

ORIGINAL

## Patrones desadaptativos de la personalidad del cluster B en adolescentes españoles

Eduardo Fonseca-Pedrero<sup>a,b,\*</sup>, Mercedes Paino<sup>b,c</sup>, Serafín Lemos-Giráldez<sup>b,c</sup>  
y José Muñiz<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, Logroño, España

<sup>b</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid, España

<sup>c</sup> Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

Recibido el 23 de marzo de 2012; aceptado el 17 de julio de 2012

Disponible en Internet el 7 de septiembre de 2012

### PALABRAS CLAVE

Antisocial;  
Borderline;  
Narcisista;  
Histriónico;  
Personalidad;  
Adolescentes

### Resumen

**Introducción:** La prevalencia y la expresión de los trastornos de la personalidad del cluster B durante la adolescencia han sido escasamente analizadas. El objetivo de esta investigación fue analizar la tasa de los rasgos y los patrones desadaptativos de la personalidad del cluster B autoinformados en adolescentes españoles. También se examinaron la estructura dimensional subyacente y la influencia del sexo y la edad en su expresión fenotípica.

**Método:** La muestra la formaron un total de 1.440 participantes (media = 15,9 años; DE = 1,2). El instrumento de medida utilizado fue el *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ-4+).

**Resultados:** Los rasgos de las personalidades «dramáticas» o «erráticas» son comunes entre la población adolescente, particularmente las facetas antisocial y límite. El 20,3% de la muestra presentaría, según los puntos de corte del PDQ-4+, un patrón desadaptativo de la personalidad del cluster B. El análisis de la estructura interna de los ítems del cluster B del PDQ-4+ arrojó una solución factorial concretada en 3 factores interrelacionados, a saber: Antisocial, Borderline e Histriónico/ Narcisista. Se encontraron diferencias en función del sexo en la subescalas del cluster B, no así en función de la edad.

**Conclusiones:** Estos datos arrojan nuevas pistas que permiten mejorar la comprensión de los rasgos de la personalidad del cluster B en este sector de la población. Futuros estudios deberían utilizar instrumentos de medida que tuvieran en cuenta la preocupación, la convicción y el estrés asociado a tales experiencias.

© 2012 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [eduardo.fonseca@unirioja.es](mailto:eduardo.fonseca@unirioja.es) (E. Fonseca-Pedrero).

## KEYWORDS

Antisocial;  
Borderline;  
Narcissistic;  
Histrionic;  
Personality;  
Adolescents

## Cluster B maladaptive personality traits in Spanish adolescents

### Abstract

**Introduction:** The prevalence and expression of Cluster B personality disorders during adolescence have been poorly analyzed. The main aim of this research was to analyze the rate of Cluster B maladaptive personality traits in Spanish adolescents. We also examined dimensional structure underlying the influence of sex and age in its phenotypic expression, was also examined.

**Method:** The sample consisted of a total of 1440 participants (Mean = 15.9 years, SD = 1.2). The self-reporting questionnaire used was the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+).

**Results:** Maladaptive «dramatic» or «erratic» personality traits are common among adolescents, particularly antisocial and borderline facets. Using the PDQ-4+ cut-off points, 20.3% of the sample submitted had a Cluster B personality disorder. The analysis of the internal structure of the Cluster B items of the PDQ-4+ yielded a factorial solution centred on three interrelated factors, including: Antisocial, Borderline and Histrionic/Narcissistic. There were differences by gender in the subscales of Cluster B, but not in function of age.

**Conclusions:** These data yield new insights that improve the understanding of the Cluster B personality disorders and traits in this sector of the population. Future studies should use measurement tools that take into account the concern, conviction and distress associated with such experiences.

© 2012 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El estudio en la adolescencia de los trastornos y los rasgos desadaptativos de la personalidad se ha incrementado recientemente debido a la necesidad de integrar bajo un mismo marco la perspectiva de la psicopatología del desarrollo y el modelo dimensional de la personalidad<sup>1-4</sup>. La adolescencia es un periodo del desarrollo humano en el que pueden ocurrir una amplia variedad de trastornos y síntomas psicopatológicos<sup>5-7</sup>, entre los que destacan los patrones desadaptativos de la personalidad<sup>8-10</sup>. Así, muchos de los trastornos de la personalidad (TP) que emergen en la etapa adulta parecen configurarse y tener sus raíces etiológicas en etapas más tempranas del desarrollo<sup>1,11,12</sup>, como bien establece el DSM-IV-TR<sup>13</sup> para su diagnóstico.

El diagnóstico de los TP en la adolescencia y el estudio de los rasgos maladaptativos de la personalidad es un tema controvertido que está siendo objeto de un interesante debate. El DSM-IV-TR<sup>13</sup> considera que los TP pueden ser diagnosticados en individuos menores de 18 años siempre y cuando sean casos relativamente raros, en los que los rasgos desadaptativos de la personalidad tiendan a extenderse, a persistir y a no limitarse a una etapa particular del desarrollo, y cuya duración sea de al menos un año. En este sentido, existe un cuerpo creciente de conocimiento científico que pone de manifiesto la necesidad de valorar los rasgos desadaptativos de la personalidad en población adolescente<sup>11</sup>. Los TP han sido diagnosticados en adolescentes de la población general<sup>10,14,15</sup> así como en muestras clínicas<sup>16-18</sup>. Las tasas de prevalencia de TP en adolescentes no clínicos son elevadas y oscilan entre el 14,4 y el 17%<sup>10,14,19</sup>. Asimismo, los rasgos de los TP o los TP diagnosticados en esta etapa del desarrollo tienen un claro impacto en la adultez (temprana y tardía) a nivel social, interpersonal y laboral, así como en la salud física y mental (tentativas de suicidio, abuso de sustancias, depresión, etc.)<sup>20-23</sup>. Estos datos resaltan la necesidad de

evaluar y comprender la expresión de los rasgos desadaptativos de la personalidad en este sector de la población, con la finalidad de establecer estrategias de prevención, intervención y gestión de recursos.

