



Universidad
de Huelva

TESIS DOCTORAL

Trastornos de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias: análisis desde la perspectiva dimensional de la Sección III del DSM-5 y su utilidad en el ámbito clínico

JUAN RAMÍREZ LÓPEZ
UNIVERSIDAD DE HUELVA
AÑO 2020

TESIS DOCTORAL



Universidad
de Huelva

Trastornos de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias: análisis desde la perspectiva dimensional de la Sección III del DSM-5 y su utilidad en el ámbito clínico

Presentada por:

Juan Ramírez López

Dirigida por:

Dra. Carmen Díaz Batanero

Dr. Óscar Martín Lozano Rojas

Dr. Fermín Fernández Calderón

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud
Departamento de Psicología Clínica y Experimental
Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte
Universidad de Huelva

2020

DOCTORAL THESIS



Universidad
de Huelva

Personality disorders and substance use disorder: analysis from the dimensional perspective of DSM-5 Section III and its usefulness in the clinical setting

Submitted by:

Juan Ramírez López

Supervised by:

Dra. Carmen Díaz Batanero
Dr. Óscar Martín Lozano Rojas
Dr. Fermín Fernández Calderón

Department of Clinical and Experimental Psychology

Faculty of Education

University of Huelva

2020



Universidad
de Huelva

Departamento de Psicología Clínica y Experimental
Facultad de Educación
Universidad de Huelva

Dra. Carmen Díaz Batanero, Dr. Óscar Martín Lozano Rojas y Dr. Fermín
Fernández Calderón, como co-directores, todos pertenecientes al
Departamento de Psicología Clínica y Experimental,

HACEN CONSTAR:

Que la Tesis Doctoral realizada por D. Juan Ramírez López, titulada
*“Trastornos de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias: análisis
desde la perspectiva dimensional de la Sección III del DSM-5 y su utilidad en el
ámbito clínico”* ha sido realizada bajo nuestra dirección y, puesto que cumple
los requisitos establecidos en la legislación vigente, autorizamos su
presentación en el Departamento de Psicología Clínica y Experimental y su
defensa posterior para optar al grado de Doctor.

Y para que conste a efectos de depósito e informe, firmamos la presente
en Huelva a 10 de enero de 2020.

Fdo. Carmen Díaz Batanero Fdo. Óscar M. Lozano Rojas Fdo. Fermín Fernández Calderón

AGRADECIMIENTOS

Hay un dicho popular que dice que es de bien nacido ser agradecido, por esta y muchas otras razones quiero agradecer mediante estas palabras a todas aquellas personas que han hecho posible que esta tesis sea una realidad hoy día.

En primer lugar, me gustaría agradecer la labor realizada por mis tutores los doctores Oscar Martín Lozano Rojas, Carmen Díaz Batanero y Fermín Fernández Calderón. Gracias por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento. Han hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio poder contar con vuestro apoyo y ayuda.

Gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es y lo justa que puede llegar a ser; gracias a mi familia por permitirme cumplir con excelencia el desarrollo de esta tesis y por el cariño, apoyo, paciencia y comprensión que habéis tenido y demostrado a lo largo del desarrollo de esta tesis. Gracias por creer en mí y por permitirme vivir y disfrutar de cada día.

Gracias a mi mujer, Carmen, por entenderme, comprenderme, apoyarme y alentarme en todo, gracias a ella porque en todo momento fue un apoyo incondicional en mi vida, y por esa enorme generosidad y paciencia demostrada en el día a día. También me gustaría agradecer a mis hijos Carmen y Jaime por entender que mediante el proceso de

elaboración de esta tesis, fue necesario realizar sacrificios como momentos a su lado, y otras situaciones que demandaban tiempo, tiempo del cual los dueños eran ellos.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas por desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

Gracias a mis compañeros de trabajo del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones por su colaboración, aliento y apoyo desinteresado en todo momento.

Gracias a los pacientes que se prestaron a participar de forma desinteresada, exponiendo parte de su vida y experiencia vital en los estudios desarrollados que son la base de esta tesis.

Y para finalizar doy gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

ÍNDICE

Informe sobre las publicaciones presentadas	15
Resumen.....	17
Abstract.....	21
Capítulo 1. Contextualización.....	25
1.1. Aproximación epidemiológica de los trastornos de personalidad en pacientes con trastorno por uso de sustancias	27
1.1.1. Definición de patología dual.....	27
1.1.2. Epidemiología de la patología dual.....	29
1.1.3. El trastorno de personalidad en pacientes consumidores de sustancias.....	31
1.1.4. Implicaciones clínicas del trastorno de personalidad en pacientes consumidores de sustancias	36
1.1.5. Relación entre sustancia de abuso y perfil psicopatológico.....	38
1.2. La clasificación de los trastornos de personalidad.....	40
1.2.1. Modelos nosológicos desarrollados desde aproximaciones categoriales.....	40
1.2.2. Críticas propuestas a los modelos categoriales.....	45
1.2.3. Modelos dimensionales en el diagnóstico y evaluación de los trastornos de personalidad	48
1.3. El Modelo Alternativo de Personalidad DSM-5.....	54
1.3.1. Desarrollo histórico del Modelo Alternativo de Personalidad DSM-5.....	54
1.3.2. Definición de facetas y dominios de personalidad	55
1.3.3. Organización jerárquica de la personalidad	63
1.3.4. Resultados empíricos en relación al Modelo Alternativo de Personalidad DSM-5	64
1.3.5. Limitaciones señaladas en la aplicación del Modelo Alternativo de Personalidad DSM-5 en el ámbito clínico	66
1.4. Herramientas de evaluación de los trastornos de personalidad	68
1.4.1. Instrumentos utilizados desde las aproximaciones categoriales	69

