriònic, narcisista i per dependència, hi haurien dues possibilitats: o bé formar part d'una nova secció de l'eix I, anomenada relacions interpersonals desadaptatives; o bé passar a un apèndix del DSM sense reconeixement oficial, en un procés de pèrdua de la seva entitat (com l'actual TP passivoagressiu). Hi ha diverses raons per no donar un total suport a aquest canvi. En primer lloc, i bàsicament, perquè aquestes opcions s'allunyen de l'acceptació dels trastorns com una entitat separada, fet que suposaria abandonar l'esforç fet fins ara pel seu reconeixement i augmentar la confusió en l'eix I. En segon lloc, perquè no queda clar quins TP haurien de moure's, ja que la majoria d'ells poden situar-se en un *continuum* amb la personalitat normal i amb

alguns síndromes de l'eix I. I en tercer lloc, perquè els límits entre els trastorns de l'eix I són tan problemàtics com en el II.

Per altra banda, tot i el reconeixement de les limitacions del DSM, alguns autors consideren que s'hauria d'afegir la dificultat dels clínics en fer-ne un ús sistemàtic i en identificar correctament els criteris diagnòstics, a més de no confiar en els seus instruments d'avaluació (Westen, 2001). Prova d'això està en que encara hi ha clínics que diagnostiquen a partir d'entrevista clínica, d'observació i del relat del pacient. Com assenyala Widiger (2001), a més de millorar el DSM, caldria augmentar l'habilitat dels clínics en el seu maneig, de manera que valoressin la importància d'un correcte coneixement de les categories i dels criteris diagnòstics.

En aquest context s'ha situat la traducció i adaptació del PDQ-4+ al castellà i l'estudi de les seves propietats psicomètriques. Aquest qüestionari, en basar-se exactament en criteris DSM-IV, mostra tota aquesta complexa realitat. Es tracta d'un mètode alternatiu adient per l'avaluació clínica dels trastorns de la personalitat en la pràctica diària, i les seves mancances, especialment en fiabilitat i validesa, evidencien les limitacions descrites pròpies del DSM-IV. Per tant, totes les modificacions del sistema de diagnòstic suposaran unes millores en les mesures d'avaluació (Livesley, 2003a), i consegüentment en el PDQ-4+, com ha succeït en versions anteriors de l'instrument.

### **6.1. LIMITACIONS I PROPOSTES PER A FUTURS TREBALLS**

El nostre estudi se situa en l'àmbit de l'avaluació dels trastorns de la personalitat, el qual mostra algunes característiques que cal considerar.

- a) Tot i el gran avenç en l'avaluació dels trastorns de la personalitat, aquesta continua caracteritzant-se per la manca de criteris de referència o *gold standard*, els quals es puguin considerar com a referents clars i definitoris en la mesura (Torrubia, Caseras i Gutiérrez, 2005). Això comporta que, en algunes de les nostres anàlisis, i més concretament amb l'escala de Significació clínica, es faci referència a certes entrevistes, però sense oblidar que no són cap “patró d’or” en el diagnòstic dels TP. Com indica la literatura també les entrevistes mostren uns nivells de concordança diagnòstica i de fiabilitat en general baixos (Perry, 1992; Klonsky, Oltmanns i Turkheimer, 2002).
- b) També hi ha una manca d'acord entre experts pel que fa als mètodes d'avaluació, i més concretament els qüestionaris i les entrevistes semiestructurades. Les dades publicades fins ara no resulten totalment concloents: no s'ha pogut establir de forma clara una superioritat en quant a fiabilitat i validesa d'un tipus d'instrument respecte a un altre, ni tampoc entre instruments d'un mateix format (Clark i Harrison, 2001; McDermut i Zimmerman, 2005; Perry, 1992; Zimmerman, 1994).
- c) Els qüestionaris, i especialment els fonamentats en criteris del DSM, han rebut crítiques per la seva tendència a sobrediagnosticar sí es comparen amb les entrevistes. Aquest és el cas del PDQ-4+ (Hyler i cols., 1990). Però aquesta limitació sembla que es pot millorar mitjançant l'ús de l'escala de Significació clínica.

**6.1.1. Limitacions**

Tenint en compte el que s'ha descrit, cal indicar les limitacions del nostre estudi, les quals s'exposen a continuació:

- a) La primera fa referència a la fiabilitat. Aquesta només s'ha estudiat a nivell de consistència interna, i en cap de les dues mostres s'ha realitzat una valoració test-retest. En la mostra clínica ha estat degut fonamentalment a les dificultats trobades en poder citar un temps després a molts dels participants; en la d'estudiants, pel tipus d'administració col·lectiva i anònima. Futures investigacions ho haurien de dur a terme per tal d'establir nivells de fiabilitat més concloents en el PDQ-4+.
- b) L'estudi de la relació entre edat i trastorns de la personalitat en la mostra clínica és de tipus transversal. A més, els grups d'edat s'han establert seguint un criteri força comú d'agrupació per dècades, obtenint-se diferències pel que fa al nombre de participants en cadascun. En la mostra d'estudiants no s'ha pogut realitzar aquesta anàlisi, doncs la majoria dels participants tenen la mateixa edat. Com mostren alguns treballs publicats recentment, caldria plantejar recerques de tipus longitudinal amb el PDQ-4+, que ens permetessin estudiar amb major exactitud la relació entre aquestes variables a nivell clínic i no clínic.
- c) Pel que fa a l'estudi de la validesa (concurrent, convergent i discriminant) del PDQ-4+, i tenint en compte les limitacions generals descrites que caracteritzen aquests tipus d'estudis, s'ha optat per utilitzar uns instruments diagnòstics de comparació àmpliament divulgats i acceptats en la comunitat científica, com el TCI, l'EPQ-R i el MCMI-II. Per les característiques de cadascun d'ells només s'ha pogut dur a terme una anàlisi de correlacions, i en cap cas una anàlisi del nivell d'acord diagnòstic.

- d) La darrera limitació fa referència a l'escala de Significació clínica. Pel que fa a la mostra d'estudiants, no s'ha pogut utilitzar degut al tipus d'administració (col·lectiva i anònima). Pel que fa a la mostra clínica, fora interessant estudiar-la en relació amb alguna entrevista semiestructurada d'avaluació de trastorns de la personalitat. En el nostre treball ha estat impossible per l'excessiu temps d'administració que suposa qualsevol d'elles.

### **6.1.2. Propostes per a futurs treballs**

Per acabar, cal fer menció a unes possibles noves propostes en relació a alguns aspectes formals del PDQ-4+.

- a) Els barems de puntuacions totals establerts per Hyler resulten confusos (se solapen) i arbitraris (no en disposem de cap dada, ja que el seu autor no ha publicat fins ara cap treball amb aquest instrument). Com és de suposar no són les mateixes que les emprades en versions anteriors de l'instrument. A partir dels nostres resultats en el PDQ-4+ i dels obtinguts en altres estudis publicats amb el mateix instrument, podria plantejar-se en propers treballs un augment en la puntuació de tall general com a indicadora de presència significativa de patologia de la personalitat. A més es podria plantejar si els llindars diagnòstics de cada trastorn específic s'haurien d'establir i ajustar en funció de les mostres estudiades, per tal d'optimitzar l'eficàcia diagnòstica de l'instrument (Hyler i cols., 1990; Patrick i cols., 1995).
- b) En el PDQ-4+, l'ítem 60 ha estat dissenyat per avaluar alhora dos criteris, el 5 de TP esquizoide i el 8 de l'esquizotípic. Encara que Hyler proposa discretament que una resposta positiva només pot puntuar en un dels dos, per tant, la decisió de a quin dels dos TP s'ha de sumar estaria en funció del clínic, considerem que això podria introduir un biaix en els diagnòstics, a més de restar un criteri a un dels trastorns. Per aquest motiu, en el nostre treball, en cas de ser afirmatiu, s'ha

comptabilitzat en el dos TP. Tenint en compte que es tracta de dues escales diferents, seria necessari establir dues preguntes independents que poguessin definir amb major exactitud cadascun d'aquests criteris.

- c) El format de respostes tancades del PDQ-4+ pot limitar la recollida d'informació, simplificant-la en excés. Si tenim en compte que es mesuren trets permanents i estables es podrien plantejar altres possibilitats de resposta, com escales tipus Likert, que permetessin millorar la informació obtinguda del pacient (Schotte, 2000).
  
- d) Finalment, cal fer referència a les escales de control de respostes com a aspecte a reconsiderar. Els nostres resultats, coincidents amb d'altres treballs (Bagby i Pajouhandeh, 1997), indiquen que la seva utilitat és qüestionable. Una probable manera de millorar la seva capacitat en la detecció d'estils de respostes distorsionades seria bàsicament augmentar el nombre d'ítems de cadascuna d'elles. Aquest augment seria especialment necessari en l'escala Infreqüència que, amb només dues preguntes, pretén detectar la tendència a mentir, a respondre aleatòriament o a fer-ho de forma poc seriosa. Fora convenient millorar en els qüestionaris aquestes escales tant necessàries en l'avaluació dels trastorns de la personalitat.



## **7. RESUM I CONCLUSIONS**

El PDQ-4+ (*Personality Diagnostic Questionnaire-4+*; Hyler, 1994) és un qüestionari d'autoinforme que diagnostica els 10 trastorns de la personalitat i els 2 de l'apèndix del DSM-IV. Els seus 99 ítems en un format de resposta de V/F són una traducció directa dels criteris diagnòstics dels TP de l'eix II. Inclou dues escales de control de respostes, anomenades Conformitat social i Infreqüència. A diferència dels seus predecessors, el PDQ-4+ disposa de l'escala de Significació clínica, que és una breu entrevista que s'administra després del qüestionari. El seu objectiu és reduir el nombre de falsos positius que tendeix a generar el propi autoinforme, confirmant així els possibles diagnòstics. Versions prèvies de l'instrument han mostrat adequada fiabilitat test-restest, elevada sensibilitat i baixa especificitat.

Aquest treball ha tingut com a objectius: 1) la traducció i l'adaptació del PDQ-4+ al castellà; i 2) l'estudi de les seves propietats psicomètriques en una mostra clínica de 437 pacients psiquiàtrics (Estudi 1), i en una mostra no clínica, formada per 684 estudiants (Estudi 2). Per assolir el primer objectiu s'ha procedit a la traducció de l'anglès al castellà del qüestionari i a la aplicació posterior del mètode de retrotraducció (*back translation*). Per assolir el segon objectiu, s'han analitzat la fiabilitat; l'estructura interna; la validesa concurrent, convergent i discriminant tot contrastant les dades del PDQ-4+ amb les obtingudes amb altres instruments d'avaluació (TCI, EPQ-R, MCMI-



II i KSP); s'ha estudiat l'escala de Significació clínica en la primera mostra; i s'han comparat els resultats de les dues mostres.

Els resultats obtinguts en aquest treball amb el PDQ-4+, semblants als presentats en altres treballs de traducció i validació a l'italià, xinès i noruec, ens han permès arribar a les següents conclusions:

1. La versió castellana del PDQ-4+ aplicada en mostres clíniques presenta uns nivells de consistència interna i de mitjanes de correlacions interítems satisfactoris, amb l'excepció de l'escala Obsessivocompulsiu. En població general resulta menys fiable.

2. El PDQ-4+ és un instrument moderadament vàlid per a l'avaluació dels trastorns de la personalitat en mostres clíniques; en canvi, en població general, la seva validesa presenta més limitacions. Aquestes conclusions estan avalades per:

2.1. En la mostra clínica, les diferències entre gèneres són les hipotetitzades per a la majoria d'escala, mentre que en la mostra no clínica són molt més discrepants amb les hipòtesis.

2.2. En la mostra clínica, l'estudi transversal de prevalences i de puntuacions dimensionals segons l'edat no confirma les hipòtesis formulades, ja que només un dels tres trastorns hipotetitzats (TP antisocial considerat de forma dimensional) disminueix amb l'edat.

2.3. En general, l'estudi de l'estructura factorial del PDQ-4+ amb procediments exploratoris i confirmatoris no confirma els tres grups esperables segons el DSM-IV. En la mostra clínica, l'anàlisi factorial exploratòria presenta una configuració relativament similar al model dels tres grups, però que no es confirma en l'anàlisi confirmatòria. En la mostra d'estudiants, cap de les dues anàlisis dóna suport al model.

2.4. La validesa concurrent entre el PDQ-4+ i el TCI resulta satisfactòria en mostres clíniques però no queda prou clara en mostres no clíniques. Una puntuació elevada en el PDQ-4+ s'associa negativament amb les dimensions caracterials Autodirecció i Cooperació, i positivament amb Evitació del dany, mentre que aquestes associacions en la mostra d'estudiants resulten més modestes.

2.5. En mostra clínica, la validesa convergent i discriminant del PDQ-4+ és moderada. Les relacions amb les diverses escales temperamentals del TCI són les hipotetitzades, mentre que amb l'EPQ-R són més modestes. En mostra d'estudiants, la validesa resulta limitada, ja que les associacions amb els quatre qüestionaris (TCI, EPQ-R, KSP i MCMI-II) resulten en general força discretes i no sempre confirmen les prediccions.

2.6. L'escala de Significació clínica, considerada la nova aportació d'aquesta última versió de l'instrument de Hyler, permet reduir quantitativament les puntuacions dimensionals, les prevalences, el nombre mitjà de diagnòstics i les comorbiditats en mostres clíniques. Tot i la manca d'acord diagnòstic entre instruments, els resultats en totes aquestes variables després d'aplicar l'escala s'apropen als obtinguts amb algunes entrevistes clíniques semiestructurades.

2.7. Pel que fa a puntuacions dimensionals i prevalences, el PDQ-4+ sembla discriminar de forma acceptable entre mostres clíniques i no clíniques, ja que ambdós paràmetres són superiors en el grup de pacients.

2.8. El PDQ-4+ per si sol genera un elevat nombre de diagnòstics falsos positius. L'administració d'aquest instrument juntament amb l'escala de Significació clínica podria ser d'utilitat per al cribatge de trastorns de la personalitat en la pràctica clínica, sempre que es demostrï la seva validesa concurrent amb altres instruments clínics.

3. Algunes de les limitacions observades en el PDQ-4+ són compartides amb altres procediments d'avaluació dels TP amb formats força diferents però també basats en el DSM. Això seria indicatiu de que no són totalment atribuïbles a les característiques psicomètriques de l'instrument, sinó que també podrien estar relacionades amb els problemes d'aquest sistema de classificació.

## **8. BIBLIOGRAFIA**

Adler, D.A., Drake, R.E., i Teague, G.B. (1990). Clinician's practices in personality assessment: Does gender influence the use of DSM-III Axis II? *Comprehensive Psychiatry*, 31, 125-133.

Aguilar, A., Tous, J.M., i Andrés Pueyo, A. (1990). Adaptación y estudio psicométrico del EPQ-R. *Anuario de Psicología*, 46, 101-118.

Allard, G., Butler, J., i Faust D. (1995). Errors in hand scoring objective personality tests: The case of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R). *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 304-308.

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual. Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. Edition, Revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> Edition Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

American Psychiatric Association (1985). *DSM-III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (1988). *DSM-III-R Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. Masson: Barcelona

Anastasi, A. (1973). *Tests psicológicos*. Madrid: Aguilar.

Bagby, R.M., i Pajouhandeh, P. (1997). The detection of faking good on the Personality Diagnostic Questionnaire-4. *Assessment*, 4, 305-309.

Barrachina, J., Soler, J., Campins, M.J., Tejero, A., Pascual, J.C., Alvarez, E., Zanarini, M.C., i Pérez Sola, V. (2004). Validation of a Spanish versión of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Españolas de Psiquiatria*, 32, 293-298.

Barrantes, N., Colom, F., i Claridge, G. (2001). Temperamento y Personalidad en los Trastornos Bipolares. Dins: Vieta, E. (Coord.). *Trastornos Bipolares. Avances Clínicos y Terapéuticos (227-255)*. Madrid: Médica Panamericana.

Becker, P., Grilo, C.M., Edell, W.S., i McGlashan, T.H. (2000). Comorbidity of Borderline Personality Disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2011-2016.

Berenbaum, H. (1996). Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 585-595.

Berman, W.H., Berman, E.R., Heymsfield, S., Fauci, M., i Ackerman, S. (1992). The incidence and comorbidity of psychiatric disorders in obesity. *Journal of Personality Disorders*, 6, 168-175.

Bernardo, M., i Roca, M. (1999). *Trastornos de la Personalidad. Evaluación y tratamiento. Perspectiva psicobiológica*. Barcelona: Masson.