El cluster B de los TP agrupa un conjunto de síndromes «dramáticos» o «erráticos», que el DSM-IV-TR<sup>13</sup> califica como individuos excesivamente extrovertidos, emocionales, impulsivos e inestables, o lo que es lo mismo, personalidades inmaduras, y que incluye los desórdenes Antisocial, Límite (o Borderline), Narcisista e Histriónico<sup>13</sup>. Este conglomerado de trastornos ha sido extensamente analizado, si bien es cierto que los trastornos Antisocial y Límite han recibido comparativamente mayor atención en la literatura previa<sup>24,25</sup>, y concretamente en la adolescencia<sup>26-28</sup>. Dicha agrupación se fundamenta en trabajos previos llevados a cabo con estudios factoriales y de análisis de cluster<sup>13,17,29,30</sup>; no obstante, estudios genéticos han hallado mayor asociación entre los TP Antisocial y borderline<sup>31</sup> que entre los otros TP. Asimismo, desde los modelos dimensionales de la personalidad, los rasgos de los TP, como por ejemplo, los de la personalidad borderline, se pueden encontrar presentes en la población general, distribuidos a lo largo de un continuo de gravedad y sin estar necesariamente asociados con estrés, preocupación, discapacidad y/o necesidad de tratamiento. Desde esta perspectiva dimensional, los rasgos de los TP serían considerados como una variación o manifestación extrema y desadaptativa de los rasgos normales de la personalidad<sup>32,33</sup>. Por otro lado, los estudios epidemiológicos realizados en población adolescente y adulta no clínica con instrumentos de medida que valoran los rasgos de la personalidad del cluster B van en esta línea<sup>15,34,35</sup>. Concretamente, se estima una prevalencia puntual de los TP del cluster B en adolescentes no clínicos del orden del 0,9-7,1%<sup>10,19,36</sup>, siendo más elevada cuando se examinan muestras de adolescentes clínicos<sup>18,37</sup>.

Como señalan los estudios realizados, tanto en muestras comunitarias de adolescentes y adultos como en población

clínica, la expresión fenotípica de los TP y de sus rasgos parece variar en función del sexo y/o la edad<sup>38-40</sup>. Específicamente en población adulta, se ha encontrado que, dentro de los trastornos del cluster B, los tipos Antisocial o Narcisista son más frecuentes entre los hombres, mientras que los tipos Borderline e Histriónico parecen serlo entre las mujeres<sup>39,41,42</sup>; tomados en conjunto, otros trabajos han encontrado una mayor prevalencia para el cluster B en los hombres<sup>43</sup>, o no replican estos hallazgos<sup>44</sup>. En población adolescente se han encontrado mayores tasas de TP borderline en mujeres<sup>15,35,40</sup> y mayor frecuencia de trastorno de conducta en los varones<sup>45-47</sup>, si bien —y al igual que ocurre en adultos— otros estudios no han hallado tal asociación<sup>10</sup>. En relación con la edad, los participantes más jóvenes suelen mostrar mayores puntuaciones en los TP cuando se les compara con los de más edad. Cuando se analizan los rasgos de los TP del cluster B longitudinalmente, se observa un descenso en la prevalencia con la edad y de las puntuaciones medias de la adolescencia a la etapa adulta<sup>10,44,48</sup>.

Hasta el momento se han llevado a cabo pocos estudios de naturaleza empírica que traten de analizar y comprender la prevalencia y la expresión de los rasgos de la personalidad del cluster B en población general adolescente española que permitan arrojar nuevas pistas sobre estos resultados contradictorios. Dentro de este contexto de investigación, el propósito del presente trabajo fue examinar las tasas de prevalencia de los patrones y rasgos maladaptativos de la personalidad del cluster B en una muestra representativa de adolescentes de la población española a través del *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ-4+)<sup>49</sup>. Igualmente, se examinó la estructura dimensional subyacente a este conjunto de rasgos «dramáticos» o «erráticos», así como la influencia del sexo y la edad en la expresión de los rasgos desadaptativos de la personalidad del cluster B.

## Método

### Participantes

La selección de los adolescentes se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorizado estratificado, por conglomerados, a nivel de aula, en una población inicial aproximada de 36.000 estudiantes pertenecientes a la comunidad autónoma del Principado de Asturias (región situada al norte de España). Los estratos se crearon en función de la zona geográfica (Oriente, Occidente y Central) y la etapa escolar (obligatoria y postobligatoria). La probabilidad de elección de cada centro fue directamente proporcional al número de alumnos correspondientes al mismo. Los adolescentes pertenecían a diferentes centros escolares, públicos, concertados y privados, de Educación Secundaria Obligatoria y de Ciclos de Formación Profesional. La muestra inicial fue de 1.628 alumnos, si bien se eliminaron aquellos participantes que presentaban: a) más de 2 puntos en la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (n = 64); b) dificultades de aprendizaje (n = 6); c) una edad mayor de 18 años (n = 35); d) omisión de datos demográficos o cuestionarios sin responder (n = 32); y e) puntuaciones *outliers* (n = 51). La muestra final la formaron un total de 1.440 estudiantes, 695 varones (48,3%) y 745 (51,7%) mujeres, pertenecientes a 28 centros escolares y 90 aulas. La edad media fue de 15,91 años (des-

viación estándar [DE] = 1,18), oscilando el rango de edad entre los 14 y los 18 años. La distribución en función de la edad para la muestra fue la siguiente: 14 años (n = 193; 13,3%), 15 años (n = 352; 24,4%), 16 (n = 408; 28,3%) años, 17 años (n = 352; 24,4%) y 18 años (n = 135; 9,4%).

### Instrumentos

El PDQ-4+<sup>49</sup> es un autoinforme desarrollado para la valoración de los rasgos de los trastornos de la personalidad en función de los criterios del DSM-IV<sup>50</sup>. El PDQ-4+ consta de un total de 99 ítems distribuidos a lo largo de 12 subescalas, 10 referidas a las categorías diagnósticas que contempla el DSM-IV en el eje II y otras 2 dirigidas a evaluar categorías de los trastornos de la personalidad que aparecen en el apéndice B. En este estudio se utilizó un formato de respuesta *Likert* de 5 categorías (1 «*completamente en desacuerdo*»; 5 «*completamente de acuerdo*»). Un formato de respuesta *Likert* mejora la fiabilidad de las puntuaciones y favorece la obtención de evidencias de validez<sup>51,52</sup>; asimismo, una puntuación dimensional en psicopatología mejora sustancialmente la validez y la fiabilidad de la medición<sup>53</sup>. Para el presente trabajo se utilizaron los 34 ítems que valoraban las subescalas Antisocial, Borderline, Histriónica y Narcisista. Debe mencionarse que los ítems 98 y 99 del PDQ-4+, que forman parte de las subescalas Límite y Antisocial, tienen un formato de respuesta diferente, pues los participantes tienen que marcar con una cruz para seleccionar entre un conjunto de comportamientos impulsivos (beber en exceso, gastar dinero, etc.) y/o delictivos (peleas, crueldad, etc.). Si presenta más de 2 conductas en el ítem 98 o más de 3 en el ítem 99, se considera como positivo. Por ello aquí se presentan ambos ítems en un formato dicotómico (0-1). El ítem 33 que se refería a «*problemas para pagar facturas por no permanecer mucho tiempo en el trabajo*» se modificó por «*problemas para pagar mis cosas porque no gestiono el dinero que recibo de mi paga*». El PDQ-4+ se ha utilizado en una amplia variedad de estudios epidemiológicos y sus propiedades se encuentran ampliamente respaldadas<sup>9,54-56</sup>. En este estudio se utilizó la versión adaptada al español por Calvo et al.<sup>57</sup> en jóvenes adultos, que también ha sido utilizada en pacientes psiquiátricos ambulatorios<sup>58</sup> y en adolescentes no clínicos<sup>59</sup>.

La Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta<sup>60</sup> es un autoinforme compuesto por 12 ítems en formato tipo *Likert* de 5 categorías (1 «*completamente en desacuerdo*»; 5 «*completamente de acuerdo*») que ha sido desarrollado siguiendo las directrices para la construcción de tests<sup>61</sup>. Su objetivo es detectar a aquellos participantes que responden de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonestamente en autoinformes (incluye ítems como p. ej., «*La distancia entre Madrid y Barcelona es mayor que entre Madrid y Nueva York*»). Este instrumento de medida ha sido utilizado en estudios previos con adolescentes<sup>62</sup>. Una vez dicotomizados los ítems, aquellos alumnos que presentaban una puntuación igual o superior a 2 puntos eran automáticamente eliminados de la investigación.

### Procedimiento

La administración de los cuestionarios se llevó a cabo de forma colectiva, en grupos de 10 a 35 estudiantes, durante

el horario escolar y en un aula acondicionada para este fin. El estudio fue presentado a los participantes como una investigación sobre las diversas características de la personalidad, asegurándoles la confidencialidad de sus respuestas, así como el carácter voluntario de su participación. Los adolescentes no recibieron ningún incentivo por su participación. La administración de las pruebas se realizó en todo momento bajo la supervisión de un colaborador. Este estudio se enmarca dentro de una investigación más amplia sobre detección e intervención temprana de los trastornos psicológicos en la adolescencia. La investigación ha sido aprobada por el comité ético de la Universidad de Oviedo y el Departamento de Educación del Principado de Asturias.

## Análisis de datos

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos para los ítems que conformaban las subescalas del cluster B del PDQ-4+. En este estudio se ha utilizado un formato de respuesta *Likert* de 5 puntos, a diferencia de trabajos previos donde se había usado un formato dicotómico (Verdadero/Falso). Con la finalidad de comparar los datos con estudios previos, también se obtuvieron estadísticos descriptivos dicotomizando las respuestas de los ítems, considerando los valores de 1-3 como «0», y los valores 4-5 como «1». En segundo lugar, se examinó la estructura interna de los 34 ítems que componen las 4 subescalas del cluster B del PDQ-4+ mediante un análisis factorial exploratorio. Se utilizó el método *Minimum Rank Factor Analysis* y rotación Promin. Las cargas factoriales se estimaron a partir de la matriz de correlaciones de Pearson. El procedimiento para determinar el número de dimensiones fue implementación óptima del análisis paralelo<sup>63</sup>. A continuación, se compararon las puntuaciones medias de las subescalas del cluster B en función del sexo y de la edad. Para ello se llevó a cabo un análisis multivariado de la varianza (MANOVA), tomando como factores fijos el sexo y la edad, y como variables dependientes las subescalas y la puntuación total del PDQ-4+ en el cluster B. Al igual que con el estudio a nivel de los ítems, las puntuaciones de las subescalas se calcularon considerando la naturaleza *Likert* de las variables y dicotomizando los ítems. Se utilizó el valor  $\lambda$  de Wilks (Wilks  $\lambda$ ) para observar si existían diferencias estadísticamente significativas entre todas las variables dependientes tomadas en conjunto. Como índice del tamaño del efecto se empleó el estadístico *eta* cuadrado parcial ( $\eta^2$  parcial). Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0<sup>64</sup> y el programa FACTOR 8.0<sup>65</sup>.

## Resultados

### Estadísticos descriptivos

En la [tabla 1](#) se recogen los estadísticos descriptivos para los ítems de las subescalas Antisocial, Límite, Histriónico y Narcisista, tanto para los ítems en formato *Likert* como una vez dicotomizados. A partir de los ítems dicotomizados, si se multiplica por 100 el valor de la tabla, se puede obtener el porcentaje de participantes de la muestra total que informaron afirmativamente de dicho rasgo. Por ejemplo, el 75% de la muestra respondió afirmativamente al ítem 9 («*Haria*

*cualquier cosa para evitar que me abandonen aquellos a quienes quiero*») mientras que el 46% respondió de forma positiva al ítem 20 («*Muestro mis emociones fácilmente*»). En cambio, aproximadamente el 3-6% de la muestra señaló que «*He intentado hacerme daño o suicidarme*» (ítem 2) o «*Algunas personas piensan que me aprovecho de los demás*» (ítem 31).

De acuerdo a los criterios del manual del PDQ-4+, el 20,3% (n = 293) de la muestra presentaría un patrón desadaptivo de la personalidad del cluster B. Un 9,1% (n = 131) puntuó 4 (3 + el ítem 99) o más en la subescala Antisocial, mientras que el 10,3% (n = 148) de la muestra puntuó 5 o más en la subescala Límite. El 2,9% (n = 42) de los participantes puntuó 5 o más en la subescala Histriónica, mientras que el 5,1% (n = 74) de la muestra lo hizo en la subescala Narcisista. Respecto al número de posibles patrones desadaptivos de la personalidad, el 14,9% (n = 215) de la muestra puntuaría positivamente en un único patrón; el 4,1% (n = 59) en 2; el 1% (n = 14) en 3 y el 0,3% (n = 5) de los participantes en los 4.