1.4.2. Instrumentos utilizados desde las aproximaciones dimensionales	71
1.5. El Inventario de Personalidad del DSM-5 (PID-5)	74
1.5.1. Desarrollo del instrumento	74
1.5.2. Versiones y adaptaciones hasta la fecha	75
1.5.3. Propiedades psicométricas	77
1.5.4. Líneas abiertas de investigación	78

Capítulo 2. Objetivos de la investigación y planteamiento metodológico de la investigación	81
2.1. Justificación y objetivos.....	83
2.1.1. Objetivo general.....	83
2.1.2. Objetivos específicos	84
2.1.3. Hipótesis	86
2.2. Metodología general	88
2.2.1. Diseño del estudio.....	88
2.2.2. Participantes.....	88
2.2.3. Instrumentos.....	91
2.2.4. Procedimiento	97
2.2.5. Análisis de datos	97
2.2.6. Estándares éticos.....	102
2.2.7. Financiación	103

Capítulo 3. Estudio de las propiedades psicométricas de la adaptación al castellano del PID-5SF	105
3.1. Personality Inventory for DSM-5 Short Form (PID-5SF): Reliability, factorial structure and relationship with functional impairment	107
3.1.1. Introduction.....	107
3.1.2. Method.....	112
3.1.3. Results.....	117
3.1.4. Discussion	126
3.2. Capacidad discriminativa del deterioro funcional del Inventario de Personalidad DSM-5 Short Form en pacientes con trastorno por uso de sustancias.....	132
3.2.1. Introducción.....	132
3.1.2. Método	133

3.1.3. Resultados	134
3.1.4. Discusión.....	137
Capítulo 4. Estudio de perfiles de personalidad en función de la sustancia de consumo	139
4.1. Personality traits among the various profiles of substance use disorder patients: new evidence using the DSM-5 section III framework.....	141
4.1.1. Introduction.....	141
4.1.2. Method	145
4.1.3. Results.....	149
4.1.4. Discussion	160
Capítulo 5. Discusión y conclusiones.....	167
5.1. Discusión general.....	169
5.1.1. Introducción	169
5.1.2. Discusión en relación a los objetivos específicos.....	172
5.2. Conclusiones.....	182
5.3. Implicaciones de los resultados del estudio	184
5.4. Limitaciones y líneas futuras	187
Referencias.....	193
Anexo 1. PID-5SF Versión en castellano.....	239
Anexo 2. Copia de los trabajos publicados.....	247

ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo 1. Contextualización

Tabla 1.1. *Prevalencias de los trastornos de personalidad reportadas en estudios empíricos realizados con consumidores en los últimos 20 años*

Tabla 1.2. *Equivalencia de los trastornos de personalidad recogidos en el DSM-IV y CIE-10*

Tabla 1.3. *Definición de las dimensiones y facetas de acuerdo al Modelo de personalidad de Cinco Factores*

Tabla 1.4. *Matriz Research Domain Criteria RDoC*

Tabla 1.5. *Definición de las facetas de personalidad de acuerdo al Modelo Alternativo de Personalidad del DSM-5 Sección III*

Tabla 1.6. *Configuración de los trastornos de personalidad según el MATP*

Tabla 1.7. *Organización de facetas y dominios según el Modelo Alternativo de Trastornos de Personalidad DSM-5*

Capítulo 3. Estudio de las propiedades psicométricas de la adaptación al castellano del PID-5SF

Table 3.1. *Summary statistics and internal consistency (n = 282)*

Table 3.2. *Test-retest reliability (n = 65)*

Table 3.3. *Zero order correlations Between PID5 Scores and WHODAS 2.0 Functioning Variables (n = 282)*

Tabla 3.4. *Resultados de los análisis ROC y puntos de corte estimados a través de los criterios normativos y de discapacidad funcional*

Capítulo 4. Estudio de perfiles de personalidad en función de la sustancia de consumo

Table 4.1. *Sociodemographic and consumption profile of each latent class*

Table 4.2. *Facets and domains compared with normative scores*

Table 3. *Odds ratio (95% IC) of facets and domains scores by latent classes*

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo 1. Contextualización

Figura 1.1. *Estructura del Modelo Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology HiTOP*

Capítulo 3. Estudio de las propiedades psicométricas de la adaptación al castellano del PID-5SF

Figure 3.1. *Factorial loading of Model 1*

Figure 2. *Factorial loadings of Model 3*

INFORME SOBRE LAS PUBLICACIONES PRESENTADAS

La presente tesis doctoral se presenta bajo la normativa de tesis doctoral como compendio de publicaciones. En su totalidad se presentan tres aportaciones científicas publicadas. A continuación, se detalla cada una de ellas:

1. Díaz-Batanero, C., Ramírez-López, J., Domínguez-Salas, S., Fernández-Calderón, F., & Lozano, Ó. M. (2019). Personality inventory for DSM-5–short form (PID-5-SF): Reliability, factorial structure, and relationship with functional impairment in dual diagnosis patients. *Assessment*, 26(5), 853-866.
 - Factor de Impacto JCR: 3.804
 - Posición relativa: 14/130 Q1 *Clinical Psychology*
2. De la Rosa Cáceres, A., Ramírez López, J., Fernández-Calderón, F., Lozano-Rojas, O., Moraleda-Barreno, E. & Díaz-Batanero, C. (en prensa). Capacidad discriminativa del deterioro funcional del Inventario de Personalidad DSM-5 Short Form en pacientes con patología dual. *Adicciones*.
 - Factor de Impacto JCR: 3.167
 - Posición relativa: 6/35 Q1 *Substance Abuse*
3. Barreno, E. M., Ramírez-López, J., Fernández-Calderón, F., Lozano, O.M. & Díaz-Batanero, C., (2019). Personality traits among the various profiles of substance use disorder patients: New evidence using the DSM-5 section III framework. *European Addiction Research*. 25(5), 238-247. Doi: 10.1159/000500806
 - Factor de Impacto JCR: 1.957
 - Posición relativa: 92/146 Q3 *Psychiatry*