Birtchnell, J., i Shine, J. (2000). Personality disorders and the interpersonal octagon. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 433-448.

Black, D.W., Goldstein, R.B., Blum, N., i Noyes R. (1995). Personality characteristics in 60 subjects with psychosexual dysfunction: A nonpatient sample. *Journal of Personality Disorders*, 9, 275-285.

Black, D.W., Monahan, P., Wesner, R., Gabel, J., i Bowers, W. (1996). The effect of fluvoxamina, cognitive therapy, and placebo on abnormal personality traits in 44 patients with Panic Disorder. *Journal of Personality Disorder*, 10, 185-194.

Black, D.W., i Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49, 1434-1439.

Blais, M.A., Benedict, K.B., i Norman, D.K. (1998). Establishing the psychometric properties of the DSM-III-R personality disorders: Implications for DSM-V. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 795-802.

Blount, C., Evans, C., Birch, S., Warren, F., i Norton, K. (2002). The properties of self-report measures: Beyond psychometrics. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 151-165.

Bronisch, T., Flett, S., García-Borreguero, D., i Wolf, R. (1993). Comparison of a self-rating questionnaire with a diagnostic checklist for the assessment of DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology*, 26, 102-107.

Bronisch, T., i Mombour, W. (1998). The modern assessment of personality disorders. Part 2: Reliability and validity of personality disorders. *Psychopathology*, 31, 293-301.

Burges, J.W. (1991). The Personality Inventory Scales: A self-rating clinical instrument for diagnosis of personality disorder. *Psychological Reports*, 69, 1235-1246.

Burke, J.D., i Regier, D.A. (2000). Epidemiología de los trastornos mentales. Dins: Hales, R.E., Yudofsky, S.C., i Talbott, J.A. (Dir.). *Tratado de psiquiatría. Tomo I* (85-110). Barcelona: Masson.

Calvo, N., Caseras, X., Gutiérrez, F., i Torrubia, R. (2002). Adaptación Española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 7-13.

Caseras, X., Torrubia, R., i Farré, J.M. (2001). Is the behavioural inhibition system the core vulnerability for cluster C personality disorders? *Personality and Individual Differences*, 31, 349-359.

Cattell, R.B., Cattell, A.K., i Cattell, H.E.P. (1993). *Sixteen Personality Factor Questionnaire, 5nd Edition*. Champaign: Institute for Personality and Ability Testing.

Cattell, R.B., Cattell, A.K., i Cattell, H.E.P. (1998). *16 PF-5 Manual*. Madrid: TEA Ediciones.

Clark, L.A. (1999). Dimensional approaches to personality disorder assessment and diagnosis. Dins Cloninger, C.R. (Ed.). *Personality and Psychopathology* (219-244). Washington: American Psychopathological Association.

Clark, L.A. (2005). Stability and change in personality pathology: revelations of three longitudinal studies. *Journal of Personality Disorders*, 19, 524-532.

Clark, L.A., i Harrison, J.A. (2001). Assessment Instruments. Dins: Livesley, W.J. (Ed.). *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment* (277-306). New York: The Guilford Press.

Clark, L.A., Livesley, W.J., i Morey, L. (1997). Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders*, 11, 205-231.

Cloninger, C.R. (1999). *Personality and Psychopathology*. Washington: American Psychopathological Association.

Cloninger, C.R., (2000). A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal. *Journal of Personality Disorders, 14*, 99-108.

Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic D.M., i Wetzel, R.D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis: Washington University, Center for Psychobiology of Personality.

Cloninger, C.R., Svrakic D.M., Bayón, C., i Przybeck, T.R. (1999). Measurement of psychopathology as variants of personality. Dins Cloninger, C.R. (Ed.). *Personality and Psychopathology* (33-65). Washington: American Psychopathological Association.

Cloninger, C.R., Svrakic D.M., i Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of Temperament and Character. *Archives General of Psychiatry, 50*, 975-990.

Cohen, P. (2005). Response to comments on our review of the children in the community study of personality disorder in a general population of youth. *Journal of Personality Disorders, 19*, 594-596.

Cohen, P., Crawford, T.N., Johnson, J.G., i Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 19*, 466-486.

Coid, J. (1993). Personality disorder and self-report questionnaire. Correspondence. *British Journal of Personality Disorders, 162*, 265-266.

Coid, J. (2003). Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 182*, S3-S10.

Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., i Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorders in Great Britain. *British Journal of Psychiatry, 188*, 423-431.

Costa, P.T., i McCrae, R.R. (1990). Personality disorders and the Five-Factor Model of personality. *Journal of Personality Disorders, 4*, 362-371.



Costa, P.T., i McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)*. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T., i McCrae, R.R. (1997). Teorías de la personalidad y psicopatología: Enfoques derivados de la filosofía y la psicología. Dins: Kaplan, H.I., i Sadock, B.J. (Dir.). *Tratado de Psiquiatría. Volumen 1. 6ª Edición* (465-476). Buenos Aires: Editorial Inter-Médica.

Costa, P.T., Patriciu, N.S., i McCrae, R.R. (2005). Lessons from longitudinal studies for new approaches to the DSM-V: the FFM and FFT. *Journal of Personality Disorders, 19*, 533-539.

Costa, P.T., i Widiger, T.A. (1994). *Personality disorders and the Five-Factor Model of personality*. Washington DC: American Psychological Association.

Crowell, J.A., Waters, E., Kring, A., i Riso, L.P. (1993). The psychosocial etiologies of personality disorders: What is the answer like? *Journal of Personality Disorders, Supplement*, 118-128.

Dagan, Y., Sela, H., Omer, H., Hallis, D., i Dar, R. (1996). High prevalence of personality disorders among circadian rhythm sleep disorders (CRSD) patients. *Journal of Psychosomatic Research, 41*, 357-363.

Dammen, T., Ekeberg, Ø, Arnesen, H., i Friis, S. (2000). Personality profiles in patients referred for chest pain. Investigation with emphasis on panic disorder patients. *Psychosomatics, 41*, 269-276.

Davison, S., Leese, M., i Taylor, P.J. (2001). Examination of the screening properties of the Personality Diagnostic Questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison population. *Journal of Personality Disorders, 15*, 180-194.

Deary, I.J., Peter, A., Austin, E., i Gibson, G. (1998). Personality traits and personality disorders. *British Journal of Psychology, 89*, 647-661.

Debray, Q., i Nollet, D. (1995). *Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique*. Paris: Masson.

Dolan, B., Evans, C., i Norton K. (1992). The Separation-Individuation Inventory. Association with borderline phenomena. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 529-533.

Dolan, B., Evans, C., i Norton K. (1994). Disordered eating behavior and attitudes in female and male patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8, 17-27.

Dolan, B., Evans, C., i Norton K. (1995). Multiple axis II diagnoses of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 166, 107-112.

Dolan, M. (2002). *Expert paper: Neurobiological approaches to disorders of personality. NSH National Programme on Forensic Mental Health Research and Development*. University of Liverpool. Liverpool.

Dolan-Sewell, R.T., Krueger, R.F., i Shea, M.T. (2001). Co-occurrence with syndrome disorders. Dins: Livesley, W.J. (Ed.). *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment* (84-106). New York: The Guilford Press.

Dowson, J.H. (1992a). Assessment of DSM-III-R personality disorders by self-report questionnaire: The role of informants and a screening test for co-morbid personality disorders (STCPD). *British Journal of Psychiatry*, 161, 344-352.

Dowson, J.H. (1992b). Associations between self-induced vomiting and personality disorder in patients with a history of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 399-404.

Dowson, J.H. (1993). Author's reply. *British Journal of Psychiatry*, 162, 265-266.

Dowson, J.H. (1994). DSM-III-R Self-Defecting Personality Disorder criteria evaluated by patients' self-report questionnaire: relationship with other personality disorders and positive predictive powers of the individual criteria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 32-37.

Dowson, J.H., i Berrios, G.E. (1991). Factor structure of DSM-III-R personality disorder shown by self-report questionnaire: Implications for classifying and assessing personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 555-560.

Dubro, A.F., Wetzler, S., i Kahn, M.W. (1988). A comparison of three self-report questionnaires for the diagnoses of DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 2, 256-266.

Ekselius, L., Hetta, J., i von Knorring, L. (1994). Relationship between personality traits as determined by means of the Karolinska Scales of Personality (KSP) and personality disorders according to DSM-III-R. *Personality and Individual Differences*, 16, 589-595.

Engels, G.I., Duijsens, I.J., Haringsma, R., i van Putten, C.M. (2003). Personality disorders in the elderly compared to four younger age groups: a cross-sectional study of community residents and mental health patients. *Journal of Personality Disorders*, 17, 447-459.

Eysenck, H.J. (1982). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Conducta Humana N° 5. Barcelona: Fontanella.

Eysenck, H.J., i Eysenck, M.W. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Editorial Pirámide.

Eysenck, H.J., i Eysenck, S.B.G. (1991). *Manual of the Eysenck Personality Scales*. Londres: Hodder i Stoughton.

Eysenck, H.J., i Eysenck, S.B.G. (1997). *EPQ-R. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck*. Madrid: TEA Ediciones.

Eysenck, S.B.G., Garcia Sevilla, L., Torrubia, R., Àvila, C., i Ortet, G. (1992). Versió catalana de l'EPQ per a adults: un instrument per a la mesura de la personalitat. *Annals de Medicina*, 9, 223-230.

Eysenck, H.J., Wakefield, J.A., i Friedman, A.F., (1983). Diagnosis and clinical assessment: the DSM-III. *Annual Review of Psychology*, 34, 167-193.

Farmer, A., McGuffin, P., i Williams, J. (2002). *Measuring Psychopathology*. New York: Oxford, University Press.

Fava, M., Alpert, J.E., Borus, J.S., Nierenberg, A.A., Pava, J.A., i Rosenbaum, J.F. (1996). Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 1308-1312.

Fava, M., Bouffides, E., Pava, J.A., McCarthy, M.K., Steingard, R.J., i Rosenbaum, J.F. (1994). Personality disorder comorbidity with major depression and response to fluoxetine treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*. *62*, 160-167.

Ferrán, A. (1997). *SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico*. McGraw-Hill de Informática: Madrid.

First, M.B., Bell, C.C., Cuthbert, B., i cols. (2004). Trastornos de la personalidad y trastornos de relación. Agenda de investigación para el abordaje de los “vacíos” cruciales del DSM. Dirs: Kupfer, D.J., First, M.B. i Regier D.A. (Dirs.). *Agenda de investigación para el DSM-V (123-198)*. Barcelona: Masson.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., i Benjamin, LS. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II Personality Disorders (SCID-II) Version 2.0*. Washington: American Psychiatric Press.

Fossati, A., Barratt, E.S., Carretta, I., Leonardi, B., Grazioli, F., i Maffei, C. (2004). Predicting Borderline and Antisocial Personality Disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness. *Psychiatry Research*, *125*, 161-170.

Fossati, A., Beauchaine, T.P., Grazioli, F., Borroni, S., Carretta, I., De Vecchi, C., Cortinovis, F., Danelli, E., i Maffei, C. (2006). Confirmatory factor analyses of DSM-IV Cluster C personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, *20*, 186-203.

Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Battaglia, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L., i Prolo, F. (2000). Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*, *41*, 206-215.

Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L., i Ansoldi, M. (1998). Brief communication: Criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*, 12, 172-178.

Frances, A. (1980). The DSM-III personality disorders section: A commentary. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1050-1054.

Funtowicz, M., i Widiger, T.A. (1995). Sex bias in the diagnosis of personality disorders: A different approach. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 145-165.

Gabbard, G.O. (2005). Personality disorders come of age. *American Journal of Psychiatry*, 162, 833-835.

Golomb, M., Fava, M., Abraham, M., i Rosenbaum, J.F. (1995a). Gender differences in personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 579-582.

Golomb, M., Fava, M., Abraham, M., i Rosenbaum, J.F. (1995b). The relationship between age and personality disorders in depressed outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 43-44.

Gomez-Beneyto, M., Villar, M., Renovell, M., Perez, F., Hernández, M., Leal, C., Cuquerella, M., Slok, C., i Asensio, A. (1994). The diagnosis of personality disorders with a modified version of the SCID-II in a Spanish clinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 8, 104-110.

Gradillas, V. (2002). *Trastornos de la personalidad en la práctica clínica*. Colección Psiquiatría Médica. Barcelona: Masson.

Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., i Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 1-9.

Grove, W.M., i Tellegen, A. (1991). Problems in the classification of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 5, 31-41.

Gunderson, J.G., Links, P.S., i Reich, J. (1991). Competing models of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 5, 60-68.

Gunderson, J.G., i Phillips, K.A. (1997). Trastornos de la personalidad. Dins: Kaplan, H.I., i Sadock, B.J. (Dir.). *Tratado de Psiquiatría. Volumen 3. 6ª Edición* (1347-1381). Buenos Aires: Editorial Inter-Médica.

Gunderson, J.G., Triebwaser, J., Phillips, K.A., i Sullivan, C.N. (1999). Personality and vulnerability to affective disorders. Dins: Cloninger, C.R. (Ed.). *Personality and Psychopathology* (3-32). Washington: American Psychopathological Association.

Gutiérrez, F., Torrens, M., Boget, T., Martín-Santos, R., Sangorrin, J., Pérez, G., i 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., Gutiérrez, F., Valero, J., Gallego, E., Baillés, E., Torres, X., Labad, A., i Livesley, J. (in press). Structure of personality pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. *Journal of Personality Disorders*.

Hamburger, M.E., Lilienfeld, S.O., i Hogben, M. (1996). Psychopathy, gender, and gender roles: Implications for Antisocial and Histrionic Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 10, 41-55.

Hare, R.D. (1991). *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*. Toronto: Multi-Health Systems.

Hare, R.D. (2004). *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2nd Edition*. Technical Manual. Toronto: Multi-Health Systems.

Hunt, C., i Andrews, G. (1992). Measuring personality disorder: The use of self-report questionnaires. *Journal of Personality Disorders*, 6, 125-133.

Hu, L., i Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

Hunter, E.E. (1998). An experimental-descriptive method for the diagnosis of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 673-678.

Hurt, S.W., Hyler, S.E., Frances, A., Clarkin, J.F., i Brent, R. (1984). Assessing Borderline Personality Disorder with self-report, clinical interview, or semistructured interview. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1228-1231.

Hyler, S.E. (1994). *PDQ-4+ Personality Diagnostic Questionnaire-4+*. New York: New York State Psychiatric Institute.

Hyler, S.E., Lyons, M., Rieder, R.O., Young, L., Williams, J.B.W., i Spitzer, R.L. (1990). The factor structure of self-report DSM-III Axis II symptoms and their relationship to clinicians' ratings. *American Journal of Psychiatry*, 147, 751-757.

Hyler, S.E., i Rieder, R.O. (1987). *PDQ-R: Personality Diagnostic Questionnaire-Revised*. New York: New York State Psychiatric Institute.

Hyler, S.E., Rieder, R.O., Spitzer, R., i Williams J.B.W. (1983). *PDQ: Personality Diagnostic Questionnaire*. New York: New York State Psychiatric Institute.

Hyler, S.E., Rieder, R.O., Williams, J.B.W., Spitzer, R.L., Hendler, J., i Lyons, M. (1988). The Personality Diagnostic Questionnaire: Development and preliminary results. *Journal of Personality Disorders*, 2, 229-237.

Hyler, S.E., Rieder, R.O., Williams, J.B.W., Spitzer, R.L., Lyons, M., i Hendler, J. (1989). A comparison of clinical and self-report diagnoses of DSM-III personality disorders in 552 Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 170-178.

Hyler, S.E., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Oldham, J.M., i Rosnick, L. (1990). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: Comparison with two structured interviews. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1043-1048.

Hyer, S.E., Skodol, A.E., Oldham, J.M., Kellman, H.D., i Doidge, N. (1992). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: A replication in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 73-77.

Iglesias, C., Gimeno, A., Diaz, I., i Inda, M. (2000). Evaluación dimensional de trastornos de la personalidad definidos categorialmente, cinco factores vs clasificación DSM-IV. Estudio Piloto. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 71-76.

Jackson, H.J., i Burgess, P.M. (2000). Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 531-538.

Jackson, D.N., i Livesley, W.J. (1995). Possible contributions from personality assessment to the classification of personality disorders. Dins: Livesley, W.J. (Ed.). *The DSM-IV personality disorders* (459-481). New York: Guilford.