En la [tabla 2](#) se presentan las correlaciones de Pearson entre las subescalas del PDQ-4+, en los 2 formatos de respuesta: a) ítems en formato *Likert*; y b) ítems en formato dicotomizado. En el primer caso, las correlaciones entre las subescalas fueron elevadas y estadísticamente significativas, y oscilaron entre 0,41 y 0,62. En el segundo caso, las correlaciones entre las subescalas del cluster B con ítems dicotomizados oscilaron entre 0,28 y 0,47, siendo también estadísticamente significativas. Del mismo modo, la tabla nos permite ver el grado de asociación entre las puntuaciones con ítems en formato *Likert* y dicotomizados.

### Estimación de la consistencia interna

El coeficiente alfa de Cronbach para los 34 ítems —formato *Likert*— del PDQ-4+ que formaron la puntuación total fue 0,86, siendo para las 4 subescalas Antisocial, Límite, Histriónico y Narcisista, 0,69; 0,67; 0,55 y 0,70, respectivamente. Por su parte, el valor alfa de Cronbach para la puntuación total de los 34 ítems — formato dicotomizado— del PDQ-4+ fue 0,79, siendo para las subescalas 0,63; 0,55; 0,41 y 0,79, respectivamente.

### Evidencias de estructura interna

A continuación se realizó un análisis factorial exploratorio con los 34 ítems que componen las 3 subescalas. El índice de esfericidad de Bartlett fue 10.396,3 ( $p < 0,001$ ) y el valor de Kaiser-Meyer-Olkin fue 0,89. En la [tabla 3](#) se recogen las cargas factoriales estimadas, el *eigenvalue* y el porcentaje de varianza explicada acumulada. La implementación óptima del análisis paralelo aconsejó la extracción de 3 factores, que explicaron el 31,70% de la varianza total. El valor de RMSR fue 0,042, de CFI fue 0,99 y del índice de simplicidad de Bentler fue 0,97. Más aún, los factores resultantes tienen una clara interpretación psicológica. El primer factor recoge ítems relacionados con los problemas de conducta, de impulsividad y legales, por lo que a este factor se le denominó Antisocial. El segundo factor engloba ítems relacionados con las facetas Límite e Histriónica (p. ej., solo algunas personas le comprenden y aprecian, necesidad de relaciones

**Tabla 1** Estadísticos descriptivos para los ítems de las subescalas del cluster B del *Personality Diagnostic Questionnaire-4+*

Ítems	Ítems Likert				Ítems dicotomizados			
	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Media <sup>a</sup>	DE	Asimetría	Curtosis
1(8)	1,79	1,28	1,40	0,55	0,15	0,36	1,98	1,91
2(20)	1,54	0,95	1,83	2,67	0,06	0,24	3,67	11,47
3(33)	1,46	0,89	1,99	3,42	0,03	0,18	5,09	23,92
4(46)	2,61	1,27	0,27	-0,98	0,26	0,44	1,11	-0,78
5(59)	2,15	1,16	0,76	-0,34	0,14	0,35	2,07	2,27
6(75)	2,98	1,36	-0,06	-1,15	0,38	0,49	0,51	-1,75
7(94)	1,73	1,01	1,39	1,24	0,08	0,27	3,10	7,64
8(99)	0,22	0,42	1,32	-0,25	0,22	0,42	1,32	-0,25
9(6)	4,07	1,09	-1,17	0,80	0,75	0,43	-1,16	-0,65
10(19)	2,13	1,28	0,91	-0,32	0,17	0,38	1,74	1,02
11(32)	2,39	1,35	0,54	-0,98	0,24	0,43	1,24	-0,48
12(45)	1,40	0,94	2,51	5,51	0,06	0,24	3,75	12,05
13(58)	2,10	1,18	0,80	-0,31	0,13	0,34	2,17	2,71
14(69)	1,78	1,09	1,34	0,98	0,09	0,29	2,85	6,12
15(78)	2,44	1,32	0,51	-0,93	0,24	0,43	1,23	-0,49
16(93)	1,71	1,13	1,52	1,29	0,10	0,30	2,61	4,80
17(98)	0,42	0,49	0,34	-1,89	0,42	0,49	0,34	-1,89
18(4)	1,74	0,91	1,09	0,47	0,05	0,22	4,10	14,84
19(17)	2,29	1,25	0,70	-0,42	0,15	0,36	1,99	1,95
20(30)	3,23	1,21	-0,26	-0,85	0,46	0,50	0,18	-1,97
21(43)	1,89	1,07	1,09	0,45	0,09	0,28	2,91	6,46
22(55)	2,22	1,22	0,72	-0,52	0,17	0,38	1,72	0,96
23(67)	2,02	1,23	1,00	-0,07	0,14	0,35	2,08	2,34
24(80)	2,16	1,14	0,66	-0,55	0,15	0,35	2,00	2,01
25(90)	2,75	1,25	0,08	-0,94	0,27	0,44	1,03	-0,94
26(5)	2,65	1,18	0,20	-0,79	0,23	0,42	1,25	-0,43
27(18)	2,65	1,26	0,28	-0,92	0,26	0,44	1,11	-0,77
28(31)	3,08	1,31	-0,11	-1,11	0,41	0,49	0,36	-1,88
29(44)	1,97	1,09	0,93	-0,06	0,11	0,32	2,42	3,87
30(57)	1,93	1,07	1,02	0,30	0,09	0,29	2,78	5,72
31(68)	1,64	0,94	1,50	1,64	0,06	0,24	3,64	11,29
32(73)	1,73	0,93	1,27	1,14	0,06	0,23	3,86	12,89
33(79)	2,49	1,26	0,32	-0,97	0,22	0,42	1,33	-0,22
34(92)	1,88	1,02	0,97	0,22	0,07	0,26	3,31	8,96

Entre paréntesis se recoge el número de ítem que corresponde con la versión española del *Personality Diagnostic Questionnaire-4+*.

<sup>a</sup> Si este valor se multiplica por 100 se obtiene el porcentaje de alumnos que respondieron positivamente a cada una de las afirmaciones del autoinforme.

**Tabla 2** Correlaciones de Pearson entre las subescalas del cluster B del *Personality Diagnostic Questionnaire-4+*

Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	8
Antisocial (1)	1							
Límite (2)	0,50	1						
Histriónico (3)	0,41	0,47	1					
Narcisista (4)	0,47	0,51	0,62	1				
Antisocial Dic (5)	0,88	0,42	0,30	0,36	1			
Límite Dic (6)	0,47	0,87	0,37	0,39	0,47	1		
Histriónico Dic (7)	0,28	0,36	0,77	0,40	0,28	0,37	1	
Narcisista Dic (8)	0,33	0,41	0,45	0,79	0,36	0,42	0,46	1

Dic: ítems dicotomizados.