RESUMEN

La evaluación de trastornos de personalidad comórbidos en pacientes consumidores de sustancias resulta de especial relevancia en el ámbito clínico. La Sección III del DSM-5 incluye un nuevo modelo para la evaluación y diagnóstico de trastornos de personalidad que propone la organización de la personalidad en 25 facetas de personalidad agrupadas en cinco dominios. El instrumento de evaluación desarrollado de forma simultánea al modelo, el Inventario de Personalidad del DSM-5 (PID-5) ha mostrado buenas propiedades psicométricas, pero aún existe la posibilidad de ciertas mejoras. En esta tesis doctoral, se estudian las propiedades psicométricas versión corta del PID-5 (PID-5SF), que consta de 100 ítems. Se analiza también la capacidad discriminativa del Inventario de Personalidad PID-5 SF para detectar el deterioro funcional en esta tipología de pacientes, realizando un estudio de la aplicación de puntos de corte funcional para la identificación de facetas de personalidad patológicas, en lugar de los criterios normativos utilizados hasta la fecha. Finalmente se comparan los perfiles de personalidad de los pacientes según el perfil de consumo.

Se utiliza una muestra de 282 pacientes consumidores de sustancias que cumplimentaron el PID-5SF, el cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0) y la SDSS.

El valor medio de los coeficientes alfa de Cronbach alcanzó valores de $\alpha = .73$ en las facetas y $.84$ para los dominios y los valores de correlación ítem-escala oscilaron entre $.57 - .83$ para las facetas y $.70 - .87$ para los dominios. Los análisis factoriales confirmatorios realizados mostraron un buen ajuste en ambos modelos probados: la estructura de cinco factores correlacionados y la estructura jerárquica de los rasgos de personalidad, en dos factores de segundo orden (internalizante y externalizante).

Los dominios WHODAS 2.0 de comprensión y comunicación, y participación en la sociedad, parecen mostrar la relación más fuerte con las facetas de la personalidad. En general, el formulario corto PID-5 muestra propiedades psicométricas adecuadas para su uso en pacientes con diagnóstico dual.

El análisis de curvas ROC usando como criterio de discapacidad moderada a severa una puntuación superior a 25 en la WHODAS muestra valores AUC entre .50 y .78. 6 facetas no mostraron capacidad discriminativa de la discapacidad funcional: búsqueda de atención, grandiosidad, evitación de la intimidad, manipulación, afectividad restringida y perfeccionismo rígido. Los puntos de corte obtenidos usando el criterio funcional son superiores en las todas las facetas que resultan discriminativas del deterioro funcional respecto a los propuestos usando criterios normativos. El PID-5 tiene buena capacidad discriminativa de la disfuncionalidad evaluada por el WHODAS 2.0 en la mayor parte de facetas, especialmente en las facetas ligadas al dominio de afectividad negativa. Considerados globalmente, el uso de criterios normativos es posiblemente más adecuado para estudios epidemiológicos poblacionales, mientras que ¿criterios funcionales podrían ser más útiles en muestras clínicas.

Se identificaron cuatro perfiles de pacientes en función del patrón de consumo: POLI (consumo de múltiples drogas), COC-HER (cocaína-heroína), ALC (alcohol) y CAN (cannabis). Al comparar los grupos con la población normativa, el grupo POLI presentó puntuaciones más altas en todos los dominios, los grupos COC-HER y ALC en todos los dominios, excepto el antagonismo, y el grupo CAN mostró puntuaciones más altas en desapego y el psicoticismo. El grupo CAN presentó puntuaciones más bajas que los otros tres grupos en todos los dominios. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ningún dominio entre los grupos POLI y COC - HER, mientras que se

encontraron diferencias entre las clases POLI y ALC para el dominio de desapego. Los pacientes policonsumidores tienen una mayor tendencia hacia la personalidad patológica. Los resultados de esta tesis aportan evidencias empíricas de la conveniencia de la utilización del PID-5SF en su versión en castellano en pacientes consumidores. También los resultados aportados ayudan a identificar los perfiles de personalidad asociados con varios perfiles TUS. La consideración de estos perfiles de personalidad asociados a los perfiles de consumo, permiten planificar una atención más individualizada.

ABSTRACT

The assessment of comorbid personality disorders in substance-consuming patients is of special relevance in the clinical setting. Section III of the DSM-5 includes a new model for the evaluation and diagnosis of personality disorders that proposes the organization of personality in 25 personality facets grouped into five domains. The assessment instrument developed simultaneously with the model, the DSM-5 Personality Inventory (PID-5) has shown good psychometric properties, but there is still the possibility of certain improvements. In this doctoral thesis, the psychometric properties of the PID-5 short version (PID-5SF), which consists of 100 items, are studied. The discriminative capacity of the PID-5 SF Personality Inventory to detect functional impairment in this type of patients is also analyzed, carrying out a study of the application of functional cut-off points for identifying pathological facets, instead of the normative criteria used to date. Finally the personality profiles of the patients are compared according to the consumption profile.