Jang, K.L., Livesley, W.J., i Vernon, P.A. (1999). The relationship between Eysenck's P-E-N model of personality and traits delineating personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 121-128.

Johnson, J.G. (1993a). Associations between family relationships and psychiatric symptomatology in undergraduate students: An investigation of gender differences. *Journal of College Student Psychotherapy*, 7, 79-95.

Johnson, J.G. (1993b). Relationships between psychosocial development and personality disorder symptomatology in late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 33-42.

Johnson, J.G., i Bornstein, R.F. (1991). Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R) personality disorder scores and negative life events independently predict changes in Hopkins Symptoms Checklist (SCL-90) psychopathology scores. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 61-72.

Johnson, J.G., i Bornstein, R.F. (1992). Utility of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised in a nonclinical population. *Journal of Personality Disorders*, 6, 450-457.



Johnson, J.G., Bornstein, R.F., i Krukonis, A.B. (1992). Defense styles as predictors of personality disorder symptomatology. *Journal of Personality Disorders*, 6, 408-416.

Johnson, J.G., Hyler, S.E., Skodol, A., Bornstein, R.F., i Sherman, M. (1995). Personality disorder symptomatology associated with adolescent depression and substance abuse. *Journal of Personality Disorders*, 9, 318-329.

Kass, F., Skodol, A.E., Charles, E., Spitzer, R.L., i Williams, J.B.W. (1985). Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 627-630.

Kay, J.H., Altshuler, L.L., Ventura, J., i Mintz, J. (1999). Prevalence of axis II comorbidity in bipolar patients with and without alcohol use disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 11, 187-195.

Kenan, M.M., Kendjelic, E.M., Molinari, V.A., Williams, W., Norris, M., i Kunik, M.E. (2000). Age-related differences in the frequency of personality disorders among inpatient veterans. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 831-837.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., i Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Klinterberg, B., Schalling, D., i Magnusson, D. (1986). *Self-report assessment of personality traits. Data from the KSP inventory on a representative sample of normal male and female subjects within a development project*. Reports from the Project Individual Development and Adjustment, 64, Department of Psychology, Stockholm University, Suecia.

Klonsky, E.D. (2000). The DSM classification of personality disorder: Clinical wisdom or empirical truth? A response to Alvin R. Mahrer's problem 11. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1615-1621.

Klonsky, E.D., Oltmanns, T.F., i Turkheimer, E. (2002). Informant-reports of personality disorder: Relation to self-reports and future research directions. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9, 300-311.

Kodiman, C.G., i Spinhoven, P. (1996). Psychoanalytic aspects of DSM-III-R personality disorders in a group of VIH seropositive homosexual males. *Journal of Personality Disorders, 10*, 195-201.

Koenigsberg, H.W., Kaplan, R.D., Gilmore, M.M., i Cooper, A.M. (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: Experience with 2,462 patients. *American Journal of Psychiatry, 142*, 207-212.

Kooiman, C.G., i Spinhoven, P. (1996). Psychoanalytical aspects of DSM-III-R personality disorders in a group of HIV seropositive homosexual males. *Journal of Personality Disorders, 10*, 195-201.

Krueger, R.F., i Tackett, J.L. (2005). Progress and innovation: personality disorders and the vanguard of psychopathology research. *Journal of Personality Disorders, 19*, 540-546.

Lahortiga, F., i Cervera, S. (2004). Instrumentos de evaluación. Dins: Roca, M. (Coord.). *Trastornos de la personalidad* (401-422). Madrid: Ars Médica.

Lenzenweger, M.F., Loranger, A.W., Korfine, L., i Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population. *Archives General of Psychiatry, 54*, 345-351.

Lilienfeld, S.O (2005). Longitudinal studies of personality disorders: four lessons from personality psychology. *Journal of Personality Disorders, 19*, 547-556.

Lindsay, K.A., Sankis, L.M., i Widiger, T.A. (2000). Gender bias in self-report personality disorder inventories. *Journal of Personality Disorders, 14*, 218-232.

Lindsay, K.A., i Widiger, T.A. (1995). Sex and gender bias in self-report personality disorders inventories: Item analyses of the MCMI-II, MMPI and PDQ-R. *Journal Personality Assessment, 65*, 1-20.

Livesley, W.J. (1986). Trait and behavioral prototypes of personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 143*, 728-732.

Livesley, W.J. (1991). Classifying personality disorders: Ideal types, prototypes, or dimensions? *Journal of Personality Disorders, 5*, 52-59.

Livesley, W.J. (1995). Past achievements and future directions. Dins: Livesley, W.J. (Ed.). *The DSM-IV Personality Disorders* (497-505). New York: Guilford.

Livesley, W.J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification on personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *43*, 137-147.

Livesley, W.J. (2000). Introduction. *Journal of Personality Disorders*, *14*, 1-2.

Livesley, W.J. (2003a). Assessment. Dins: Livesley, W.J. (Ed.). *Practical Management of Personality Disorder* (116-147). New York: Guilford.

Livesley, W.J. (2003b). Introduction to the special feature on personality, personality disorder, and psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 87-89.

Livesley, W.J. (2004). Developmental pathogenesis of personality disorders (Personality disorders-an update). *European Psychiatry*, *17*, 8.

Livesley, W.J. (2005). Introduction to the special issue on longitudinal studies. *Journal of Personality Disorders*, *19*, 463-465.

Livesley, W.J., i Jackson, D.N. (in press). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology- Basic Questionnaire*. Port Huron, MI: Sigma Press.

Livesley, W.J., i Jang, K.L. (2000). Toward an empirically based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *14*, 137-151.

Livesley, W.J., Schroeder, M.L., Jackson, D.N., i Jang, K.L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 6-17.

Loranger, A.W. (1990). The impact of DSM-III on diagnostic practice in a university hospital: A comparison of DSM-II and DSM-III in 10914 patients. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 672-675.

Loranger, A.W. (1992). Are current self-report and interview measures adequate for epidemiological studies of personality disorders? *Journal of Personality Disorders*, *6*, 313-325.

Loranger, A.W. (1999a). Categorical approaches to assessment and diagnosis of personality disorders. Dins: Cloninger, C.R. (Ed.). *Personality and Psychopathology* (201-217). Washington: American Psychopathological Association.

Loranger, A.W. (1999b). *International Personality Disorders Examination Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., i cols. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.

Lyons, M.J., Toomey, R., Faraone, S., Kremen, W.S., Yeung, A.S., i Tsuang, M.T. (1995). Correlates of psychosis proneness in relatives of schizophrenia patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 390-394.

Lyo, I., Youn, T., Ha, T.H., Park, H.S., i Kwon, J.S. (2003). Classification of frequency distributions of diagnostic criteria scores in twelve personality disorders by the curve fitting method. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 417-423.

Maffei, G., Fossati, A., Lingiardi, V., Madeddu, F., Borellini, C., i Petrachi, M. (1995). Personality maladjustment, defenses, and psychopathological symptoms in nonclinical subjects. *Journal of Personality Disorders*, 9, 330-345.

Maier, W., Lichtermann, D., Klingler, T., Heun, R., i Hallmayer, J. (1992). Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6, 187-196.

Mann, A.H., Raven, P., Pilgrim, J., Khanna, S., Velayudham, A., Suresh, K.P. Channabasavanna, S.M., Janca, A., i Sartorius, N. (1999). An assessment of the standardized assessment of personality as a screening instrument for the International Personality Disorder Examination: a comparison of informant and patient assessment for personality disorder. *Psychological Medicine*, 29, 985-989.

Martinez, R. (1996). *Psicometría: Teoría de los Tests Psicológicos y Educativos (Metodología de las Ciencias del Comportamiento)*. Madrid: Síntesis Psicología.

Matano, R.A., Locke, K.D., i Schwartz, K. (1994). MCMI personality subtypes for male and female alcoholics. *Journal of Personality Assessment*, 63, 250-264.

Matesanz, A. (1997). *Evaluación Estructurada de la Personalidad*. Colección Psicología. Madrid: Pirámide.

Mattia, J.I., i Zimmerman, M. (2001). Epidemiology. Dins: Livesley, W.J. (Ed.). *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment* (107-123). New York: Guilford.

McDermut, W., i Zimmerman, M. (2005). Assessment instruments and standardized evaluation. Dins: Oldham, J.M., Skodol, A.E. i Bender, D.S. (Eds.). *Textbook of Personality Disorders* (89-101). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Ralevski, E., Morey, L.C., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Bender, D., Stout, R.L., Yen, S., i Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for Schizotypal, Borderline, Avoidant and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Toward a hybrid model of Axis II Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 883-889.

McGuffin, P., i Thapar, A. (1992). The genetics of personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 160, 12-23.

Mellman, T.A., Leverich, G.S., Hauser, P., Kramlinger, K., Post, R.M., i Uhde, T.W. (1992). Axis II pathology in panic and affective disorders: Relationship to diagnosis, course of illness, and treatment response. *Journal of Personality Disorders*, 6, 53-63.

Millon, T. (1987). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: TEA Ediciones.

Millon, T. (2000). Reflections on the future of DSM Axis II. *Journal of Personality Disorders, 14*, 30-41.

Millon, T., i Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Millon, T., i Davis, R.D. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

Millon, T., Davis, R.D., i Millon, C. (1994). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Millon, T., i Everly, G.S. Jr. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Barcelona: Martínez Roca.

Millon, T., i Frances, A.J. (1987). Editorial. *Journal of Personality Disorders, 1*, I-iii.

Modestin, J., i Puhan, A. (2000). Comparison of assessment of personality disorder by patients and informants. *Psychopathology, 33*, 265-270.

Moltó, J., Poy, R., i Torrubia, R. (2000). Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. *Journal of Personality Disorders, 14*, 84-96.

Mombour, W., i Bronisch, T. (1998). The modern assessment of personality disorders. Part 1: Definition and typology of personality disorders. *Psychopathology, 31*, 274-280.

Moran, P., Jenkins, R., Tylee, A., Blizard, R., i Mann, A. (2000). The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 52-57.

Morey, L.C. (1988). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry, 145*, 573-577.

Morey, L.C., Alexander, G.M., i Boggs, C. (2005). Gender. Dins: Oldham, J.M., Skodol, A.E., i Bender, D.S. (Eds.). *Textbook of Personality Disorders* (541-559). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Morey, L.C., Blashfield, R.K., Webb, W.W., i Jewell, J. (1988). MMPI scales for DSM-III personality disorders: A preliminary validation study. *Journal of Clinical Psychology*, *44*, 47-50.

Morey, L.C., Waugh., M.H., i Blashfield, R.K. (1985). MMPI scales for DSM-III personality disorders: their derivation and correlates. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 245-251.

Mulder, R.T., i Joyce, P.R. (1997). Temperament and the structure of personality disorders symptoms. *Psychological Medicine*, *27*, 99-106.

Muntaner, C., Garcia-Sevilla, Ll., Fernández, A., i Torrubia, R. (1988). Personality dimensions, schizotypal and borderline personality traits and psychosis proneness. *Personality and Individual Differences*, *9*, 257-268.

Muñiz, J. (1998). *Teoría Clásica de los Tests*. Colección Psicología, Sección Psicometría. Madrid: Pirámide.

Nestadt, G., Hsu, F., Samuels, J., Bienvenu, O.J., Reti, I., Costa, P.T., i Eaton, W.W. (2006). Latent structure of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, *47*, 54-62.

Nestadt, G., Romanoski, A.J., Samuels, J.F., Folstein, M.F., i McHugh, P.R. (1992). The relationship between personality and DSM-III Axis I disorders in the population: Results from an epidemiological survey. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 1228-1233.

Noyes, R., Reich, J., Christiansen, J., Suelzer, M., Pfohl, B., i Coryell, W. (1990). Outcome of panic disorder. Relations to diagnostic subtypes and comorbidity. *Archives General of Psychiatry*, *47*, 809-818.

Noyes, R., Woodman, C.L., Holt, C.S., Reich, J.H., i Zimmerman, B. (1995). Avoidant Personality traits distinguish social phobia and panic disorder subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 145-153.

Nunnally J.C., i Bernstein, I.J. (1995). *Teoría Psicométrica*. Mèxic: McGraw-Hill.

Nurnberg, H.G., Martin, G.A., Somoza, E., Coccaro, E.F., Skodol, A.E., Oldham, J.M. Andrews, G., Mulder, R.T., i Joyce, P.R. (2000). Identifying personality disorders: Towards the development of a clinical screening instrument. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 137-146.

O'Boyle, M. (1993). Personality disorder and multiple substance dependence. *Journal of Personality Disorders*, 7, 342-347.

O'Boyle, M. (1995). DSM-III-R and Eysenck Personality measures among patients in a substance abuse programme. *Personality and Individual Differences*, 18, 561-565.

O'Connor, B.P., i Dyce, J.A. (1998). A test of models of personality disorder configuration. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 3-16.

Oldham, J.M. (2005). Personality disorders: Recent history and future directions. Dins: Oldham, J.M., Skodol, A.E., i Bender, D.S. (Eds.). *Textbook of Personality Disorders* (3-16). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Oldham, J.M., i Skodol, A.E. (1991). Personality disorders in the public sector. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 481-487.

Oldham, J.M., i Skodol, A.E. (2000). Charting the future of Axis II. *Journal of Personality Disorders*, 14, 17-29.

Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, D., Hyler, S.E., Doidge, N., Rosnick, L., i Gallaher, P.E. (1995). Comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 571-578.



Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, D., Hyler, S.E., Rosnick, L., i Davies, M. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: Patterns of comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 213-220.

O'Maille, P.S., i Fine, M.A. (1995). Personality disorder scales for the MMPI-2: An assessment of psychometric properties in a correctional population. *Journal of Personality Disorders*, 9, 235-246.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª Edición (CIE-10)*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). *IPDE. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad. Módulo DSM-IV*. Madrid: Meditor.

Ortet, G., Ibáñez, M.I., Llerena, A., i Torrubia, R. (2002). The underlying traits of the Karolinska Scales of Personality (KSP). *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 139-148.

Ortet, G., i Torrubia, R. (1992). *Spanish language version of the Karolinska Scales of Personality (KSP): First data*. VI European Conference on Personality, Groningen.

Paris, J. (2000). The classification of personality disorders should be rooted in biology. *Journal of Personality Disorders*, 14, 127-136.

Paris, J. (2005). Outcome and epidemiology research on personality disorders: Implications for classification. *Journal of Personality Disorders*, 19, 557-562.

Parker, G., i Barrett, E. (2000). Personality and personality disorder: current issues and directions [Editorial]. *Psychological Medicine*, 30, 1-9.

Patrick, J., Links, P., Van Reekum, R., i Mitton, M.J.E. (1995). Using the PDQ-R BPD scale as a brief screening measure in the differential diagnosis of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 266-274.

Pelechano, V. (1999). *Psicología de la personalidad. 1. Teorías*. Barcelona: Editorial Ariel.

Pepper, C.M., Klein, D.N., Anderson, R.L., Riso, L.P., Crosby, P., i Lizardi, H. (1995). DSM-III-R Axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 152, 239-247.

Perry, J.C. (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1645-1653.

Perry, J.C. (1993). Letters to the Editor. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1905-1906.

Pfohl, B. (1999). Axis I and Axis II: Comorbidity or confusion? Dins: Cloninger, C.R. (Ed.). *Personality and Psychopathology* (83-98). Washington: American Psychopathological Association.

Pfohl, B., Blum, N., i Zimmerman, M. (1997). *Structured Interview for DSM-IV Personality: SIDP-IV*. Washington: American Psychiatric Association Press.

Pfohl, B., Coryell, W., Zimmerman, M., i Stangl, D. (1987). Prognostic validity of self-report and interview measures of personality disorder in depressed inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 468-472.

Pincus, H.A. (2001). Personality disorders in the literature (Letter the Editor). *American Journal of Psychiatry*, 158, 657.

Pukrop, R., i Krischer M. (2005). Changing views about personality disorders: Comment about the prospective studies CIC, CLPS, and MSAD. *Journal of Personality Disorders*, 19, 563-572.

Quigley, J.F., Sherman, M.F., i Sherman, N.C. (1997). Personality disorder symptoms, gender, and age as predictors of adolescent disgust sensitivity. *Personality and Individual Differences*, 22, 661-667.

Reich, J. (1987a). Prevalence of DSM-III-R Self-Defeating (Masochistic) Personality Disorder in normal and outpatient populations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 52-54.

Reich, J. (1987b). Sex distribution of DSM-III personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 485-488.

Reich, J. (1988). DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1149-1152.

Reich, J. (1989a). Familiality of DSM-III dramatic and anxious personality Clusters. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 96-100.