Todas las correlaciones son estadísticamente significativas:  $p \leq 0,01$ .

**Tabla 3** Análisis factorial exploratorio de los ítems de las subescalas del cluster B del *Personality Diagnostic Questionnaire-4+*

Ítems	Factores		
	I	II	III
1(8)	0,70		
2(20)	0,64		
4(46)	0,36	0,32	
5(59)	0,38		
6(75)	0,37		
7(94)	0,32		0,31
8(99)	0,70		
11(32)		0,59	
12(45)		0,41	
13(58)		0,64	
14(69)		0,57	
15(78)	0,34		
16(93)		0,49	
17(98)	0,54		
18(4)			0,67
19(17)			0,61
21(43)			0,64
22(55)		0,41	
23(67)		0,32	
24(80)		0,37	
25(90)		0,32	
26(5)			0,35
27(18)			0,62
28(31)		0,49	
29(44)			0,65
30(57)			0,33
31(68)			0,32
33(79)			0,52
<i>Eigenvalue</i>	6,53	2,26	1,98
% de varianza explicada	19,22	25,88	31,70

Las cargas factoriales inferiores a 0,30 han sido omitidas. Los ítems 3, 9, 10, 20, 23 y 34 han sido eliminados. Entre paréntesis se recoge el número de ítem que corresponde con la versión española del *Personality Diagnostic Questionnaire-4+*.

afectivas serias, influenciabile por los otros), por lo que se denominó Borderline. El tercer factor recoge ítems relacionados con las facetas histriónica y narcisista, por lo que se le denominó Dramático. La correlación entre los factores osciló entre 0,31 (FI-FII) y 0,42 (FII-FIII) ( $p < 0,01$ ).

### Comparación entre las puntuaciones medias en las subescalas del cluster B y la puntuación total del PDQ-4+ en función del sexo y de la edad

En la [tabla 4](#) se presentan las medias y las DE en las subescalas y la puntuación total del cluster B del PDQ-4+ por sexos y en los 5 grupos de edad. Considerando la puntuación a partir de los ítems en formato *Likert*, el valor  $\lambda$  de Wilks reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función del sexo (Wilks  $\lambda = 0,898$ ;  $p < 0,001$ ), no así en función de la edad (Wilks  $\lambda = 0,993$ ;  $p = 0,842$ ). En relación con el sexo, se encontraron

**Tabla 4** Comparaciones en las puntuaciones medias de las subescalas y la puntuación total del cluster B del *Diagnostic Questionnaire-4+* en función del sexo y la edad

Ítems Likert	Hombre (n = 695)		Mujer (n = 745)		14 años (n = 193)		15 años (n = 352)		16 años (n = 408)		17 años (n = 352)		18 años (n = 135)	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Antisocial	15,69	4,97	13,36	4,48	13,87	4,24	14,43	4,98	14,70	5,03	14,55	4,61	14,71	5,48
Limite	18,06	5,10	18,80	5,48	18,47	5,16	18,29	5,51	18,42	5,49	18,54	4,95	18,64	5,45
Histriónico	18,31	4,64	18,29	4,49	18,35	4,50	18,20	4,60	18,25	4,48	18,56	4,73	17,95	4,39
Narcisista	20,59	5,67	19,51	5,24	19,73	5,32	19,87	5,67	20,25	5,44	20,21	5,48	19,75	5,30
Puntuación total	72,66	16,26	69,96	15,56	70,41	15,13	70,78	16,18	71,63	16,28	71,87	15,90	71,04	15,76
<i>Ítems dicotómicos</i>														
Antisocial	1,66	1,62	1,01	1,31	1,11	1,30	1,34	1,56	1,38	1,58	1,30	1,41	1,52	1,62
Limite	2,15	1,51	2,25	1,65	2,02	1,61	2,14	1,59	2,25	1,58	2,19	1,53	2,52	1,65
Histriónico	1,40	1,33	1,54	1,28	1,46	1,29	1,45	1,26	1,44	1,27	1,55	1,41	1,47	1,28
Narcisista	1,63	1,61	1,43	1,42	1,35	1,42	1,55	1,59	1,56	1,51	1,54	1,54	1,59	1,44
Puntuación total	6,85	4,53	6,23	4,20	5,94	4,18	6,47	4,43	6,63	4,38	6,58	4,39	7,10	4,37

diferencias estadísticamente significativas en las subescalas Antisocial ( $F=79,56$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2$  parcial = 0,053), Límite ( $F=4,92$ ,  $p=0,027$ ;  $\eta^2$  parcial = 0,003), Narcisista ( $F=10,74$ ;  $p=0,001$ ;  $\eta^2$  parcial = 0,007), y en la puntuación total del cluster B ( $F=8,78$ ;  $p=0,003$ ;  $\eta^2$  parcial = 0,006). En el caso de las subescalas Antisocial y Narcisista y la puntuación total del cluster B, los chicos presentaron puntuaciones medias más elevadas que las chicas. No se encontraron interacciones estadísticamente significativas entre los factores sexo y edad. Considerando la puntuación a partir de los ítems dicotomizados, el valor  $\lambda$  de Wilks reveló la presencia de diferencias estadísticamente significativas en el factor sexo (Wilks  $\lambda=0,931$ ;  $p<0,001$ ), pero no en el factor edad (Wilks  $\lambda=0,992$ ;  $p=0,483$ ). Los varones obtuvieron mayores puntuaciones medias que las mujeres en las subescalas Antisocial ( $F=62,081$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2$  parcial = 0,042), Narcisista ( $F=7,489$ ;  $p=0,006$ ;  $\eta^2$  parcial = 0,005) y en la puntuación total del cluster B ( $F=7,827$ ;  $p=0,005$ ;  $\eta^2$  parcial = 0,005). Al igual que en el caso anterior, no se hallaron interacciones estadísticamente significativas entre el sexo y la edad. Finalmente, cuando se comparó la influencia del sexo y/o la edad en el tipo o número de TP presentados, los resultados no indicaron diferencias estadísticamente significativas.