A sample of 282 substance-consuming patients who completed the PID-5SF, the World Health Organization Disability Assessment (WHODAS 2.0) and the SDSS is used.

The average value of Cronbach's alpha coefficients reached values of $\alpha = .73$ in the facets and .84 for the domains. The item-scale correlation values ranged between .57 - .83 for the facets and .70 - .87 for the domains. The confirmatory factor analysis performed showed a good fit in both models tested: the structure of five correlated factors and the hierarchical structure of personality traits, with two second order factors (internalizing and externalizing).

WHODAS 2.0 domains of understanding and communication, and participation in society, seem to show the strongest relationship with personality facets. The ROC analysis using as a criterion moderate to severe disability in the WHODAS, shows AUC

values between .50 and .78 on all facets. Six facets showed no discriminative capacity for functional disability: attention seeking, grandiosity, intimacy avoidance, manipulation, restricted affectivity and rigid perfectionism. The cut-off points obtained using the functional criterion are superior in all facets that are discriminative of the functional impairment, compared to those proposed using normative criteria. The PID-5SF has a good discriminative capacity for dysfunctionality evaluated by WHODAS 2.0 in most facets, especially in the facets linked to the domain of negative affectivity. Considered globally, the use of normative criteria is possibly more suitable for population epidemiological studies, while functional criteria may be more useful in clinical samples. Four patient profiles were identified based on the consumption pattern: POLI (multiple drug use), COC-HER (cocaine-heroin), ALC (alcohol) and CAN (cannabis). When comparing the groups with the normative population, the POLI group presented higher scores in all domains, COC-HER and ALC groups in all domains, except antagonism, and the CAN group showed higher scores in detachment and psychoticism. The CAN group had lower scores than the other three groups in all domains. No statistically significant differences were observed in any domain between the POLI and COC-HER groups, while differences were found between the POLI and ALC classes for the detachment domain. Poly-consumer patients have a greater tendency towards pathological personality.

In general, the spanish PID-5SF shows psychometric properties suitable for use in patients with dual diagnosis. The results of this thesis provide empirical evidence of the convenience of using the PID-5SF in its Spanish version in consuming patients. Also the results provided help identify the personality profiles associated with several TUS profiles. The consideration of these personality profiles associated with the consumption profiles, allow to plan a more individualized attention.

CAPÍTULO 1.

CONTEXTUALIZACIÓN

1.1. APROXIMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

1.1.1. DEFINICIÓN DE PATOLOGÍA DUAL

El trastorno adictivo, es una situación clínica compleja que requiere un abordaje multidisciplinar en el contexto de la salud mental. Su definición y diagnóstico, para comenzar, no ha estado está exento de debate, a pesar de las evidencias empíricas que apoyan el reconocimiento del trastorno adictivo como un trastorno mental con base orgánica (Volkow, Koob & McLellan, 2016). Dentro de esta realidad compleja, las etiquetas diagnósticas pretenden facilitar el lenguaje entre profesionales clínicos, permitiendo identificar a conjuntos de pacientes con características similares, unificando tratamientos y planificando estrategias terapéuticas más eficaces.

En la década de los años 80 investigadores y profesionales clínicos empiezan a observar que el abuso de sustancias hacía más complejo el ajuste social de un gran número de personas con trastornos mentales (Drake et al., 1998). Así, surgió una nosología que permite aunar dos campos que han estado permanentemente ligados: el campo de las drogodependencias y el de la salud mental. Es lo que hoy en día se conoce como “*patología dual*”. A pesar que esta categoría no existe dentro de los sistemas diagnósticos más ampliamente utilizados (como el DSM o la CIE), ésta constituye una etiqueta que engloba a una gran variabilidad de pacientes: aquellos que presentan de forma simultánea un trastorno por uso de sustancias (TUS) y otro trastorno mental (OMS, 1994). El término se ha convertido por tanto en sinónimo de un tipo específico de comorbilidad diagnóstica, concretamente la comorbilidad del TUS con otros diagnósticos adicionales de trastornos mentales (Szerman, et al., 2013). En la presente tesis doctoral, utilizaremos indistintamente los términos *patología dual*, *comorbilidad* y *trastornos concurrentes*, para referirnos al mismo concepto; ya que se utilizan estas denominaciones en la literatura científica.

La trayectoria histórica de la definición de la patología dual no ha sido sencilla. Cabe mencionar un conjunto de barreras que han mermado el reconocimiento de esta realidad clínica que requiere una atención especializada. En primer lugar, la falta de consideración de la propia adicción como un trastorno mental. Hasta hace relativamente poco tiempo se hacía una consideración de ésta como un problema social. Volkow (2015) señala que el hecho de cuestionar la conducta adictiva como un trastorno mental y atribuirlo a la responsabilidad personal del paciente, se debe al desconocimiento de las bases neurobiológicas que subyacen a estas conductas.

En este sentido, también la creencia que la coexistencia de otros trastornos es ocasionada por el comportamiento adictivo, no tiene en cuenta que determinados trastornos mentales, principalmente los desarrollados en la infancia y adolescencia, predisponen al consumo y dependencia de sustancias psicoactivas (Szerman et al., 2013). Como algunos estudios señalan, sólo el 50% de los diagnósticos de abuso de alcohol en la adolescencia se mantienen a los 5 años, y sólo el 19% derivan en un diagnóstico de dependencia (Schuckit et al., 2018). Esto lleva a pensar que sólo aquellas personas con una vulnerabilidad producida por factores individuales, contextuales, genéticos y psicopatológicos desarrollarán un trastorno adictivo (Volkow, Koob & McLellan, 2016). Más aún, hay que considerar que el consumo de sustancias nunca tendrá el mismo efecto en una persona sana que en una persona con un trastorno mental. Por tanto, todos estos factores, llevan a considerar que la presencia de otros trastornos mentales, en aquellos pacientes con trastornos adictivos no tienen por qué ser consecuencia del consumo continuado de la sustancia.