Reich, J. (1989b). Update on instruments to measure DSM-III and III-R Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 366-370.

Reich, J. (1989c). Validity of criteria for DSM-III Self-Defeating Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 30, 145-153.

Reich, J. (1990a). Effect of DSM-III personality disorders on outcome of tricyclic antidepressant-treated nonpsychotic outpatients with major or minor depressive disorder. *Psychiatry Research*, 32, 175-181.

Reich, J. (1990b). Relations between DSM-III Avoidant and Dependent Personality Disorders. *Psychiatry Research*, 34, 281-292.

Reich, J. (1990c). The effect of personality on placebo response in panic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 699-702.

Reich, J., Nduaguba, M., i Yates, W. (1988). Age and sex distribution of DSM-III personality cluster traits in a community population. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 298-303.

Reich, J., Noyes, R., i Troughton, E. (1987). Dependent Personality Disorders associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 323-326.

Reich, J., i Troughton, E. (1988). Frequency of DSM-III personality disorders in patients with panic disorder: Comparison with psychiatric and normal control subjects. *Psychiatry Research*, 26, 89-100.

Reich, J., Yates, W., i Nduaguba, M. (1989). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 12-16.

Reichborn-Kjennerud, T., Lingjaerde, O., i Dahl, A.A. (1997). DSM-III-R personality disorders in seasonal affective disorder: Change associated with depression. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 43-48.

Rienzi, B.M., i Scrams, D.J. (1991). Gender stereotypes for Paranoid, Antisocial, Compulsive, Dependent, and Histrionic Personality Disorders. *Psychological Reports*, 69, 976-978.

Rosen, K.V., i Tallis, F. (1995). Investigation into the relationship between personality traits and OCD. *Behavior Research and Therapy*, 33, 445-450.

Rubio, V., i Pérez, A. (2003). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Elsevier.

Samuels, J.F., Eaton, W.W., Bienvenu III, J., Brown, C.H., Costa, P.T., i Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542.

Samuels, J.F., Nestadt, G., Romanoski, A.J., Folstein, M.F., i McHugh, P.R. (1994). DSM-III Personality disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1055-1062.

Sansone, R.A., Sansone, L.A., i Fine, M.A. (1995). The relationship of obesity to Borderline Personality symptomatology, self-harm behaviors, and sexual abuse in female subjects in a primary-care medical setting. *Journal of Personality Disorders*, 9, 254-265.

Sansone, R.A., Sansone, L.A., i Morris, D.W. (1996). Prevalence of Borderline Personality symptoms in two groups of obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 153, 117-118.

Sarbin, T.R. (1997). Multiple personality disorders: fact or artifact? *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 136-140.

Schotte, C.K.W. (2000). New instruments for diagnosing personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 605-609.

Sentis, J., Pardell, H., Cobo, E., i Canela J. (1995). *Bioestadística*. Barcelona: Masson.

Shopshire, M.S., i Craik, K.H. (1994). The Five Factor Model of Personality and the DSM-III-R personality disorders: Correspondence and differentiation. *Journal of Personality Disorders*, 8, 41-52.

Sinha, B.K., i Watson, D.C. (2001). Personality disorder in university students: a multitrait-multimethod matrix study. *Journal of Personality Disorders*, 15, 235-244.

Skodol, A.E. (2005). Manifestations, clinical diagnosis, and comorbidity. Dins: Oldham, J.M., Skodol, A.E., i Bender, D.S. (Eds.). *Textbook of Personality Disorders* (57-88). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Mc Glashan, T.H., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Bender, D.S., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., Yen, S., Pagano, M.E., i Stout, R.L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19, 487-504.

Skodol, A.E., Hyler, S.E., i Oldham, J.M. (1993). The valid assessment of personality disorders (Letters to the Editor). *American Journal of Psychiatry*, 150, 1905.

Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., Kellman, H.D., Doidge, N., i Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 403-416.

Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., Stein, D.J., Hollander, E., Gallaher P.E., i Lopez, A.E. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 29, 361-374.

Skodol, A.E., Rosnick, L., Kellman, D., Oldham, J.M., i Hyler, S.E. (1988). Validating structured DSM-III-R personality disorder assessments with longitudinal data. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1297-1299.

Sprock, J.S. (1996). Abnormality ratings of the DSM-III-R personality disorder criteria for males vs. females. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 314-316.

Sprock, J., Blashfield, R.K., i Smith, B. (1990). Gender weighting of DSM-III-R personality disorder criteria. *American Journal of Psychiatry*, 147, 586-590.

Stein, D.J., Hollander, E., i Skodol, A.E. (1993). Anxiety disorders and personality disorders: A review. *Journal of Personality Disorders*, 7, 87-104.

Svrakic D.M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T.R., i Cloninger, C.R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 189-195.

Svrakic D.M., Whitehead, C., Przybeck, T.R., i Cloninger, C.R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. *Archives General of Psychiatry*, 50, 991-999.

Szerman, N., Peris, M.D., Ruiz, A., Ruiz, M., Gunderson, J.G., Rejas, J., and the Study Group for the validation of the DIB-R Spanish (2005). Linguistic adaptation and validation into Spanish of the Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders-Revised (DIB-R). *Current Medical Research and Opinion*, 21, 1251-1259.

Talbott, J.A., Hales, R.E., i Yudofsky, S.C. (1988). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.

Titscher, E., Opgenoorth, E., Ruhs, A., i Schuster, P. (1990). Psychometric assessment of DSM-III personality disorders: Another facet of the problem. *Psychopathology*, 23, 81-87.

Torgersen, S. (2005). Epidemiology. Dins: Oldham, J.M., Skodol, A.E., i Bender, D.S. (Eds.). *Textbook of Personality Disorders* (129-141). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Torgersen, S., Kringlen, E., i Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorder in a community sample. *Archives General of Psychiatry*, 58, 590-596.

Torrubia, R., Caseras, X., i Gutiérrez, F. (2005). Evaluación de la personalidad. Dins: Vallejo, J., i Leal, C. (Dir.). *Tratado de psiquiatría, Vol. I* (553-567). Barcelona: Ars Médica.

Trull, T.J. (1993). Temporal stability and validity of two personality disorder inventories. *Psychological Assessment*, 5, 11-18.

Trull, T.J., i Larson, S.L. (1994). External validity of two personality disorder inventories. *Journal of Personality Disorders*, 8, 96-103.

Turley, B., Bates, G.W., Edwards, J., i Jackson, H.J. (1992). MCMI-II personality disorders in recent-onset bipolar disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 320-329.

Tyrer, P. (1995). Are personality disorders well classified in DSM-IV? Dins: Livesley, W.J. (Ed.). *The DSM-IV personality disorders* (29-42). New York: Guilford.

Tyrer, P. (2005). Temporal change: the third dimension of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 573-580.

Valdés, M. (2000). Trastornos de la personalidad. Dins: Bulbena, A., Berrios, G., i Fernández de Larrinoa, P. (Dirs.). *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (413-423). Barcelona: Masson.

Verheul, R. (2005). Taxonomic implications of three prospective studies on the course and outcome of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19, 581-585.

Visauta, B. (1997). *Análisis Estadístico con SPSS para Windows*. Madrid: McGraw-Hill.

Vize, C., i Cooper, P.J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls. A comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 167, 80-85.

Watson, D.C., i Sinha, B.K. (1998). Comorbidity of DSM-IV personality disorders in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 773-780.

Weissman, M.M. (1993). The epidemiology of personality disorders: A 1990 Update. *Journal of Personality Disorders*, Supp., 44-62.

Westen, D. (1997). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: Implications for research and the evolution of Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 154, 895-903.

Westen, D. (2001). Diagnosing personality disorders (Letters to the Editor). *American Journal of Psychiatry*, 158, 324-325.

Westen, D., i Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1767-1771.

Westen, D. i Shedler, J. (1999a). Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.

Westen, D., i Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285.

Westen, D., i Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 14, 109-126.

Widiger, T.A. (1991). Definition, diagnosis and differentiation. *Journal of Personality Disorders*, 5, 42-51.

Widiger, T.A. (2000). Personality disorders in the 21st century. *Journal of Personality Disorders*, 14, 3-16.

Widiger, T.A. (2001). Official classification systems. Dins: Livesley, W.J. (Ed.). *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment* (60-83). New York: Guilford.

Widiger, T.A. (2003). Personality disorder and Axis I psychopathology: The problematic boundary of Axis I and Axis II. *Journal of Personality Disorders*, 17, 90-108.

Widiger, T.A. (2005). CIC, CLPS, and MSAD. *Journal of Personality Disorders*, 19, 586-593.

Widiger, T.A., i Axelrod, S.R. (1995). Recent developments in the clinical assessment of personality disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 213-221.



Widiger, T.A., i Costa, P.T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 78-91.

Widiger, T.A., i Frances, A. (1985). The DSM-III personality disorders. Perspectives from psychology. *Archives General of Psychiatry, 42*, 615-623.

Widiger, T.A., i Frances, A. (1987). Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. *Clinical Psychology Review, 7*, 49-75.

Widiger, T.A., Frances, A., Spitzer, R.L., i Williams, B.W. (1988). The DSM-III-R personality disorders: An overview. *American Journal of Psychiatry, 145*, 786-795.

Widiger T.A., i Rogers J.H (1989). Prevalence and comorbidity of personality disorder. *Psychiatric Annals, 19*, 132-136.

Widiger T.A., i Sanderson, C. (1995). Toward a dimensional model of personality disorders. Dins: Livesley, W.J. (Ed.). *The DSM-IV personality disorders* (433-458). New York: Guilford.

Widiger T.A., i Simonsen, E. (2005a). Alternative dimensional models of personality disorder: Findings a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*, 110-130.

Widiger T.A., i Simonsen, E. (2005b). Introduction to the special section: The American psychiatric association's research Agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders, 19*, 103-109.

Wierzbicki, M., i Gorman, J.L. (1995). Correspondence between student's scores on the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II and Personality Diagnostic Questionnaire-Revised. *Psychological Reports, 77*, 1079-1082.

Wilberg, T., Dammen, T., i Friis, S. (2000). Comparing Personality Diagnostic Questionnaire-4+ with Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) Standard Diagnoses in a sample with a high prevalence of Axis I and Axis II disorders. *Comprehensive Psychiatry, 41*, 295-302.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Yager, J., Landsverk, J., Edelstein, C., i Hyler, S.E. (1989). Screening for Axis II personality disorders in women with bulimic eating disorders. *Psychosomatics*, 30, 255-262.

Yang, J., Bagby, R.M., Costa, P.T., Ryder, A.G., i Herbst, J.H. (2002). Assessing the DSM-IV structure of personality disorder with a sample of Chinese psychiatric patients. *Journal of Personality Disorders*, 16, 317-331.

Yang, J., McCrae, R.R., Costa, P.T., Yao, S. Dai, X., Cai, T., i Gao, B. (2000). The cross-cultural generalizability of Axis II constructs: An evaluation of two personality disorder assessment instruments in the people's Republic of China. *Journal of Personality Disorders*, 14, 249-263.

Yates, W.R., Perry, P.J., i Andersen, K.H. (1990). Illicit anabolic steroid use: a controlled personality study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 548-550.

Yeung, A.S., Lyons, M.J., Waternaux, C.M., Faraone, S.V., i Tsuang, M. (1993a). A family study of self-reported personality traits and DSM-III-R personality disorders. *Psychiatry Research*, 48, 243-255.

Yeung, A.S., Lyons, M.J., Waternaux, C.M., Faraone, S.V., i Tsuang, M. (1993b). Empirical determination of thresholds for case identification: Validation of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 384-391.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., i Silk, K.R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 19, 505-523.

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R., i cols. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating Borderline personality disorder from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.

Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Archives General of Psychiatry*, 51, 225-245.

Zimmerman, M., i Coryell, W.H. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. *Archives General of Psychiatry*, 46, 682-689.

Zimmerman, M., i Coryell, W.H. (1990a). Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Archives General of Psychiatry*, 47, 527-531.

Zimmerman, M., i Coryell, W.H. (1990b). DSM-III personality disorder dimensions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 686-692.

Zimmerman, M., i Mattia, J.I. (2001). A self-report scale to help make psychiatric diagnoses: The psychiatric diagnostic screening questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 58, 787-794.

Zimmerman, M., Rothschild, L., i Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918.

## **9. ANNEXES**



**9.1. ANNEX 1: MESURES D'AVUACIÓ**



**PDO-4+**  
**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD**  
 (Adaptación Española de Calvo, N. y Torrubia, R. 1.999)

Fecha : \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo: H M Edad : \_\_\_\_\_ años  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Estudios realizados: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

El objetivo de este Cuestionario es que usted describa el tipo de persona que es. Al responder las preguntas piense cómo se ha sentido, cómo ha pensado y actuado en los últimos años. Para recordar esto, en la parte superior de cada página encontrará la afirmación: “ En estos últimos años...”. V (Verdadero) significa que la afirmación es generalmente verdadera para usted. F (Falso) significa que la afirmación es generalmente falsa para usted. Incluso si no está totalmente seguro sobre la respuesta, indique “V” o “F” en cada pregunta.  
 Por ejemplo, para la pregunta: xx.Tiendo a ser testarudo. Si, en efecto, ha sido testarudo durante los últimos años, debería responder “Verdadero” rodeando con un círculo la V. Si no es completamente verdadero, debería responder “Falso” rodeando con un círculo la F.  
 No hay respuestas correctas. No hay límite de tiempo para responder.

**PDO-4+**

**En estos últimos años...**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Evito trabajar con personas que podrían criticarme.....  | V | F |
| 2. No puedo tomar decisiones sin el consejo o el apoyo de los demás.....                            | V | F |
| 3. A menudo me entretengo en los detalles y pierdo de vista el objetivo principal que pretendo..... | V | F |
| 4. Necesito ser el centro de atención.....  | V | F |
| 5. He llegado mucho más lejos de lo que los demás me reconocen.....                                 | V | F |
| 6. Haría cualquier cosa para evitar que me abandonen aquellos a quienes quiero.....                 | V | F |
| 7. La gente se queja de que no rindo en mi trabajo o no cumplo con mis obligaciones...              | V | F |



- |  |   |   |
|--|---|---|
| 8. En diversas ocasiones he tenido problemas con la justicia (o los hubiera tenido se me hubieran cogido)..... | V | F |
| 9. No me interesa dedicar tiempo a la familia o a los amigos.....  | V | F |
| 10. Encuentro mensajes especiales en las cosas que ocurren a mi alrededor.....                                 | V | F |
| 11. Sé que, si lo permito, la gente se aprovechará de mí o intentará engañarme.....                            | V | F |
| 12. A veces me altero.....   | V | F |
| 13. Hago amistad con la gente solamente cuando estoy seguro de que les caigo bien.....                         | V | F |
| 14. Generalmente estoy deprimido.....  | V | F |
| 15. Prefiero que los demás asuman las responsabilidades por mí.....  | V | F |
| 16. Pierdo tiempo intentando hacer las cosas demasiado perfectas.....  | V | F |
| 17. Soy mas “sexy” que la mayoría de la gente.....   | V | F |
| 18. A menudo pienso en lo importante que soy o seré.....   | V | F |
| 19. Puedo pasar del amor al odio sin razón alguna.....   | V | F |
| 20. Me meto en muchas peleas.....  | V | F |
| 21. Siento que los demás no me entienden o no me aprecian.....   | V | F |
| 22. Prefiero hacer las cosas solo a hacerlas con otras personas.....   | V | F |
| 23. Soy capaz de saber que algunas cosas ocurrirán antes de que sucedan.....                                   | V | F |
| 24. A menudo me pregunto si las personas que conozco son realmente de fiar.....                                | V | F |
| 25. En algunas ocasiones hablo de la gente a sus espaldas.....   | V | F |
| 26. Me inhibo en mis relaciones íntimas por miedo a hacer el ridículo.....                                     | V | F |
| 27. Tengo miedo a perder el apoyo de los demás si me muestro en desacuerdo con ellos.                          | V | F |
| 28. Padezco de baja autoestima.....  | V | F |
| 29. Antepongo mi trabajo a estar con mi familia, con mis amigos o a divertirme.....                            | V | F |
| 30. Muestro mis emociones fácilmente.....  | V | F |
| 31. Sólo algunas personas especiales pueden apreciarme y comprenderme de verdad.....                           | V | F |
| 32. A menudo me pregunto quién soy realmente.....  | V | F |