## Discusión y conclusiones

La prevalencia y la expresión de los rasgos de los patrones maladaptativos de la personalidad del cluster B en la adolescencia, concretamente en población española, se encuentran escasamente analizadas y comprendidas. El objetivo de esta investigación fue analizar los rasgos y los patrones desadaptativos de la personalidad del cluster B en una muestra representativa de adolescentes españoles no clínicos. También se examinaron la estructura dimensional subyacente y la influencia del sexo y de la edad en su expresión fenotípica. El instrumento de medida utilizado fue el PDQ-4<sup>+</sup><sup>49</sup>. Estos objetivos pretenden arrojar nuevas evidencias empíricas sobre la distribución y la expresión de los rasgos desadaptativos de la personalidad del cluster B en población adolescente española. Más aún, los datos obtenidos sobre la prevalencia y la estructura dimensional de estos rasgos pueden ser asimismo de interés para avanzar en la detección temprana de adolescentes con riesgo de desarrollar un patrón maladaptativo de la personalidad.

Los resultados mostraron que los rasgos de las personalidades «dramáticas» son comunes entre la población adolescente. El 20,3% de la muestra presentaría, según el manual del PDQ-4<sup>+</sup>, un patrón desadaptativo de la personalidad del cluster B, oscilando entre el 2,9 y el 10,3% para los síndromes específicos. Los patrones más frecuentes fueron el Antisocial y el Límite. Con relación a este resultado se debe mencionar que el diagnóstico de un TP no se puede basar exclusivamente en los resultados de un único test. El PDQ-4<sup>+</sup> es un breve cuestionario de detección, que proporciona al clínico una rápida información acerca de qué trastorno/s de la personalidad es probable que esté/n presente/s y, a continuación, una evaluación más exhaustiva permitiría confirmar o descartar el diagnóstico. Más aún, se debe tener presente que el sobrediagnóstico es bastante frecuente cuando se administran instrumentos de medida tipo autoinforme para la evaluación de los TP<sup>66</sup>.

Teniendo presente estas consideraciones se quiere mencionar, por un lado, que las tasas de rasgos de los TP del cluster B autoinformados encontradas en este trabajo son similares a las halladas en investigaciones previas. Por ejemplo, Zanarini et al.<sup>35</sup>, en un estudio realizado con 6.330 alumnos de 11 años, encontraron que un porcentaje de los mismos, aun sin ser diagnosticados de TP, informaban de algún criterio de TP Borderline del DSM-IV<sup>50</sup>. Estos datos ponen de manifiesto, en la línea del presente trabajo, que los rasgos desadaptativos de la personalidad son bastante frecuentes en este sector de la población, y que se pueden encontrar presentes en la población general distribuidos a lo largo de un continuo de gravedad<sup>32,33</sup>. Por otro lado, las tasas de posibles patrones desadaptativos hallados en este estudio son bastante similares a las informadas en trabajos previos realizados tanto con población adolescente<sup>10,14,19</sup> como en muestras comunitarias<sup>41-43</sup>. Sin ir más lejos, las tasas de prevalencia de TP en adolescentes no clínicos oscilan entre el 14,4 y el 17%, siendo las tasas de prevalencia puntual estimadas para los TP del cluster B del orden de 0,9-7,1%<sup>10,19,36</sup>. Es digno de mención que los TP Narcisista e Histriónico han sido escasamente analizados en muestras de adolescentes de la población general. En este trabajo, las tasas encontradas de sendos patrones son bastante similares a las informadas por Bernstein et al.<sup>10</sup> y Johnson et al.<sup>14</sup>. Por ejemplo, Bernstein et al.<sup>10</sup> encontraron unas tasas de prevalencia para los TP Narcisista e Histriónico del 4,1/5,3% y del 6,0/8,7%, respectivamente. Por su parte, Johnson et al.<sup>14</sup> hallaron unas tasas de prevalencia puntuales del 3,2 y del 1,6%, respectivamente. En este sentido, y aunque las muestras y los instrumentos de medida utilizados entre los estudios son diferentes, los datos parecen apuntar hacia una convergencia en las tasas epidemiológicas.

Como se puede observar, un porcentaje elevado de adolescentes podría presentar un patrón desadaptativo de la personalidad, ocasionando posiblemente un claro impacto, no solo en las esferas personal, académica, familiar y social, sino también a nivel económico y sanitario<sup>20,67</sup>. Más aun, muchos de los trastornos mentales tienen su comienzo en la niñez y/o adolescencia —aproximadamente un 50% comienzan antes de los 15 años— y, en muchos casos, dicha sintomatología se mantiene estable hasta la edad adulta<sup>12,14,68,69</sup>. Asimismo, se debe tener en cuenta que la presencia de este tipo de sintomatología a edades tempranas incrementa el riesgo posterior de desarrollar un trastorno mental severo en la etapa adulta<sup>9,22,70</sup>. Por ello, estos datos enfatizan, sin lugar a dudas, la necesidad de valorar tempranamente estos constructos psicopatológicos en población infanto-juvenil, con la finalidad de evitar o retrasar la transición hacia un cuadro clínico o de mitigar su posible impacto en múltiples esferas una vez que aparece.

El análisis de la estructura dimensional subyacente a los ítems de las subescalas Antisocial, Borderline, Histriónica y Narcisista del PDQ-4<sup>+</sup> arrojó una posible solución tridimensional, concretada en los factores Antisocial, Borderline e Histriónico/Narcisista. Este resultado es difícil de comparar con estudios previos, debido a la naturaleza y contenido del instrumento de medida utilizado. Se debe mencionar que los ítems de las subescalas Histriónica y Narcisista se agruparon bajo un mismo factor, mientras que los ítems relacionados con las relaciones afectivas e interpersonales de la faceta Histriónica pesaron en el factor Borderline. Estos

datos sustentan parcialmente la validez de la estructura interna propuesta por el autor del PDQ-4+<sup>49</sup>. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que la fiabilidad de las puntuaciones de las subescalas del PDQ-4+ mejoró sustancialmente al haber utilizado el formato de respuesta tipo *Likert* de 5 puntos por lo que, en consonancia con estudios previos<sup>51,52</sup>, se aconseja la futura utilización de este formato, así como, en general, la construcción de puntuaciones dimensionales en otras medidas psicopatológicas<sup>53</sup>.