Otro aspecto es el debate abierto en relación a la definición de la patología dual como la presencia simultánea de dos trastornos independientes o como múltiples manifestaciones de una única entidad clínica diferente (Szerman et al., 2013). De esta forma, los sistemas de clasificación diagnósticos no ofrecen una formulación clara a la hora de valorar a estos pacientes. Como detallaremos en los próximos apartados, algunos autores señalan que las aproximaciones diagnósticas utilizadas hasta la fecha pueden haber contribuido a sobreestimar las tasas de comorbilidad psiquiátrica (Forbes, et al., 2016; Krueger & Markon, 2011).

Desde el punto de vista clínico, a pesar de las altas tasas de comorbilidad en pacientes con TUS, en la mayoría de países hay redes asistenciales separadas para el tratamiento de los trastornos adictivos y el resto de trastornos mentales. Organismos internacionales reclaman que los pacientes con estos trastornos deben recibir una

asistencia multidisciplinar que integre la red de salud mental y la de adicciones (Minkoff, 2001; Greenfield & Weiss, 2015).

Todas estas cuestiones enfatizan las dificultades con las que se han enfrentado pacientes y profesionales en el abordaje de la patología dual. Y es que, a pesar del paulatino aumento de atención en relación a la patología dual, el impacto clínico y práctico que ésta tiene para los profesionales de la salud mental y la adicción aún no ha sido totalmente reconocido (Rassool, 2002). Como ejemplo, la mera ausencia de una definición de patología dual en la legislación en materia de sanidad, conduce a un déficit en la atención y abordaje de estos pacientes (Aguilar, 2016). Muchos pacientes con esta doble problemática carecen por este motivo de la atención requerida, dándose el “síndrome de la puerta equivocada” al obtener atención en sólo una parte de los recursos sanitarios disponibles. La introducción del término “patología dual” supone el comienzo para el reconocimiento social de una situación clínica evidente, que requiere dispositivos asistenciales específicos que aseguren el tratamiento integral de estas personas.

1.1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA DUAL

Algunos autores señalan que la comorbilidad entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales constituye más la norma que la excepción (Hasin et al, 2011; Szerman et al. 2013). Los estudios llevados a cabo en población general y en muestras clínicas señalan tasas de co-ocurrencia de trastornos entre el 15-80% (Flynn & Brown, 2008; Rodríguez-Llena et al., 2006; Casas & Guardia, 2002). Como se observa, los estudios epidemiológicos muestran una gran variabilidad en los datos. Mèlich (2008) señala que esta variabilidad puede ser debida a la heterogeneidad en el tipo de muestra utilizada en cada estudio, el momento y lugar de la evaluación (efecto del tiempo de abstinencia, centro asistencial donde se realiza la evaluación), el tipo de instrumento de evaluación utilizado (entrevistas estructuradas o no), las tasas analizadas (p.ej. prevalencia del último mes v/s prevalencia de vida) y el tipo de sustancia de abuso incluidas.

Si centramos la atención en los estudios realizados en población general, la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) (Grant,

Stinson, Dawson, Chou, & Ruan, 2005) encuentra entre personas consumidoras de drogas, prevalencias de trastornos de personalidad, depresión y ansiedad en torno al 44%, 28% y 24% respectivamente. En consumidores de alcohol, las prevalencias ascienden hasta un 51%, 35% y 27% respectivamente. Dicha comorbilidad es similar a las encontradas en otros estudios epidemiológicos llevados a cabo en población general (Compton, Thomas, Stinson & Grant, 2007; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005). Para dar una idea aproximada de la magnitud de comorbilidad en muestras de población general, la Encuesta Nacional de Comorbilidad de EEUU (NCS) apunta hacia una odd ratio de 2.4 para la comorbilidad de cualquiera de los trastornos mentales DSMIII-R de por vida evaluados en esa encuesta y cualquier trastorno por consumo de alcohol o drogas (Swendsen et al., 2010). Por otro lado, los estudios internacionales realizados con pacientes en tratamiento informan de tasas más elevadas (Chan, Dennis & Funk, 2008; Weaver et al., 2003). El propio NIDA (National Institute on Drug Abuse), establece que al menos uno de cada cuatro pacientes que consultan por trastornos por uso de sustancias presenta patología dual (NIDA, 2018).

A nivel nacional, disponemos de escasos datos de la prevalencia de patología dual y sobre la distribución de esta entre las dos redes asistenciales principales (González-Sáiz et al., 2011; Torrens, Gilchrist & Domingo-Salvany, 2011; Vergara-Moragues et al., 2012). Uno de los estudios más recientes es el estudio Madrid (Arias et al., 2017) señala que, utilizando la información obtenida en la historia clínica, los datos de comorbilidad en se sitúan en torno al 34%. Sin embargo, la cifra aumenta cuando se utilizan entrevistas estructuradas para la evaluación de los pacientes, situándose en torno al 53.33% del conjunto de pacientes, llegando al 70% entre pacientes de la red de adicciones. De esta forma señala que un conjunto de pacientes duales puede no estar diagnosticados correctamente.