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 33. Tengo dificultades para pagar las facturas porque no permanezco mucho tiempo en ningún trabajo..... | V | F |
| 34. El sexo no me interesa.....   | V | F |
| 35. Los demás me consideran una persona malhumorada e irascible.....                                    | V | F |
| 36. A menudo puedo percibir o sentir cosas que otros no pueden percibir o sentir.....                   | V | F |
| 37. Estoy seguro de que los demás utilizarán contra mí lo que les digo.....                             | V | F |
| 38. Hay gente que no me cae bien.....   | V | F |
| 39. Soy más sensible a la crítica o al rechazo que la mayoría de la gente.....                          | V | F |
| 40. Me cuesta empezar algo si he de hacerlo yo solo.....  | V | F |
| 41. Tengo mayor sentido moral que otras personas.....   | V | F |
| 42. Soy mi peor crítico.....  | V | F |
| 43. Utilizo mi aspecto físico para conseguir la atención que necesito.....                              | V | F |
| 44. Necesito mucho que la gente se fije en mí o me haga caso.....                                       | V | F |
| 45. He intentado hacerme daño o suicidarme.....   | V | F |
| 46. Hago muchas cosas sin valorar las consecuencias.....  | V | F |
| 47. Hay pocas actividades que me interesen.....   | V | F |
| 48. A menudo a la gente le cuesta entender lo que digo.....   | V | F |
| 49. Me resisto a que mis superiores me digan cómo debo hacer mi trabajo.....                            | V | F |
| 50. Permanezco al acecho para descifrar el verdadero significado de lo que la gente dice                | V | F |
| 51. Nunca he dicho una mentira.....   | V | F |
| 52. Me da miedo conocer a nuevas personas porque me siento inferior.....                                | V | F |
| 53. Quiero agradar tanto a la gente que me presto a hacer cosas que preferiría no hacer..               | V | F |
| 54. He acumulado montones de cosas innecesarias de las que no sería capaz de desprenderme.....          | V | F |
| 55. Aunque hablo mucho, la gente dice que me cuesta centrarme en los temas.....                         | V | F |
| 56. Me preocupo por todo.....   | V | F |

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 57. Espero que los demás me hagan favores aunque generalmente yo no los haga.....                    | V | F |
| 58. Soy una persona muy inestable.....   | V | F |
| 59. No me cuesta mentir y lo hago a menudo.....  | V | F |
| 60. No me interesa tener amigo íntimos.....  | V | F |
| 61. Frecuentemente estoy alerta para que no se aprovechen de mí.....                                 | V | F |
| 62. Nunca olvido o perdono a aquellos que me hacen daño.....   | V | F |
| 63. Estoy resentido contra aquellos que tienen más suerte que yo.....                                | V | F |
| 64. Una guerra nuclear no sería una mala idea.....   | V | F |
| 65. Cuando estoy solo me siento desamparado e incapaz de cuidar de mí mismo.....                     | V | F |
| 66. Prefiero hacer las cosas por mí mismo si los demás no son capaces de hacerlas correctamente..... | V | F |
| 67. Tengo un don para lo dramático.....  | V | F |
| 68. Algunas personas piensan que me aprovecho de los demás.....                                      | V | F |
| 69. Siento que mi vida es aburrida y vacía.....  | V | F |
| 70. Soy crítico con los demás.....   | V | F |
| 71. No me importa lo que diga la gente de mí.....  | V | F |
| 72. Me cuesta relacionarme con los demás.....  | V | F |
| 73. La gente se queja a menudo de que no me doy cuenta de sus problemas.....                         | V | F |
| 74. Por mi aspecto, la gente podría pensar que soy bastante raro, excéntrico o extraño....           | V | F |
| 75. Disfruto haciendo cosas arriesgadas.....   | V | F |
| 76. He mentido bastante en este cuestionario.....  | V | F |
| 77. Me quejo mucho de mi mala suerte.....  | V | F |
| 78. Me cuesta controlar la ira o el mal genio.....   | V | F |
| 79. Algunas personas me tienen envidia.....  | V | F |
| 80. Soy fácilmente influenciado por los demás.....   | V | F |

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 81. Me considero una persona ahorrativa, pero los demás me ven como un tacaño.....  | V | F |
| 82. Cuando se acaba una relación íntima, necesito buscarme otra pareja inmediatamente   | V | F |
| 83. Padezco de baja autoestima.....   | V | F |
| 84. Soy pesimista.....  | V | F |
| 85. No espero ni un momento para desquitarme de la gente que me ofende.....   | V | F |
| 86. Me pone nervioso estar rodeado de gente.....  | V | F |
| 87. Me preocupa sentirme incómodo en las situaciones nuevas.....  | V | F |
| 88. Me horroriza que me abandonen y tener que cuidar de mí mismo.....   | V | F |
| 89. La gente se queja de que soy “terco como una mula”.....   | V | F |
| 90. Me tomo las relaciones más en serio que mis parejas.....  | V | F |
| 91. Puedo comportarme de manera desagradable con alguien, y pedirle disculpas inmediatamente después.....   | V | F |
| 92. Los demás me consideran arrogante.....  | V | F |
| 93. Cuando estoy estresado tengo paranoias o siento que las cosas que me rodean son irreales.....   | V | F |
| 94. No me preocupa perjudicar a los demás si consigo lo que quiero.....   | V | F |
| 95. Guardo las distancias con los demás.....  | V | F |
| 96. A menudo me pregunto si mi pareja me ha sido infiel.....  | V | F |
| 97. A menudo me siento culpable.....  | V | F |
| 98. He hecho cosas impulsivamente (como las indicadas a continuación) que pueden ocasionarme dificultades.<br>(Marque con una cruz las que hagan referencia a usted): |   |   |
| a. Gastar más dinero del que tengo.....   | — |   |
| b. Mantener relaciones sexuales con personas que apenas conozco.....  | — |   |
| c. Beber en exceso.....   | — |   |
| d. Consumir drogas.....   | — |   |
| e. Comer a base de atracones.....   | — |   |
| f. Conducir de forma temeraria.....   | — |   |

—

99. Antes de los 15 años realicé algunas conductas propias de un delincuente juvenil, como las indicadas a continuación: (Marque con una cruz las que hacen referencia a usted)
- a. Fui considerado un matón.....
  - b. Solía iniciar peleas con otros chicos.....
  - c. Usé armas en las peleas que tenía.....
  - d. Robé o asalte a otras personas.....
  - e. Utilicé la crueldad física contra otras personas.....
  - f. Utilicé la crueldad física contra animales.....
  - g. Forcé a alguien a tener relaciones sexuales conmigo.....
  - h. Mentía mucho.....
  - i. Pasé noches fuera de casa sin el permiso de mis padres.....
  - j. Robé.....
  - k. Provoqué incendios.....
  - l. Rompí ventanas o destruí propiedades.....
  - m. Me fugué de casa durante la noche.....
  - n. Hice “novillos” en la escuela, antes de los 13 años.....
  - o. Entré a la fuerza en casas, edificios o coches ajenos.....

POR FAVOR, COMPRUEBE SI HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS.

**PDQ-4****Escala de Significación clínica**

El evaluador debería valorar el significado clínico de cada uno de los trastornos para los que el paciente reúne los criterios.

**Ha indicado que los ítems relacionados a continuación son para usted verdaderos:**

(leer los ítems patológicos de cada trastorno, uno detrás de otro, al paciente).

**A. ¿Hay alguno de los ítems que no sea totalmente verdadero para usted?**

Indique cuál: \_\_\_\_\_

(Tachar aquellos ítems señalados que el paciente indica que no son totalmente verdaderos para él).

**B. Estos ítems, ¿desde cuándo forman parte de su personalidad?**

Menos de 1 año \_\_\_\_\_

De 1 a 5 años \_\_\_\_\_

\*La mayoría de su vida o antes de los 18 años \_\_\_\_\_

**C. ¿Estos ítems han sido parte de su personalidad sólo cuando usted estaba deprimido, ansioso, consumiendo alcohol/drogas o físicamente enfermo o han estado presentes la mayoría del tiempo independientemente de su humor, nivel de ansiedad, uso de alcohol/drogas o estado general de salud?**

Sólo cuando estaba deprimido \_\_\_\_\_

Sólo cuando estaba ansioso \_\_\_\_\_

Sólo cuando consumía alcohol/drogas \_\_\_\_\_

Sólo cuando estaba físicamente enfermo \_\_\_\_\_

\* No relacionado con ninguno de los anteriores \_\_\_\_\_

**D. ¿En qué ámbitos le han ocasionado dificultades estos ítems?:**

En casa \_\_\_\_\_

En el trabajo \_\_\_\_\_

En las relaciones \_\_\_\_\_

Otras (especificar) \_\_\_\_\_

\* Para satisfacer D se necesita deterioro en al menos un ámbito.

**E. ¿Está preocupado por lo anterior?**

\* Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

\* Para ser clínicamente significativo el trastorno de personalidad debe todavía llegar al nivel después de que se haya dado al paciente la oportunidad de indicar que los ítems no eran totalmente verdaderos (A), el trastorno debe existir desde hace mucho tiempo (B), el trastorno no debe estar limitado a las veces en que el paciente haya estado deprimido, ansioso, usando alcohol/drogas, o físicamente enfermo (C), el trastorno debe haber producido deterioro (D) o estrés (E).

Repetir para cada trastorno cuando el PDQ-4 sea positivo.



**TCI**  
**Versión 9**

En este cuestionario encontrará una serie de afirmaciones que la gente utiliza normalmente para describir sus actitudes, opiniones, intereses y otros sentimientos personales. Intente describir cómo actúa y siente "habitualmente", no únicamente cómo se siente o actúa en este momento.

Cada afirmación puede ser contestada VERDADERO o FALSO. Lea la afirmación y decida cuál de las dos opciones le describe mejor, rodeando con un círculo la letra "V" o la "F".

Conteste a todas las afirmaciones, incluso si no está completamente seguro de la respuesta. No es necesario estar mucho tiempo para decidir, ya que no hay respuestas correctas o incorrectas, únicamente describen sus opiniones personales y sentimientos.

Copyright 1987, 1992 by C.R. Cloninger.  
Traducción española Dra. Carmen Bayón Pérez.

Nombre:

Edad:           Sexo:

Ocupación:

Fecha:



1. A menudo hago cosas nuevas simplemente por la diversión o excitación, aunque la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo..... V F
2. Suelo confiar en que todo irá bien, incluso en situaciones que preocuparían a la mayoría de la gente..... V F
3. Con frecuencia me siento conmovido por la poesía o por un buen discurso ..... V F
4. Siento con frecuencia que soy víctima de las circunstancias ..... V F
5. Suelo aceptar a otra gente tal y como son, aunque sean muy diferentes a mí ..... V F
6. Creo que pueden ocurrir milagros..... V F
7. Me gusta vengarme de la gente que me ha hecho daño ..... V F
8. A menudo cuando estoy concentrado en algo, pierdo la noción del tiempo..... V F
9. Con frecuencia pienso que mi vida tiene poco sentido o propósito ..... V F
10. Me gusta ayudar a encontrar soluciones a los problemas de forma que todo el mundo pueda aprovecharse ..... V F
11. Probablemente podría conseguir más logros, pero no veo la necesidad de exigirme más allá de lo estrictamente necesario ..... V F
12. A menudo me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, incluso cuando otros piensan que no hay motivo para preocuparse..... V F
13. Con frecuencia hago las cosas en función de cómo me siento en ese momento, sin pensar en cómo se han hecho en el pasado ..... V F
14. Suelo hacer las cosas a mi manera, en lugar de amoldarme a los deseos de los demás ..... V F
15. A menudo me siento tan conectado a la gente que hay a mi alrededor, que es como si no hubiera separación entre nosotros..... V F
16. En general no me gusta la gente que tiene ideas diferentes a las mías..... V F
17. En la mayoría de las situaciones mis respuestas espontáneas están basadas en buenos hábitos que he ido desarrollando ..... V F
18. Haría cualquier cosa dentro de la ley para conseguir ser rico y famoso, aunque perdiera la confianza de muchos buenos amigos..... V F
19. Soy más reservado y controlado que la mayoría de la gente..... V F
20. Con frecuencia tengo que dejar lo que estoy haciendo porque empiezo a preocuparme por si alguna cosa sale mal..... V F

21. Me gusta hablar de mis experiencias y sentimientos de forma abierta con los amigos en lugar de guardármelos para mí ..... V F
22. Tengo menos energía y me canso antes que la mayoría de la gente ..... V F
23. Con frecuencia me dicen que soy distraído porque me encierro tanto en lo que estoy haciendo que pierdo la noción de todo ..... V F
24. Nunca me siento libre para elegir lo que quiero hacer ..... V F
25. Con frecuencia considero los sentimientos de otras personas tanto como los míos ..... V F
26. La mayor parte del tiempo prefiero hacer algo un poco arriesgado (como conducir en una zona montañosa con curvas escarpadas), que estar quieto e inactivo durante unas horas..... V F
27. Con frecuencia evito conocer a extraños porque me falta seguridad con gente que no conozco..... V F
28. Me gusta agradar a la gente todo lo que puedo ..... V F
29. Prefiero las viejas formas de hacer las cosas, "ensayadas y correctas", que intentar formas "nuevas y perfeccionadas" ..... V F
30. Normalmente no puedo hacer las cosas de acuerdo a su importancia para mí por falta de tiempo ..... V F
31. Con frecuencia hago cosas para ayudar a evitar la extinción de animales y plantas ..... V F
32. Con frecuencia deseo ser más inteligente que el resto de la gente ..... V F
33. Siento placer viendo a mis enemigos sufrir ..... V F
34. Me gusta ser organizado y establecer reglas para los demás siempre que puedo ..... V F
35. Me es difícil mantener los mismos intereses durante mucho tiempo porque mi atención se desvía con frecuencia hacia otras cosas ..... V F
36. La práctica repetida me ha proporcionado buenos hábitos, los cuales tienen más fuerza que la mayoría de mis impulsos momentáneos ..... V F
37. Suelo tener tanta determinación que continúo intentando las cosas, incluso mucho después de que otras personas se han dado por vencidas..... V F
38. Estoy fascinado por la multitud de cosas que hay en la vida que no pueden ser explicadas científicamente ..... V F
39. Tengo malos hábitos que me gustaría poder abandonar..... V F
40. A menudo espero a que algún otro me dé una solución para mis problemas ..... V F

41. A menudo gasto dinero hasta quedarme sin nada o me endeudo por pedir demasiados créditos ..... V F
42. Pienso que tendré suerte en el futuro ..... V F
43. Me recupero más lentamente que la mayor parte de la gente de enfermedades menores o tensiones ..... V F
44. No me molestaría estar solo todo el tiempo..... V F
45. Con frecuencia tengo inesperados destellos de intuición o comprensión mientras me relajo..... V F
46. No me preocupa demasiado si le gusto a otra gente o si les gusta mi manera de hacer las cosas..... V F
47. Suelo intentar conseguir lo que quiero para mí mismo, ya que de cualquier forma es imposible satisfacer a todos ..... V F
48. No tengo paciencia con la gente que no acepta mis puntos de vista ..... V F
49. No creo que comprenda muy bien a la mayoría de la gente..... V F
50. No tienes que ser deshonesto para tener éxito en los negocios ..... V F
51. Algunas veces me siento tan conectado a la naturaleza que todo parece ser parte de un único organismo ..... V F
52. En las conversaciones suelo ser mejor escuchando que hablando ..... V F
53. Me enfado con más rapidez que la mayoría de la gente..... V F
54. Cuando tengo que conocer a gente nueva soy más tímido que la mayoría..... V F
55. Soy más sentimental que la mayoría de la gente ..... V F
56. Me parece que tengo un sexto sentido que me permite a veces saber qué es lo que va a ocurrir ..... V F
57. Cuando alguien me hace daño de cualquier forma suelo intentar vengarme..... V F
58. Mis actitudes están determinadas por influencias que están fuera de mi control ..... V F
59. Cada día intento avanzar un paso más hacia mis metas ..... V F
60. A menudo desearía ser el más fuerte de todos..... V F