El sexo influyó en la expresión de los rasgos de la personalidad del cluster B, no así la edad. En relación con el sexo, los varones presentaron comparativamente mayores puntuaciones medias que las mujeres en las subescalas Antisocial, Histriónica, Narcisista y en la puntuación total del cluster B, siendo particularmente elevadas en el caso de la faceta Antisocial, como muestran los tamaños del efecto. Por su parte, las mujeres tuvieron una puntuación más elevada que los varones en la subescala Borderline, si bien es cierto que estas diferencias desaparecieron cuando se seleccionó un formato de respuesta dicotómico. A resultados similares se ha llegado cuando se han examinado los TP en muestras comunitarias de la población<sup>38-40</sup>. Por ejemplo, Samuels et al.<sup>43</sup> hallaron una mayor prevalencia para de los TP del cluster B para los hombres. Asimismo, en población adulta parece que los tipos Antisocial o Narcisista son más frecuentes entre los hombres, mientras que los tipos Borderline e Histriónico parecen ser más frecuentes entre las mujeres<sup>39,41,42</sup>. En población adolescente se han encontrado mayores tasas de TP para las mujeres en el TP Borderline<sup>15,35,40</sup> y mayores tasas en los trastornos de conducta en los varones<sup>45-47</sup>, si bien otros estudios no han encontrado tal asociación<sup>10</sup>. Por otro lado, no se han hallado diferencias entre las puntuaciones medias de los 5 grupos de edad evaluados. La ausencia de diferencias estadísticamente significativas en función de la edad puede ser debida al reducido intervalo temporal de edad que se ha utilizado en este estudio. Trabajos previos han encontrado que los participantes más jóvenes suelen presentar mayor frecuencia de TP diagnosticados<sup>44</sup>. Del mismo modo, la frecuencia de los rasgos de los TP tiende a disminuir de la adolescencia a la etapa adulta cuando se examinan longitudinalmente<sup>48</sup>. La falta de acuerdo entre estudios puede venir determinada, posiblemente por: a) la heterogeneidad de las muestras y de los instrumentos de medida utilizados; b) los criterios empleados para considerar TP; y c) las características especiales de la adolescencia como etapa del desarrollo, donde la personalidad se encuentra aún en formación.

Los resultados encontrados en el presente estudio deberían interpretarse a la luz de las siguientes limitaciones. En primer lugar, la adolescencia es una época donde la personalidad se encuentra todavía en desarrollo, por lo que los resultados se deben enmarcar dentro de los cambios madurativos que ocurren en esta etapa. Más aun, muchos de los rasgos que en una época del desarrollo se pueden considerar normales, en otra pueden ser patológicos (p. ej., inestabilidad emocional). En segundo lugar, existe la problemática inherente a la aplicación de cualquier tipo de autoinforme, con el consabido sobrediagnóstico, la posible falta de comprensión de los ítems o la escasa capacidad de introspección por parte de los estudiantes, por lo que hubiese sido interesante la utilización de informantes externos, vía heteroinforme o entrevistas estructuradas.

Asimismo, y en relación con el instrumento de medida utilizado, el PDQ-4+ todavía no se ha baremado en adolescentes y la derivación de un posible patrón desadaptativos de la personalidad viene determinada por los puntos de corte aconsejados por el manual para su uso en adultos, por lo que los resultados hallados tienen que ser vistos como aproximativos. En tercer lugar, no debe perderse de vista la naturaleza transversal de esta investigación, con lo que no es posible establecer inferencias de causa-efecto.

Futuros estudios deberían utilizar instrumentos de medida de los rasgos desadaptativos de la personalidad que tuvieran en cuenta la preocupación, convicción y estrés asociado a tales experiencias, y no solo la frecuencia de las mismas. Asimismo, sería interesante establecer puntos de corte específicos para este sector de la población, así como el seguimiento longitudinal de aquellos participantes con puntuaciones elevadas en este tipo de autoinformes, de cara a la obtención de valores de sensibilidad y especificidad.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Financiación

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MICINN), por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Referencias de los proyectos: PSI 2011-28638, PSI2011-23818, PSI 2008-06220 y PSI 2008-03934.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. De Clercq B, de Fruyt F, Widiger TA. Integrating a developmental perspective in dimensional models of personality disorders. *Clin Psychol Rev.* 2009;29:154-62.
2. Tackett JL, Balsis S, Oltmanns TF, Krueger RF. A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dev Psychopathol.* 2009;21:687-713.
3. Shiner RL. The development of personality disorders: perspectives from normal personality development in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol.* 2009;21:715-34.
4. Cicchetti D, Rogosch FA. A developmental psychopathology perspective on adolescence. *J Consult Clin Psych.* 2002;70:6-20.
5. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children