En cuanto a la tipología de trastornos más frecuentes, en términos generales, los trastornos por del estado de ánimo se han mostrado más fuertemente asociado con el TUS. En los resultados de su última edición (NESARC-III; Grant et al., 2016) se encontraron asociaciones significativas entre cualquier trastorno por consumo de drogas evaluado en el periodo de un año y el trastorno bipolar I (OR: 1.5; IC: 1.06-2.05), el depresivo mayor (OR: 1.3; IC: 1.09-1.64), la distimia (OR: 1.5; IC: 1.09-2.02). También el trastorno de personalidad antisocial y límite son los más frecuentemente asociados al consumo de sustancias (Kessler et al 2004). el International Consortium in Psychiatric

Epidemiology (ICPE) mostró que aproximadamente el 50% de las personas con criterios para el TUS presentan un trastorno antisocial (Merikangas et al., 1998). Por otro lado, más del 50% de los pacientes con trastorno psicótico presentan también abuso o dependencia a sustancias (Torrens, Rossi, Martínez-Riera, Martínez-Sansivens & Bulbena, 2012).

Incluso, se han hecho distinciones más específicas para las comorbilidades de tipos particulares de trastornos mentales con consumos específicos de sustancias. Por ejemplo, se han reportado mayores tasas de comorbilidad entre trastornos de ansiedad con sustancias que tienen efectos ansiolíticos y trastornos del estado de ánimo con sustancias que tienen efectos antidepresivos (Kessler et al 2004). Estas evidencias que se expondrán un poco más detalladamente en relación a los trastornos de personalidad, aunque no son claramente consistentes (Aharnonovich et al., 2001), han servido para formular la hipótesis de la auto-medicación (Khantzian 1997).

Si bien las tasas de coocurrencia de estos trastornos hacen patente la atención específica que requieren estos pacientes, las implicaciones sociales y clínicas que la patología dual tiene para las personas que lo padecen, enfatizan esta necesidad. Diversos estudios señalan que las personas con patología dual acuden más a los servicios de urgencias y requieren más ingresos hospitalarios (Martín-Santos et al., 2006; Torrens, Martín-Santos & Samet, 2006). Los estudios también informan de mayores tasas de desempleo y marginación, así como conductas más violentas y problemas legales (Crocker, et al., 2005; Mueser et al., 2006).

1.1.3. EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS

En numerosos estudios de comorbilidad psiquiátrica, tanto en muestras comunitarias como en muestras de pacientes consumidores, se observa la no incorporación de los diferentes trastornos de personalidad en el diagnóstico de la patología dual. Como señalan Szerman, Basurte, Vega & Arias (2012), aún hoy encontramos una corriente en psiquiatría que considera que las patologías relacionadas con los desórdenes de personalidad están más relacionadas con el estilo de vida de las personas consumidoras que con un trastorno mental concurrente. Como ya se ha

indicado, las evidencias empíricas apoyan la consideración de estos desordenes como trastornos con base orgánica (Peled, 2002; Raine, 2008).

Entre los trastornos comórbidos más prevalentes de los pacientes con trastorno por uso de sustancia se encuentran los trastornos de personalidad. Mientras que la prevalencia de los trastornos de personalidad en población comunitaria oscila entre un 10 y un 15%, en pacientes consumidores las prevalencias ascienden al 35 y un 73% (Verheul, 2001). Estudios como el de Pedrero, Puerta, Lagares & Sáez (2003) señalan hasta el 83% de los pacientes en tratamiento por TUS presentan un trastorno de personalidad.

Dado que la presente tesis doctoral se centra en los trastornos de personalidad en la Tabla 1.1. se realiza una síntesis de algunos de los principales estudios epidemiológicos realizados en los últimos 20 años en relación a la presencia de trastorno de personalidad en pacientes consumidores de sustancias. Mientras que la incidencia de los trastornos de personalidad en población normal se encuentra entre el 10 y 15 %, en muestras de drogodependientes estos porcentajes giran en torno al 30-40%.

La revisión de los estudios epidemiológicos nos hace observar que hay un mayor conjunto de evidencias en relación al trastorno de personalidad antisocial comórbido al TUS en comparación con otros trastornos de personalidad. Esto se explica, porque los grandes estudios epidemiológicos, llevados a cabo con muestras poblacionales, evalúan TUS y conducta o trastorno antisocial, pero no otros trastornos de personalidad (e.g. Merikangas et al., 1998; Grant et., 2004). Los datos señalan tasas de comorbilidad del TUS y del trastorno antisocial alrededor del 27% en hombres y del 18% en mujeres. Incluso, si se adopta una definición más general de antisocialidad - incluyendo conducta antisocial - las tasas se elevan al 50% de los hombres dependientes del alcohol y 29% de las mujeres dependientes del alcohol (Merikangas et al., 1998; Grant et., 2004; 2006). Estas altas tasas de comorbilidad han suscitado el estudio de bases biogenéticas comunes en el alcoholismo y el trastorno antisocial (Cloninger, 1987; Jang, Vernon & Livesley, 2000).