61. Me gusta pensar sobre las cosas durante largo tiempo antes de tomar decisiones ..... V F
62. Soy más trabajador que la mayoría de la gente ..... V F
63. Suelo necesitar siestas o períodos de descanso extras porque me canso con facilidad ..... V F
64. Me gusta estar al servicio de otros ..... V F
65. Siempre pienso que las cosas saldrán bien, sea cual sea el problema ..... V F
66. Me cuesta disfrutar gastando dinero en mí mismo, incluso aunque tenga ahorrado mucho ..... V F
67. Suelo estar tranquilo y seguro en situaciones que la mayoría de la gente encontraría peligrosas físicamente ..... V F
68. Me gusta guardarme los problemas para mí ..... V F
69. No me importa hablar de mis problemas personales con gente a la que apenas conozco o que he conocido hace poco tiempo ..... V F
70. Me gusta más estar en casa que viajar o explorar nuevos lugares ..... V F
71. Pienso que no es inteligente ayudar a gente débil que no pueden ayudarse a sí mismos ..... V F
72. No me siento a gusto si trato a otra gente de forma injusta, aunque ellos hayan sido injustos conmigo ..... V F
73. Habitualmente la gente me suele decir cómo se siente ..... V F
74. Con frecuencia deseo permanecer joven para siempre ..... V F
75. En general me afecta más que a la mayoría de la gente perder un buen amigo ..... V F
76. Algunas veces me he sentido parte de algo que no tiene límites ni fronteras en el espacio y el tiempo ..... V F
77. Algunas veces siento una conexión espiritual con otra gente que no puedo explicar con palabras ..... V F
78. Intento ser considerado con los sentimientos de otra gente incluso cuando ellos han sido injustos conmigo en el pasado ..... V F
79. Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera sin reglas estrictas o normas ..... V F
80. Probablemente me encontraría relajado y a gusto conociendo a gente extraña, incluso aunque me hubieran dicho que eran poco amistosos ..... V F

81. Generalmente me preocupa más que a la mayoría de la gente el que algo pueda ir mal en el futuro ..... V F
82. Suelo considerar todos los detalles antes de tomar una decisión ..... V F
83. Pienso que es más importante ser compasivo y comprensivo con la gente que ser práctico e inflexible..... V F
84. A menudo experimento un fuerte sentimiento de unidad con todas las cosas que me rodean ..... V F
85. Con frecuencia desearía tener poderes especiales como Superman..... V F
86. La gente me controla demasiado..... V F
87. Me gusta compartir lo que he aprendido ..... V F
88. Algunas experiencias religiosas me han ayudado a comprender el propósito real de mi vida..... V F
89. A menudo aprendo mucho de otra gente ..... V F
90. La práctica repetida me ha permitido llegar a ser bueno en muchas cosas que me ayudan a tener éxito ..... V F
91. Por lo general consigo que la gente me crea incluso cuando sé que estoy exagerando o diciendo cosas que no son ciertas ..... V F
92. Necesito descanso extra, apoyo o consuelo para recuperarme de enfermedades menores o tensiones ..... V F
93. Sé que hay principios en la vida que uno no puede violar sin sufrir las consecuencias a largo plazo..... V F
94. No quiero ser más rico que el resto de la gente ..... V F
95. Arriesgaría mi vida para hacer del mundo un lugar mejor ..... V F
96. Aunque piense durante un período largo de tiempo, he aprendido a confiar más en mis sentimientos que en mis razonamientos lógicos..... V F
97. Algunas veces he sentido que mi vida estaba siendo dirigida por una fuerza espiritual más grande que cualquier ser vivo ..... V F
98. Generalmente disfruto siendo malo con gente que lo ha sido conmigo..... V F
99. Tengo reputación de ser alguien muy práctico que no se guía por las emociones ..... V F
100. Me resulta fácil organizar mis pensamientos mientras estoy hablando con alguien ..... V F

101. Con frecuencia reacciono tan bruscamente a noticias inesperadas que digo o hago cosas de las que luego me arrepiento..... V F
102. Me conmueven intensamente los ruegos sentimentales (por ej. cuando alguien me pide ayuda para los niños minusválidos)..... V F
103. Generalmente me esfuerzo más que el resto de la gente porque quiero hacer las cosas lo mejor que puedo ..... V F
104. Tengo tantas imperfecciones que no me gusto demasiado..... V F
105. Tengo poco tiempo para buscar soluciones a largo plazo para mis problemas ..... V F
106. A menudo no puedo afrontar los problemas porque no sé lo que hay que hacer ..... V F
107. Con frecuencia desearía poder parar el paso del tiempo ..... V F
108. Odio tomar decisiones basadas en mi primera impresión ..... V F
109. Prefiero gastar dinero a ahorrarlo..... V F
110. Generalmente me sale bien el deformar la verdad para contar una historia divertida o gastar una broma a alguien ..... V F
111. Aunque haya problemas en una amistad intento mantenerla a pesar de todo..... V F
112. Me recupero muy rápidamente cuando soy avergonzado o humillado..... V F
113. Me es muy difícil adaptarme a cambios en mi manera de hacer las cosas porque me pongo nervioso o preocupado, o me canso ..... V F
114. Por lo general necesito muy buenas razones prácticas para aceptar que cambie mi manera de hacer las cosas ..... V F
115. Necesito mucha ayuda de otra gente para llegar a tener buenos hábitos ..... V F
116. Pienso que la percepción extrasensorial es posible ..... V F
117. Me gustaría tener a mi lado amigos íntimos y afectuosos la mayor parte del tiempo ..... V F
118. A menudo continuo intentando la misma cosa una y otra vez aunque no haya tenido mucho éxito durante largo tiempo ..... V F
119. Acostumbro a mantenerme relajado y despreocupado incluso cuando casi todo el mundo tiene miedo ..... V F
120. Las películas y canciones tristes me parecen bastante aburridas ..... V F

121. A menudo las circunstancias me obligan a hacer cosas contra mi deseo..... V F
122. Me cuesta tolerar a la gente que es muy diferente a mí..... V F
123. Pienso que la mayoría de las cosas que se denominan milagros son pura casualidad..... V F
124. Cuando alguien me hace daño, prefiero ser amable a intentar vengarme..... V F
125. A menudo me fascina tanto lo que estoy haciendo que pierdo la noción de todo, como si  
estuviese separado del tiempo y del lugar ..... V F
126. Pienso que no tengo un propósito en mi vida..... V F
127. Intento cooperar con los demás lo máximo que puedo ..... V F
128. Estoy satisfecho con mis logros y tengo pocos deseos de superarme..... V F
129. A menudo me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares aunque otros piensen  
que no hay peligro alguno..... V F
130. Suelo guiarme por intuición, corazonadas o instintos, sin considerar todos los detalles..... V F
131. Con frecuencia la gente piensa que soy demasiado independiente porque no hago lo que ellos  
quieren ..... V F
132. A menudo siento una fuerte conexión espiritual o emocional con la gente que me rodea..... V F
133. Me resulta fácil el que me guste gente con distintos valores a los míos ..... V F
134. Intento hacer el menor trabajo posible incluso cuando la gente espera más de mí..... V F
135. Los buenos hábitos se han convertido en parte de mí, son automáticos y espontáneos casi  
todo el tiempo ..... V F
136. No me importa que otra gente sepa más que yo sobre algo ..... V F
137. Con frecuencia intento ponerme en el lugar de los otros de forma que pueda entenderlos..... V F
138. Principios como la honestidad y la justicia juegan un escaso papel en algunos aspectos de mi  
vida ..... V F
139. Ahorrar dinero se me da mejor que a mucha gente ..... V F
140. Nunca me dejo llevar por la preocupación o la frustración; si las cosas no marchan,  
simplemente me centro en otras actividades..... V F

141. Aunque para la mayoría de la gente no sea importante, yo insisto en hacer las cosas de una forma ordenada y meticulosa ..... V F
142. Me siento muy seguro y confiado en la mayoría de las situaciones sociales..... V F
143. A mis amigos les resulta difícil conocer mis sentimientos porque nunca les hablo sobre mis pensamientos privados ..... V F
144. Odio cambiar mi forma de hacer las cosas aunque me digan que hay formas nuevas y mejores de hacerlas ..... V F
145. Pienso que no es sabio creer en cosas que no pueden ser explicadas científicamente ..... V F
146. Me gusta imaginarme a mis enemigos sufriendo ..... V F
147. Tengo más energía y me canso menos rápidamente que la mayoría de la gente..... V F
148. Me gusta estar atento a los detalles en todo lo que hago..... V F
149. Con frecuencia interrumpo lo que estoy haciendo porque me preocupo sin razón, aunque mis amigos me digan que todo irá bien ..... V F
150. A menudo desearía ser más poderoso que todos ..... V F
151. Suelo ser libre en elegir lo que voy a hacer ..... V F
152. A menudo me meto tanto en lo que estoy haciendo que me olvido dónde estoy durante un rato ..... V F
153. Es raro que los miembros de un equipo tengan un reparto justo..... V F
154. La mayor parte del tiempo preferiría hacer algo arriesgado (como lanzarme en paracaídas o en ala delta) antes que tener que estar quieto e inactivo durante unas horas ..... V F
155. Debido a que suelo gastar demasiado dinero de forma impulsiva me cuesta ahorrar, incluso para planes especiales como unas vacaciones ..... V F
156. No cambio mi manera de actuar por complacer a otros ..... V F
157. No soy tímido con los extraños..... V F
158. A menudo cedo a los deseos de los amigos ..... V F
159. Paso la mayor parte del tiempo haciendo cosas que parecen necesarias para otra gente pero que no son importantes para mí ..... V F
160. No pienso que principios religiosos o éticos sobre lo que está bien o mal tengan que tener mucha influencia en las decisiones de negocios..... V F



161. A menudo intento poner a un lado mis propios juicios de manera que pueda entender mejor las experiencias de otros..... V F
162. Muchos de mis hábitos me hacen difícil lograr metas que merezcan la pena..... V F
163. He hecho sacrificios personales con el propósito de hacer este mundo un lugar mejor para vivir, como intentar prevenir la guerra, la pobreza y la injusticia..... V F
164. Nunca me preocupo de las cosas terribles que puedan ocurrir en el futuro..... V F
165. Casi nunca me excito tanto que pierda el control de mí mismo..... V F
166. A menudo dejo un trabajo si lleva más tiempo del que yo pensaba..... V F
167. Prefiero iniciar una conversación a esperar que los otros me hablen..... V F
168. La mayor parte de las veces perdono enseguida a cualquiera que me hace daño..... V F
169. Mis acciones están determinadas predominantemente por influencias fuera de mi control..... V F
170. Con frecuencia tengo que cambiar mis decisiones por haberlas tomado en base a intuiciones equivocadas o a primeras impresiones erróneas..... V F
171. Prefiero esperar a que algún otro tome el liderazgo para hacer las cosas ..... V F
172. Suelo respetar las opiniones de los otros ..... V F
173. He tenido experiencias que me han clarificado mi papel en la vida, por lo que me he sentido muy feliz y excitado ..... V F
174. Me divierte comprarme cosas ..... V F
175. Creo que he tenido experiencias extrasensoriales ..... V F
176. Creo que mi cerebro no trabaja de forma adecuada ..... V F
177. Mi conducta está guiada por ciertas metas que he establecido en mi vida ..... V F
178. Suele ser tonto promover el éxito de otra gente ..... V F
179. A menudo desearía vivir para siempre..... V F
180. En general me gusta permanecer solo y aislado de otra gente ..... V F

181. Tengo mucha facilidad para llorar con películas tristes ..... V F
182. Me recupero más rápido que la mayoría de la gente de enfermedades menores y tensiones ..... V F
183. A menudo desobedezco reglas y normas cuando pienso que no me van a descubrir ..... V F
184. Necesito mucha más práctica para conseguir buenos hábitos antes de poder confiar en mí mismo delante de muchas tentaciones ..... V F
185. Desearía que otra gente no hablara tanto ..... V F
186. Todo el mundo debería ser tratado con dignidad y respeto, aunque parezcan gente mala o poco importante ..... V F
187. Me gusta tomar decisiones rápidas de forma que pueda ponerme a hacer lo que hay que hacer ..... V F
188. Generalmente tengo buena suerte en todo lo que intento ..... V F
189. Normalmente me siento seguro haciendo cosas que los demás considerarían peligrosas (como conducir un coche velozmente por una carretera mojada o helada) ..... V F
190. No veo sentido a continuar trabajando en algo a no ser que exista una posibilidad de éxito ..... V F
191. Me gusta explorar nuevas formas de hacer las cosas ..... V F
192. Disfruto más ahorrando que gastando en ocio o diversión ..... V F
193. Los derechos individuales son más importantes que las necesidades de un grupo ..... V F
194. He tenido experiencias personales en las que me he sentido en contacto con un poder divino y espiritual ..... V F
195. He tenido momentos de gran alegría en los cuales repentinamente he tenido un sentimiento claro y profundo de unidad con todo lo que existe ..... V F
196. Los buenos hábitos me facilitan el hacer las cosas de la forma que quiero ..... V F
197. La mayoría de la gente parece ser más eficiente que yo ..... V F
198. A menudo otras personas y circunstancias son responsables de mis problemas ..... V F
199. Me gusta ayudar a otros aunque me hayan tratado mal ..... V F
200. Con frecuencia siento que soy parte de una fuerza espiritual de la cual depende toda la vida ..... V F

201. Incluso estando con amigos prefiero no abrirme mucho..... V F
202. Suelo poder rendir "a tope" todo el día sin tener que esforzarme ..... V F
203. Casi siempre pienso en todos los detalles y hechos antes de tomar una decisión, aunque los demás me pidan una decisión rápida ..... V F
204. No soy muy bueno para librarme de dificultades cuando me pillan haciendo algo equivocado..... V F
205. Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente ..... V F
206. El que algo esté correcto o incorrecto es cuestión de opiniones ..... V F
207. Pienso que mis respuestas espontáneas están de acuerdo con mis principios y metas a largo plazo..... V F
208. Creo que la vida depende de un orden o poder espiritual que no puede ser completamente explicado..... V F
209. Pienso que me encontraría confiado y relajado conociendo a extraños, aunque me dijeran que están enfadados conmigo ..... V F
210. A la gente le resulta fácil acudir a mí buscando ayuda, simpatía y comprensión..... V F
211. Soy más lento que la mayoría en que me entusiasmen ideas y actividades nuevas..... V F
212. Me cuesta mucho mentir, aunque sea para no herir sentimientos de otros ..... V F
213. Hay gente que no me gusta ..... V F
214. No quiero que se me admire más que al resto de la gente..... V F
215. A menudo cuando miro alguna cosa corriente, me sucede algo maravilloso: tengo el sentimiento de estar viéndola por primera vez ..... V F
216. La mayoría de la gente que conozco sólo miran por ellos mismos, sin importarles quién salga perjudicado ..... V F
217. Me suelo sentir tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo y poco familiar ..... V F
218. A menudo me esfuerzo hasta el punto de llegar a estar exhausto o intento hacer más de lo que realmente puedo ..... V F
219. Alguna gente piensa que soy demasiado tacaño o mirado con el dinero..... V F
220. Las descripciones de experiencias místicas probablemente son sólo fantasías ..... V F

221. Mi fuerza de voluntad es demasiado débil para superar tentaciones fuertes, incluso sabiendo que voy a sufrir las consecuencias ..... V F
222. Odio ver a gente sufrir..... V F
223. Sé lo que quiero hacer en mi vida..... V F
224. Normalmente me tomo tiempo para considerar si lo que estoy haciendo es correcto o incorrecto..... V F
225. A no ser que sea muy cuidadoso las cosas me suelen ir mal..... V F
226. Si me encuentro preocupado, suelo sentirme mejor estando con amigos que estando solo ..... V F
227. Pienso que no es posible compartir sentimientos con otras personas que no hayan tenido la misma experiencia..... V F
228. A menudo la gente piensa que estoy en otro mundo porque suelo ser poco consciente de lo que ocurre a mi alrededor..... V F
229. Desearía ser el más guapo de todos ..... V F
230. He mentido mucho en este cuestionario ..... V F
231. Suelo permanecer alejado de situaciones sociales en las que tengo que conocer a gente extraña, incluso si me aseguran que serán amistosos ..... V F
232. Me gusta tanto ver florecer las flores en primavera como ver a un viejo amigo de nuevo ..... V F
233. Suelo considerar las situaciones difíciles como desafíos u oportunidades ..... V F
234. La gente que se relaciona conmigo tiene que aprender a hacer las cosas a mi manera ..... V F
235. La falta de honradez solamente produce problemas si te pillan..... V F
236. Me suelo sentir con más energía y confianza que la mayoría de la gente, incluso después de tensiones o enfermedades menores..... V F
237. Me gusta leer todo lo que tengo que firmar ..... V F
238. Cuando nada nuevo sucede, suelo empezar a buscar algo que sea excitante o novedoso..... V F
239. Algunas veces me preocupo..... V F
240. En ocasiones hablo de la gente a sus espaldas..... V F



## **PDQ-4**

### **Escala de significación clínica**

El evaluador debería valorar el significado clínico de cada uno de los trastornos para los que el paciente reúne los criterios.