- become adolescents, and when adolescents become adults? *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52:1015–25.
6. Fonseca-Pedrero E, Sierra-Baigrie S, Lemos Giraldez S, Paino M, Muñiz J. Dimensional structure and measurement invariance of the Youth Self-Report across gender and age. *J Adolesc Health*. 2012;50:148–53.
  7. Orgilés M, Méndez X, Espada JP, Carballo JL, Piqueras JA. Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2012;5:115–20.
  8. Johnson JG, Bromley E, Bornstein RF, Sneed JR. Adolescent personality disorders. En: Wolfe DA, Mash EJ, editores. *Behavioral and emotional disorders in children and adolescents: nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press; 2006. p. 463–84.
  9. Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The children in the community study of developmental course of personality disorder. *J Pers Disord*. 2005;19:466–86.
  10. Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1237–43.
  11. Cohen P. Child development and personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31:477–93.
  12. Widiger TA, de Clercq B, de Fruyt F. Childhood antecedents of personality disorder: an alternative perspective. *Dev Psychopathol*. 2009;21:771–91.
  13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 th ed revised Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
  14. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118:410–3.
  15. Leung S-W, Leung F. Construct validity and prevalence rate of borderline personality among chinese adolescents. *J Pers Disord*. 2009;23:494–513.
  16. Feenstra DJ, Busschbach JJ, Verheul R, Hutsebaut J. Prevalence and comorbidity of axis I and axis II disorders among treatment refractory adolescents admitted for specialized psychotherapy. *J Pers Disord*. 2011;25:842–50.
  17. Durrett C, Westen D. The structure of axis II disorders in adolescents: a cluster- and factor-analytic investigation of DSM-IV categories and criteria. *J Pers Disord*. 2005;19:440–61.
  18. Grilo CM, McGlashan TH, Quinlan DM, Walker ML, Greenfeld D, Edell WS. Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 1998;155:140–2.
  19. Johnson JG, Cohen P, Skodol AE, Oldham JM, Kasen S, Brook JS. Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:805–11.
  20. Chen H, Cohen P, Crawford TN, Kasen S, Guan B, Gorden K. Impact of early adolescent psychiatric and personality disorder on long-term physical health: a 20-year longitudinal follow-up study. *Psychol Med*. 2009;39:865–74.
  21. Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Kasen S, Oldham JM, Skodol AE, et al. Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1406–12.
  22. Cohen P, Chen H, Crawford TN, Brook JS, Gordon K. Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88 Suppl 1:571–84.
  23. Skodol A, Johnson JG, Cohen P, Sneed J, Crawford TN. Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *Br J Psychiatry*. 2007;190:415–20.
  24. Kraus G, Reynolds DJ. The «A-B-C's» of the cluster B's: identifying, understanding, and treating cluster B personality disorders. *Clin Psychol Rev*. 2001;21:345–73.
  25. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011;377:74–84.
  26. Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:969–81.
  27. Calkins SD, Keane SP. Developmental origins of early antisocial behavior. *Dev Psychopathol*. 2009;21:1095–109.
  28. Frick PJ. Extending the construct of psychopathy to youth: implications for understanding, diagnosing, and treating antisocial children and adolescents. *C J Psychiatry*. 2009;54:803–12.
  29. Yang J, Bagby MR, Costa PT, Ryder AG, Herbst JH. Assessing the DSM-IV structure of personality disorder with a sample of Chinese psychiatric patients. *J Pers Disord*. 2002;16:317–31.
  30. Rodebaugh TL, Chambless DL, Renneberg B, Fydrich T. The factor structure of the DSM-III-R personality disorders: an evaluation of competing models. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2005;14:43–5.
  31. Torgersen S, Czajkowski N, Jacobson K, Reichborn-Kjennerud T, Røysamb E, Neale MC, et al. Dimensional representations of DSM-IV cluster B personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychol Med*. 2008;38:1617–25.
  32. Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder. *Am Psychol*. 2007;62:71–83.
  33. Widiger TA, Livesley WJ, Clark LA. An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychol Assessment*. 2009;21:243–55.
  34. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giraldez S, Sierra-Baigrie S, González MP, Bobes J, et al. Borderline personality traits in nonclinical young adults. *J Pers Disord*. 2011;25:542–56.
  35. Zanarini MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *J Pers Disord*. 2011;25:607–19.
  36. Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Brook JS. Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1529–35.
  37. Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2000;157:2011–6.
  38. Samuels J. Personality disorders: epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23:223–33.
  39. Paris J. Gender differences in personality traits and disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2004;6:71–4.
  40. Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1089–91.
  41. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:590–6.
  42. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord*. 2010;24:412–26.
  43. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, Brown CH, Costa PT, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2002;180:536–42.
  44. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000;35:531–8.

45. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M, Silva PA. Sex differences in antisocial behavior: conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study. New York, NY: Cambridge University Press; 2001.
46. Meier MH, Slutske WS, Heath AC, Martin NG. The role of harsh discipline in explaining sex differences in conduct disorder: a study of opposite-sex twin pairs. *J Abn Psychol*. 2009;37:653–64.
47. Olsson M. DSM diagnosis of conduct disorder (CD)-a review. *Nord J Psychiatry*. 2009;63:102–12.
48. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS. Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:265–75.
49. Hyler SE. The Personality Diagnostic Questionnaire 4+. New York: New York State Psychiatric Institute; 1994.
50. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
51. Muñoz J, García-Cueto E, Lozano LM. Item format and the psychometric properties of the Eysenck Personality Questionnaire. *Pers Individ Diff*. 2005;38:61–9.
52. Lozano LM, García-Cueto E, Muñoz J. Effect of the number of response categories on the reliability and validity of rating scales. *Methodology*. 2008;4:73–9.
53. Markon KE, Chmielewski M, Miller CJ. The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. *Psychol Bull*. 2011;137:856–79.
54. Chabrol H, Rousseau A, Callahan S, Hyler SE. Frequency and structure of DSM-IV personality disorder traits in college students. *Pers Individ Diff*. 2007;43:1767–76.
55. Huang X, Ling H, Yang B, Dou G. Screening of personality disorders among Chinese college students by Personality Diagnostic Questionnaire-4+. *J Pers Disord*. 2007;21:448–54.
56. Hopwood CJ, Thomas KM, Markon KE, Wright AG, Krueger RF. DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *J Abnorm Psychol*. 2012;121:424–32.
57. Calvo N, Vives XC, Gutiérrez F, Torrubia R. Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ [Spanish version of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+)]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:7–13.
58. Calvo N, Gutiérrez F, Andiñón O, Caseras X, Torrubia R, Casas M. Psychometric properties of the Spanish version of the self-report Personality Diagnostic Questionnaire -4+ (PDQ-4+) in psychiatric outpatients. *Psicothema*. 2012;24:156–60.
59. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, Muñoz J. Schizotypy, emotional-behavioural problems and personality disorder traits in a non-clinical adolescent population. *Psychiatry Res*. 2011;190:316–21.
60. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, Villazón-García U, Muñoz J. Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire Brief form in adolescents. *Schizophr Res*. 2009;111:53–60.
61. Schmeiser CB, Welch C. Test development. En: Brennan RL, editor. *Educational Measurement*. 4th ed. Westport, CT: American Council on Education/Praeger; 2006. p. 307–53.
62. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Sierra-Baigrie S, Ordóñez N, Muñoz J. Early psychopathological features in Spanish adolescents. *Psicothema*. 2011;23:87–93.
63. Timmerman ME, Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychol Meth*. 2011;16:209–20.
64. Statistical Package for the Social Sciences. SPSS Base 15.0 User's Guide. Chicago, IL: SPSS Inc; 2006.
65. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR: a computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behav Res Methods*. 2006;38:88–91.
66. Huprich SK, Bornstein RF, Schmitt TA. Self-Report methodology is insufficient for improving the assessment and classification of axis II personality disorders. *J Pers Disord*. 2011;25:557–70.
67. Kasen S, Cohen P, Chen H, Johnson JG, Crawford TN. School climate and continuity of adolescent personality disorder symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009.
68. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:709–17.
69. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:837–44.
70. Crawford TN, Cohen P, First MB, Skodol AE, Johnson JG, Kasen S. Comorbid Axis I and Axis II disorders in early adolescence: outcomes 20 years later. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:641–8.