Tabla 1.1. Prevalencias de los trastornos de personalidad reportadas en estudios empíricos realizados con consumidores en los últimos 20 años

Autores	País	n	Instrumentos evaluación	Características muestra	Trastornos	%	OR (IC 95%)
Merikangas et al 1998	International Consortium in Psychiatric Epidemiology	29.705	World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview	Muestra comunitaria Abuso Droga	Tr. antisocial	41.1 – 72.4	9.8 (7.9-12.3) – 15.2 (9.2-25.3)
				Muestra comunitaria Abuso alcohol	Tr. antisocial	27.6 – 63.6	9.9 (8.2-11.8) – 14.1(8.8.-11.8)
McCreadie 2002	Escocia	516	Consenso clínico y registro de casos para completar el OPCRIT	Pacientes del Scottish Comorbidity Study	Esquizofrenia+ alcohol 1 año	40%	OR 2.36 (1.60-3.50)
					Esquizofrenia + drogas 1 año	20%	OR 4.83 (2.50-9.34)
Fassino et al., 2004	Italia	108	SCID-II	Pacientes con TUS por heroína	Algun Tr. personalidad	58%	ND
Grant et al., 2004	EEUU. National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions– III	30.456	AUDADIS - IV	Muestra comunitaria TUS	Tr. personalidad	48 – 70%	5.5 (4.7-6.5) – 13.5 (9.9 – 18.2)
				Muestra comunitaria TUA	Tr. personalidad	29-39%	2.6 (2.3-2.8) – 4 (3.6 – 4.6)
Rodríguez-Jiménez et al., 2008	España	257	DSM-IV	Pacientes hospitalizados Unidad Psiquiatrica	Tr. personalidad	25 %	ND
Newton-Howes et al., 2009	Reino Unido	2528	DSM - IV	Pacientes con TUS	Tr. personalidad	50 %	1.56 (0.38–6.37)

Capítulo 1. Contextualización

Trull et al., 2010	EEUU	43.093	AUDADIS-IV	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)	Cualquier tr. Personalidad + TUA	41.88%	5.01 (4.76– 5.26)
					Cualquier Tr Personalidad + TUS	18.65	12.24(11.44–13.09)
Zikos et al., 2010	Canadá	165	SCID-II para DSM IV	Pacientes con TUA	Tr personalidad Cluster B	32%	ND
Haw & Hawton, 2011	Reino Unido	9.248	CIE-10	Pacientes atendidos en urgencias por intentos autolíticos	T. personalidad	24%	ND
Mackesy- Amiti et al., 2012	EEUU	570	PRISM	Consumidores de heroína	Tr Antisocial	23%	ND
Carrà et al., 2012	Francia, Alemania y Reino Unido	1208	SCID IV y SCAN	Pacientes con esquizofrenia	Esquizofrenia + TUS	24.2%	ND
Picci et al., 2012	Italia	206	MDMI-III	Pacientes en tratamiento por TUA	Algún tr.personalidad	86.4%	ND
					Tr. límite	30.1%	ND
					Desafiante	31.1	ND
					Paranoide	22.8	ND
Grant et al. 2016	EEUU. National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions– III	36.309	AUDADIS 5	Muestra comunitaria TUS en los últimos 12 meses	Esquizotípico	ND	1.5 (1.11-1.75)
					Antisocial	ND	1.4 (1.11-1.75)
					Límite	ND	1.8 (1.41-2.24)
Toftdahl et al. 2016	Dinamarca	463.003	CIE-8, CIE 9, CIE 10	Registro Central Psiquiátrico desde 1969	Tr. personalidad	46%	ND

El segundo de los trastornos de personalidad a los que hay que prestar especial atención en la atención de pacientes con TUS es al trastorno límite de personalidad. El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por una desregulación de las emociones, actos impulsivos y relaciones interpersonales dañadas. Mientras que los resultados poblacionales estiman una prevalencia del 2.7% en muestras comunitarias (Trull, Jahng, Tomko, Wood & Sher, 2010), algunos autores señalan que el 13% de los pacientes con TUA manifiestan un trastorno de personalidad límite (Kienast, Stoffers, Bermpohl & Lieb, 2014). Inversamente, la probabilidad de aparición de un trastorno por uso de sustancias (OR 10.1) y un trastorno por uso de alcohol (OR 5.38) aumenta significativamente entre los pacientes con trastorno límite en comparación con la de la población general (Tomko, Trull, Wood & Sher, 2013).

Trull et al. (2000) señalan que la asociación entre el TUS y el trastorno límite de personalidad puede estar debido a artefactos metodológicos. Por ejemplo, el uso crónico y excesivo de sustancias es un indicador potencial del diagnóstico del trastorno límite (es decir, el criterio de impulsividad de TLP). Otro problema metodológico potencial en la evaluación de esta coocurrencia es que muchos estudios realizados son transversales, y las fases de abandono del consumo de sustancias se caracterizan por sintomatología que se asemejan a criterios de trastorno límite (por ejemplo, inestabilidad afectiva, problemas interpersonales). Por lo tanto, es fundamental que los profesionales clínicos establezcan la presencia de estos síntomas más allá de la fase de abstinencia. En cualquier caso, tanto la característica de impulsividad como de desregulación emocional son características compartidas por ambos trastornos.

Finalmente, el tercer grupo de trastornos de personalidad en el que la literatura ha centrado su foco es en el trastorno esquizotípico y esquizofrenia. Como señalan datos del estudio Madrid, los trastornos esquizoides (así como el trastorno obsesivo de la personalidad) son muy prevalentes entre pacientes consumidores de opiáceos y cannabinoides (Arias et al., 2013). En la relación entre este trastorno y consumo de cannabis hay algunos aspectos sobre los que hay cierto consenso. Por un lado, un elevado porcentaje de personas con este trastorno consume cannabis. Al mismo tiempo, el consumo de cannabis induce síntomas psicóticos. Además, el cannabis incrementa los síntomas positivos, disminuye los síntomas negativos de la esquizofrenia y aumenta el riesgo de recaídas e ingresos por psicosis (Roncero, Collazos, Valero & Casas, 2007). Sin embargo, a pesar que el consumo de cannabis ha podido ser señalado como un factor de riesgo, aún quedarían por definir que otros factores modulan esta relación.