#### **Ha indicado que los ítems relacionados a continuación son para usted verdaderos:**

(leer los ítems patológicos de cada trastorno, uno detrás de otro, al paciente).

#### **A. ¿ Hay alguno de los ítems que no sea totalmente verdadero para usted?**

Indique cuál: \_\_\_\_\_

(Tachar aquellos ítems señalados que el paciente indica que no son totalmente verdaderos para él).

#### **B. Estos ítems, ¿desde cuándo forman parte de su personalidad?**

Menos de 1 año \_\_\_\_\_

De 1 a 5 años \_\_\_\_\_

\*La mayoría de su vida o antes de los 18 años \_\_\_\_\_

#### **C. ¿Estos ítems han sido parte de su personalidad sólo cuando usted estaba deprimido, ansioso, consumiendo alcohol/drogas o físicamente enfermo o han estado presentes la mayoría del tiempo independientemente de su humor, nivel de ansiedad, uso de alcohol/drogas o estado general de salud?**

Sólo cuando estaba deprimido \_\_\_\_\_

Sólo cuando estaba ansioso \_\_\_\_\_

Sólo cuando consumía alcohol/drogas \_\_\_\_\_

Sólo cuando estaba físicamente enfermo \_\_\_\_\_

\* No relacionado con ninguno de los anteriores \_\_\_\_\_

#### **D. ¿ En qué ámbitos le han ocasionado dificultades estos ítems?:**

En casa \_\_\_\_\_

En el trabajo \_\_\_\_\_

En las relaciones \_\_\_\_\_

Otras (especificar) \_\_\_\_\_

\* Para satisfacer D se necesita deterioro en al menos un ámbito.

#### **E. ¿ Está preocupado por lo anterior?**

\* Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

\* Para ser clínicamente significativo el trastorno de personalidad debe todavía llegar al nivel después de que se haya dado al paciente la oportunidad de indicar que los ítems no eran totalmente verdaderos (A), el trastorno debe existir desde hace mucho tiempo (B), el trastorno no debe estar limitado a las veces en que el paciente haya estado deprimido, ansioso, usando alcohol/drogas, o físicamente enfermo ( C), el trastorno debe haber producido deterioro (D) o estrés (E).

Repetir para cada trastorno cuando el PDQ-4 sea positivo.

# K. S. P.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: V  M   
Nombre: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estudios realizados (primarios, secundarios, superiores) especificando su titulación:  
\_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

Seguidamente encontrará algunas frases relacionadas con sus hábitos, sus opiniones, su forma de reaccionar y cómo se siente habitualmente. Hay 4 respuestas posibles a cada frase: “Completamente en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “De acuerdo”, “Completamente de acuerdo”.

Las frases están escritas como afirmaciones. Usted debe escoger la respuesta que corresponda a su manera general de actuar o sentir.

Ejemplo:

	<b>Completamente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Completamente de acuerdo</b>
Me gustan las actividades al aire libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque con una **X** la casilla que corresponda a la respuesta con la que usted esté más de acuerdo. Trabaje rápido y no dude demasiado antes de responder. ¡Lo que es importante es su reacción espontánea!

¡Por favor, responda a todas las preguntas!

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

	Completamente En Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Completamente De Acuerdo
1. A menudo me siento incómodo/a y preocupado/a sin que exista ningún motivo.				
2. Siempre estoy dispuesto/a a probar cosas nuevas.				
3. Algunas veces me molesta la gente por el mero hecho de que esté a mi alrededor.				
4. Suelo tener dolores en los hombros y en la nuca.				
5. He tenido que preocuparme de más cosas de las que son de mi incumbencia.				
6. Hable con quien hable, siempre soy amable y educado/a.				
7. Me cuesta quejarme cuando no me atienden correctamente en un restaurante.				
8. Tengo tendencia a actuar movido/a por el impulso del momento sin pensar en lo que pueda ocurrir.				
9. Habitualmente incluso cuando sé que tengo razón, tengo dificultad para hacer prevalecer mi punto de vista.				
10. A veces he pensado que me gustaría irme de casa.				
11. Raramente hago cosas que más tarde me hacen sentir remordimientos.				
12. Me resulta fácil relacionarme con la gente				
13. Me altero y me canso con excesiva facilidad.				
14. A menudo me doy cuenta que aprieto las mandíbulas sin ningún motivo.				
15. Aunque esté muy enfadado, no digo palabrotas.				
16. Nunca he dicho algo de manera deliberada que haya herido los sentimientos de alguien.				
17. No tengo mucha confianza en mí mismo/a.				
18. Mis padres no siempre han estado de acuerdo con los amigos que tengo.				
19. Cuando alguien se adelanta en una cola, normalmente le digo que espere su turno.				
20. Cuando tengo que tomar una decisión, consulto con la almohada antes de decidirme.				
21. A menudo me siento inquieto/a como si quisiera algo sin saber qué.				
22. Me gusta llevar una vida tranquila y organizada.				
23. Cuando estoy furioso/a, a veces doy golpes en las puertas.				
24. La vida ha sido injusta conmigo.				
25. Cuando estoy preocupado/a y triste, necesito confiar en alguien.				
26. Cuando estoy trabajando en algo, no me importa que me interrumpen.				
27. Me resulta difícil volver a una tienda para pedir que me cambien un producto que he comprado.				
28. Prefiero a la gente que propone actividades excitantes e inesperadas.				

***POR FAVOR, CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.***



	Completamente En Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Completamente De Acuerdo
29. Hable con quien hable, siempre escucho atentamente.				
30. Normalmente, me entusiasmo tanto con ideas y sugerencias nuevas que me olvido de pensar en los posibles inconvenientes de las mismas.				
31. Soy capaz de ponerme lo suficientemente furioso/a como para llegar a tirar cosas violentamente.				
32. La vida familiar en casa era feliz				
33. Habitualmente, siento el cuerpo rígido y tenso.				
34. Algunas veces mi corazón late fuerte o de manera irregular sin motivo alguno.				
35. Pienso que algunas veces una discusión puede ayudar a aclarar las cosas.				
36. Soy del tipo de personas excesivamente susceptibles y que se sienten heridas fácilmente.				
37. Muchas veces he hecho cosas en contra de la voluntad de mis padres.				
38. Evito a la gente que se muestra interesada en mi vida personal				
39. Soy más irritable de lo que la gente piensa.				
40. Creo que debo ahorrar energías.				
41. Nunca dudo un instante en salirme de mi camino para ayudar a alguien que tenga problemas.				
42. Cuando intento dormirme, a menudo noto que mis músculos están muy tensos.				
43. Desde que tenía diez años, no he tenido ninguna rabietta.				
44. Tengo una exagerada necesidad de experimentar cambios.				
45. Muchas veces la gente habla de mí cuando no estoy delante.				
46. Estoy bastante pendiente de mí mismo en la mayoría de situaciones sociales.				
47. La gente que no cumple con su deber debería tener muchos remordimientos.				
48. A menudo me lanzo a todo sin pensármelo.				
49. Me cuesta muchísimo tener las ideas claras cuando hablo con alguien.				
50. La vida familiar en casa era siempre muy agradable.				
51. Me cuesta mucho tener que quejarme cuando me devuelven menos cambio del que me corresponde.				
52. Me siento incómodo/a cuando alguien me revela sus secretos.				
53. Necesito gastar más energías que la mayoría de la gente para conseguir cualquier cosa.				
54. Intento estar en los sitios donde se producen los acontecimientos.				
55. Algunas veces tengo el presentimiento de que los otros se ríen de mí.				
56. Algunas veces comienzo a sudar inesperadamente sin motivo alguno.				

**POR FAVOR, CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**

	Completamente En Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Completamente De Acuerdo
57. Los ruidos imprevistos me sobresaltan y alarman.				
58. Los miembros de mi familia siempre se han avenido entre ellos.				
59. Cuando alguien se está burlando de mí, nunca encuentro la respuesta apropiada en el momento preciso.				
60. Nunca me ha molestado cuando me han pedido un favor, incluso cuando ello me ha representado un inconveniente.				
61. Raramente me atrevo a manifestarme en una discusión, ya que tengo la sensación de que la gente cree que mis opiniones no valen la pena.				
62. Soy una persona muy especial.				
63. Algunas veces tengo malos pensamientos que me hacen sentir avergonzado/a de mí mismo.				
64. De pequeño/a, en mi casa la vida era menos tranquila y calmada que la de la mayoría de la gente.				
65. Me conmueven profundamente las desgracias de la otra gente.				
66. Me resulta fácil volver a conciliar el sueño si me despierto.				
67. Me resulta muy difícil negarme cuando alguien me pide un favor, aunque no tenga ganas de prestar esa ayuda.				
68. Creo que es bastante correcto describirme como una persona que se toma las cosas tal como vienen.				
69. Cuando me equivoco, siempre estoy dispuesto/a a admitirlo.				
70. Cuando leo un periódico, a menudo me doy cuenta que lo sujeto con mucho fuerza.				
71. Generalmente me pregunto qué motivo secreto puede tener una persona para tratarme amablemente.				
72. En la escuela, alguna vez me enviaron al director por mal comportamiento.				
73. Casi siempre estoy deseando que haya más acción.				
74. Me cuesta muchísimo tiempo reponerme de sucesos desagradables.				
75. Me deprime el hecho de no haber hecho más por el bienestar de mis padres.				
76. A veces tengo sensaciones de pánico.				
77. A veces he tenido ganas de irme de casa.				
78. Me siento mejor cuando mantengo a la gente a una cierta distancia.				
79. A veces desearía poder expresarme cuando algo me disgusta.				
80. Normalmente me puedo concentrar en lo que estoy haciendo, aunque esté en un entorno que distraiga la atención.				
81. Normalmente "hablo antes de pensar".				
82. Habitualmente me siento incómodo/a cuando encuentro gente que no conozco muy bien.				

	Completamente En Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Completamente De Acuerdo
83. Me siento muy incómodo/a cuando veo una pelea en la calle.				
84. Hasta cierto punto, me gusta hacer trabajos rutinarios.				
85. Siempre he intentado hacer las cosas tal como se debe, incluso cuando he tenido problemas.				
86. A veces, si estoy muy preocupado/a, noto, de repente, como si me temblasen las piernas.				
87. A veces hablo mal de la gente que no me gusta.				
88. Me cuesta hallar una posición relajada incluso cuando estoy sentado/a en una silla muy cómoda.				
89. Siempre soy bien educado, incluso con la gente desagradable.				
90. Tal como van las cosas, es difícil mantener la esperanza de llegar a ser alguien en esta vida.				
91. Las pocas veces que he engañado a alguien, me he arrepentido profundamente.				
92. Prefiero no inmiscuirme en los problemas de la otra gente.				
93. Cuando me vienen con prisas, me agobio fácilmente.				
94. Bastante a menudo, especialmente cuando estoy cansado/a, noto como si yo o el mundo que me rodea estuviera cambiando (una sensación de irrealidad).				
95. No puedo evitar discutir cuando la gente esta en desacuerdo conmigo.				
96. Cuando no sé alguna cosa, no tengo ningún inconveniente en admitirlo.				
97. Muchas veces me preocupo por cosas que la otra gente considera banales.				
98. De joven, en la escuela daba muchos quebraderos de cabeza a los maestros.				
99. No puedo evitar ser un poco brusco/a con la gente que no me gusta.				
100. Normalmente me tiemblan las manos.				
101. Cuando estoy a punto de tomar una decisión no me lo pienso dos veces.				
102. Me gusta hacer cosas simplemente por la sensación que producen.				
103. Hay algunas personas que parecen estar celosas de mí.				
104. Mis padres no me han comprendido realmente nunca				
105. Generalmente la gente piensa que escondo mis sentimientos para que no vean como soy.				
106. Me gusta disponer de mucho tiempo cuando hago algo.				
107. Muy pocas veces tengo la sensación de que alguien intenta provocarme o insultarme.				
108. Mis músculos están tan tensos que llego a sentirme cansado/a.				
109. Me gusta el tipo de vida que implica movimiento, viajes, cambio y diversión.				
110. Me preocupo con mucha antelación cuando tengo que empezar alguna cosa.				

**POR FAVOR, CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**

	Completamente En Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Completamente De Acuerdo
111. Siempre soy paciente con los demás.				
112. Creo que me arrepiento de algunas cosas que hago, más a menudo que otras personas.				
113. Me tomo la vida sin preocupaciones.				
114. Ha habido veces en las que he estado muy celoso de la buena suerte de los demás.				
115. No consiento que una serie de sucesos poco importantes lleguen a irritarme.				
116. Algunas veces me sonrojo aunque no haga mucho calor.				
117. Cuando iba a la escuela, hacia novillos muchas veces.				
118. Me considero más reservado/a y frío/a que amable y afectuoso/a.				
119. Tengo tendencia a desconfiar de la gente que se muestra más amable de lo normal.				
120. Me siento calmado/a y seguro/a incluso cuando estoy afrontando nuevas actividades.				
121. Después de haber hecho una compra, frecuentemente me preocupa la posibilidad de no haber escogido bien.				
122. Algunas veces he tenido que mentir para salir de un aprieto.				
123. Si alguien me irrita, soy capaz de decirle lo que pienso de él.				
124. A veces tengo la sensación de que me falta aire para respirar.				
125. Mis padres generalmente me han dejado tomar mis propias decisiones.				
126. Cuando estoy muy enfadado/a digo palabrotas.				
127. Me considero una persona impulsiva.				
128. Muchas veces, a media tarde tengo un dolor de cabeza que me hace sentir como si tuviera un gran peso en la frente.				
129. Si alguien me grita, le respondo gritando.				
130. Me gusta escuchar la radio con mucho volumen para sentirme "enrollado/a".				
131. Muchas veces tengo la sensación de haber hecho algo equivocado o muy mal.				
132. Cuando estoy enfadado/a hago mala cara.				
133. La gente a menudo acude a mí cuando tiene problemas.				
134. Creo que me fatigo más fácilmente que la mayoría de la gente que conozco.				
135. Cuando alguien me reprende, me pongo más triste que enfadado/a.				

***Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas.  
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.***

**9.2. ANNEX 2: BACK TRANSLATION**



**PDQ-4+**

**BACK TRASLATION**

*Autor: Phil Grayston*

**Personal Data:**

**Date:**

**Instructions:** The objective of this questionnaire is that you describe the kind of person you are. Answering the questions, think how you felt, how you thought and acted in the past years. To remind you of this, you will find the assertion “in the last years” on top of each page.

T (True) means that the assertion is generally true for you. F (False) means that the assertion is generally false for you. Even if you are not totally sure about your answer, indicate “T” or “F” for each question.

For example for the question: xx. I tend to be stubborn. If, as a matter of fact, you’ve been stubborn during the last years, you should answer “True”, making a circle around the T. If it is not completely true, you should answer “False” making a circle around the “F”.

There are no correct answers. There is no time limit for answering.

**PDQ-4+**

**In these last years....**

1. I avoid working with people who could criticize me.
2. I cannot make any decision without the advice or support of other people.
3. Often I get lost in the details and I lose sight of the main objective I am seeking.
4. I need to be the center of attention.
5. I’ve got much further than others admit I have.

6. I'd do anything to prevent the people I love from leaving me.
7. People often complain that I don't do my job properly or honour my commitments.
8. On several occasions I've had trouble with the law (or would have done if I had been caught).
9. I'm not interested in spending time with family or friends.
10. I find special messages in the things that happen around me.
11. I know that, if I let myself, people will take advantage of me or will try to cheat me.
12. Sometimes I get upset.
13. I make friends with people only when I am sure that they like me.
14. I am usually depressed.
15. I prefer that others take on responsibilities for me.
16. I waste time trying to make things too perfect.
17. I am sexier than most people.
18. Often I think about how important I am or will be.
19. I can skip from love to hate without any reason.
20. I get into many fights.
21. I feel that the others don't understand me or don't like me.
22. I prefer doing things by myself rather than with other people.
23. I am able to know that some things will happen before they happen.
24. Often I wonder if the people I know are really trustworthy.
25. Occasionally I talk about people behind their backs.
26. I inhibit in my intimate relations out of fear of being ridiculous.
27. I'm afraid of losing others people's support if I show that I don't agree with them.
28. I suffer from low self-esteem.
29. I give priority to my work over being with my family, my friends or having fun.
30. I show my emotions easily.
31. Only a few special persons can appreciate me and really understand me.
32. Often I wonder who I am really.
33. I have difficulties in paying my bills because I never keep the same job for long.
34. I'm not interested in sex.
35. Other people consider me a bad tempered and irascible person.



36. Often I can detect or feel things that other people cannot detect or feel.
37. I am sure that the others will use what I say against me.
38. I don't like some people.
39. I am more sensitive to criticism or rejection than most people.
40. It's hard for me to start something if I have to do it on my own.
41. I have a higher sense of morality than others.
42. I am my worst critic.
43. I use my physical aspect to get the attention I need.
44. I need very much that people take notice of me or compliment me.
45. I've tried to hurt myself or to commit suicide.
46. I do lots of things without thinking about the consequences.
47. There are few activities that I have any interest in.
48. People often have difficulty understanding what I say.
49. I hate that my superiors tell me how to do my work.
50. I keep alert to figure out the real meaning of what the people say.
51. I've never told a lie.
52. I'm afraid of meeting new people because I feel inadequate.
53. I want to like people so much that I end up doing things I'd rather not do.
54. I've gathered heaps of unnecessary things I couldn't get rid of.
55. Even though I talk a lot, people say I find it hard to get to the point.
56. I worry a lot.
57. I expect the others to do me favours although I usually don't do any.
58. I am a very unstable person.
59. It is easy for me to lie and I do it often.
60. I'm not interested in having close friends.
61. I am often on guard against being taken advantage of.
62. I never forget or forgive those who hurt me.
63. I'm resentful about those who are luckier than me.
64. A nuclear war wouldn't be a bad idea.
65. When I'm alone I feel abandoned and unable to take care of myself.
66. I prefer to do things by myself if the others can't do them correctly.

67. I have a gift for being dramatic.
68. Some people think that I take advantage of the others.
69. I feel that my life is boring and empty.
70. I'm critical on other people.
71. I don't care about what people say about me.
72. It's hard for me to relate to other people.
73. People often complain that I don't realize what their problems are.
74. By my looks, people could think I'm pretty odd, eccentric or weird.
75. I have fun doing risky things.
76. I've lied a lot in this questionnaire.
77. I complain a lot about my hardships.
78. I have difficulty controlling my anger or bad humour.
79. Some people are jealous of me.
80. I can be easily influenced by others.
81. I consider myself thrifty, but the others think I'm cheap.
82. When a close relationship ends, I need to find another partner immediately.
83. I suffer from low self-esteem.
84. I'm a pessimist.
85. I don't wait a minute before taking revenge on people who offend me.
86. It makes me nervous to be surrounded by people.
87. I fear feeling uncomfortable in new situations.
88. I'm terrified of being abandoned and left to take care of myself.
89. Some people complain that I am as stubborn as a mule.
90. I take relationships more seriously than my partners.
91. I can behave unpleasantly with somebody, and then say I'm sorry immediately after.
92. Others consider me to be stuck up.
93. When I'm stressed, I have paranoias or I feel that the things that surround me are unreal.
94. I don't worry about hurting others if I get what I want.
95. I keep my distance from the others.
96. I often wonder if my partner has been unfaithful to me.

97. I often feel guilty.

98. I've done things on impulse (like the one indicated hereafter) that can get me into trouble. (Indicate with a cross the ones that refer to you)

- a. Spend more money than I have.
- b. Have sex with people I hardly know.
- c. Drink too much.
- d. Take drugs.
- e. Stuff myself out eating.
- f. Drive rashly.

99. Before I was 15, I did some things typical of a juvenile delinquent, like those indicated below. (Indicate with a cross the ones that refer to you)

- a. I was considered a bully.
- b. I used to start fights with the other boys.
- c. I used weapons in the fights I had.
- d. I robbed or mugged other people.
- e. I used physical cruelty against other people.
- f. I used physical cruelty against animals.
- g. I forced somebody to have sex with me.
- h. I lied a lot.
- i. I stayed out at night without my parents' permission.
- j. I stole.
- k. I set fires.
- l. I broke windows or destroyed property.
- m. I ran away from home overnight.
- n. I skipped school before I got 13.
- o. I broke into other people's homes, buildings or cars.

**PLEASE CHECK THAT YOU HAVE ANSWERED ALL THE QUESTIONS.**



### **9.3. ANNEX 3: HISTOGRAMES**



Figura 3.2.3. Histogrames de la mostra clínica

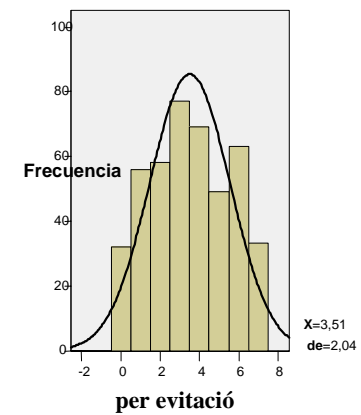
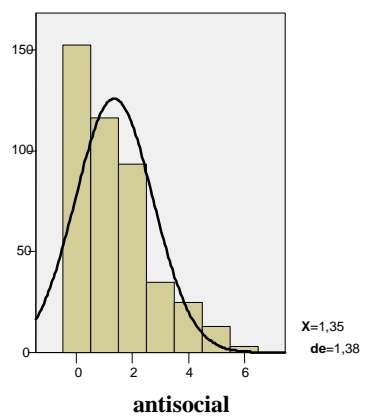
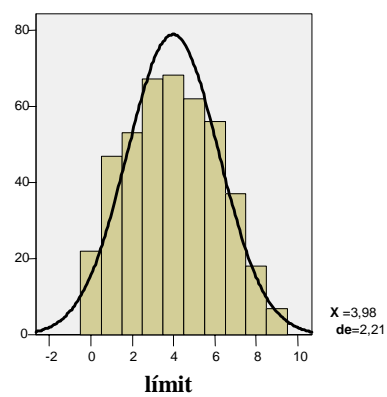
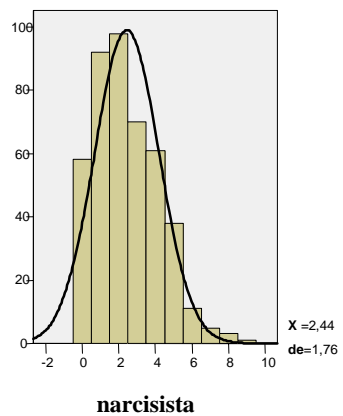
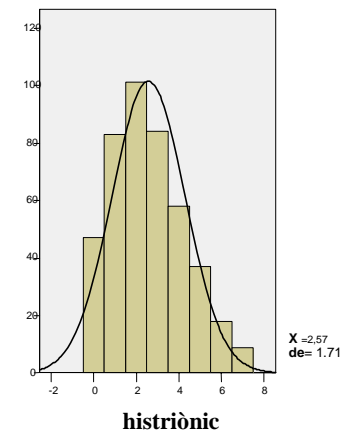
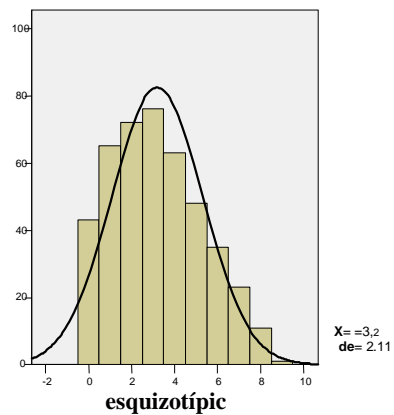
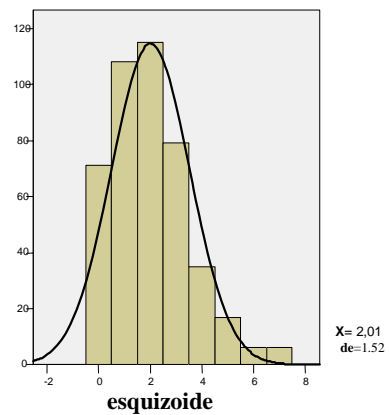
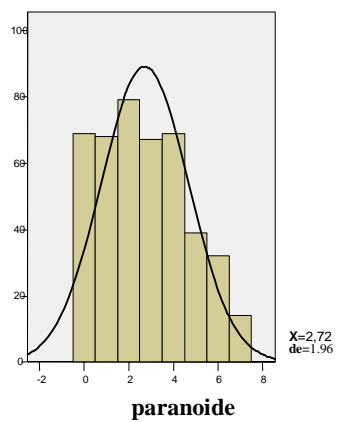


Figura 3.2.3. Histogrames de la mostra clínica

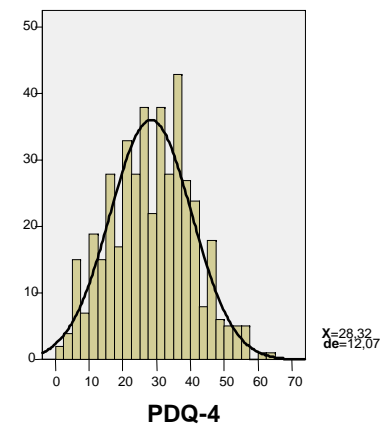
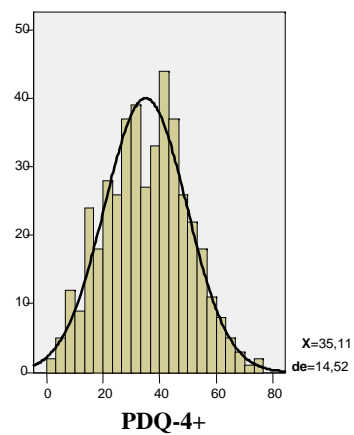
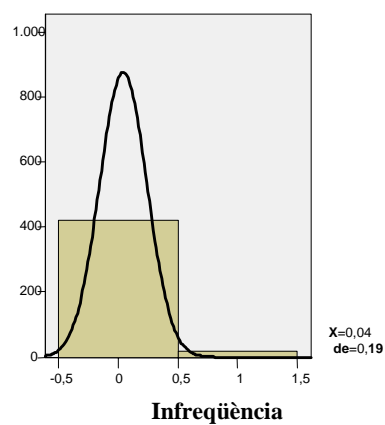
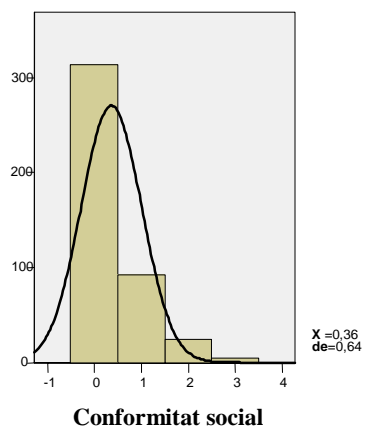
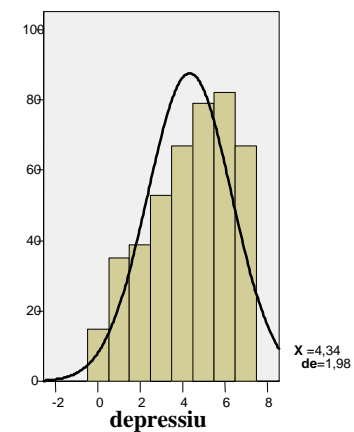
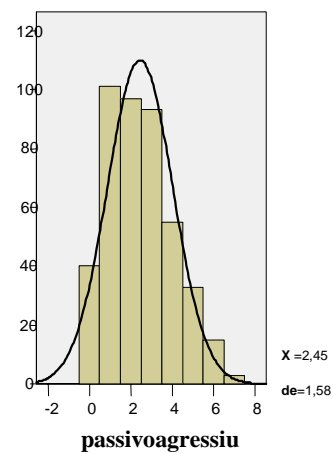
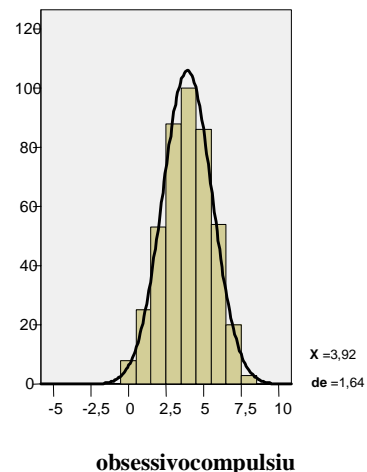
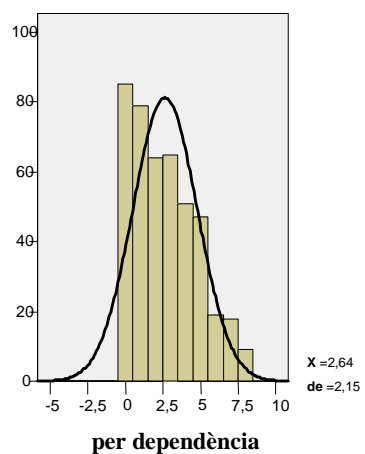




Figura 4.2.3. Histogrames mostra d'estudiants

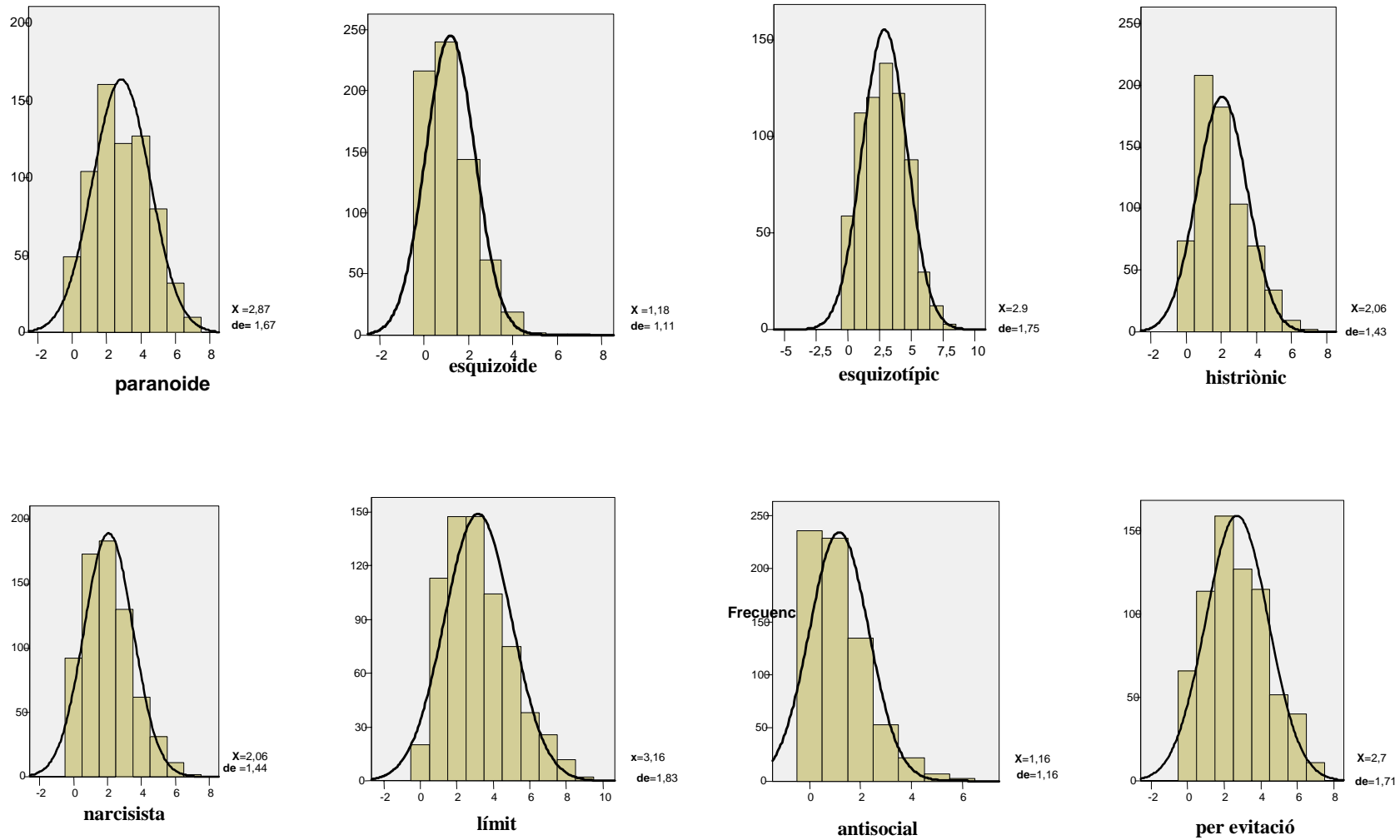


Figura 4.2.3. Histogrames mostra d'estudiants