En resumen, el rigor metodológico y una definición clara de los trastornos evaluados en cada uno de los estudios señalados anteriormente son dos aspectos a tener en cuenta si queremos comparar las tasas de prevalencia de los estudios presentados en esta sección. También el sistema de clasificación diagnóstica utilizado en cada uno de los estudios puede tener un gran impacto en la variación del dato obtenido. De los sistemas diagnósticos se hablará en los siguientes apartados. Seguidamente revisaremos las implicaciones clínicas que tiene la presencia simultánea de TUS con trastornos de personalidad en el abordaje terapéutico de estos pacientes.

1.1.4. IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS

La coocurrencia de trastornos de personalidad entre los consumidores de drogas se ha mostrado habitualmente como un predictor de fracasos y abandonos terapéuticos, problemas psiquiátricos y pobre funcionamiento social. Numerosos autores han mostrado que la presencia comórbida de un trastorno de personalidad en pacientes consumidores está relacionada con tasas más altas de abandono del tratamiento (Bradizza, Stasiewicz & Paas, 2010; Van Den Bosch & Verheul, 2007; Verheul, 2001), una mayor gravedad de la dependencia (Vélez-Moreno et al., 2015) y una menor calidad de vida (Colpaert, Maeyer, Broekaert & Vanderplasschen, 2013).

En relación al pronóstico terapéutico de estos pacientes, por ejemplo, algunas evidencias señalan que hombres dependientes del alcohol con trastorno antisocial de personalidad comórbido requieren una mayor demanda asistencial en comparación con aquellos que no tienen el trastorno (Murray, Anthenelli & Maxwell, 2000). En la misma línea, resultados del proyecto Match (1998), encontraron que aquellos pacientes consumidores con trastorno antisocial tuvieron peores resultados terapéuticos. Sin embargo, este resultado sólo se observó en las fases iniciales del seguimiento. De hecho, recientes trabajos sugieren que la presencia del trastorno de personalidad antisocial comórbido no es necesariamente una variable que pronostique un peor resultado terapéutico, si bien requiere un abordaje terapéutico específico. Algunas revisiones señalan que el empleo de la terapia cognitivo-conductual conlleva mejoras significativas en pacientes duales con trastorno de personalidad (Kienst & Foerster, 2008).

Martínez-González & Trujillo (2011) señala que la principal barrera para el éxito terapéutico de estos pacientes está en conseguir una adecuada adherencia terapéutica, pero una vez asegurada la continuidad en el tratamiento de los pacientes consumidores con trastornos de personalidad, éstos pueden mejorar su funcionamiento general de forma similar a otros pacientes. De hecho, hay evidencias empíricas que señalan que a los 3 y 6 meses de la finalización del tratamiento, no hay diferencias significativas en relación a la abstinencia cuando se comparan pacientes consumidores con pacientes duales con trastornos de personalidad (Martínez-González & Trujillo, 2003).

Por un lado, uno de los factores señalados entre pacientes duales con trastornos de personalidad que pueden incidir en el descenso de la adherencia terapéutica es la menor tolerancia a la frustración entre este tipo de pacientes. Esta incapacidad de persistir en el comportamiento objetivo cuando se experimenta un distrés emocional está más frecuentemente presente en pacientes con trastorno límite, y puede suponer un facilitador del abandono (Bornovalova & Daughters, 2007).

El segundo de los aspectos vinculados a las dificultades en la adherencia, está relacionado con la relación terapeuta-paciente. Aunque la etiqueta diagnóstica asociada a los trastornos de personalidad pueda repercutir en la relación paciente – terapeuta, es crucial establecer un adecuado clima terapéutico que asegure la continuidad de paciente (Bender, 2007). Como ha sido señalado por algunos trabajos, la capacidad del paciente para establecer vínculos afectivos predice una adecuada continuidad en el tratamiento, reduciendo las tasas de abandono (Gunderson & Gabbard, 2002).

Finalmente, un reciente estudio de este equipo de investigación realizado con pacientes con patología dual asistentes a diversas redes asistenciales apunta hacia una mayor tasa de abandono en aquellos pacientes que asisten a la modalidad coordinada (Macheño et al., sometido). La asistencia a estos pacientes en la modalidad coordinada, actualmente supone una duplicidad de centros asistenciales, terapeutas y citas. Posiblemente el esfuerzo requerido por los pacientes para asistir a este tipo de intervenciones, diseñadas como más holísticas, suponga sin embargo un factor desmotivador para los pacientes que propicie mayores tasas de abandono.

Cabe señalar, específicamente en relación al trastorno antisocial, la combinación de ambos trastornos muestra, un mayor riesgo de ejercer conductas violentas (Arseneault et al., 2000). Yoshino, Fukuhara & Kato, (2000) encontraron que, entre los reclusos de una prisión diagnosticados con trastorno antisocial, las tasas de dependencia

del alcohol fueron sustancialmente más altas (77%) entre aquellos presos con antecedentes de desórdenes severos de conducta en comparación con aquellos con trastorno de conducta leve (24%). Parece por tanto crucial la identificación de determinados perfiles de personalidad que puedan ir asociados a un déficit en el funcionamiento social, ya que además de entorpecer el ajuste del paciente al entorno, puede dificultar el progreso terapéutico en el tratamiento de su adicción.

1.1.5. RELACIÓN ENTRE SUSTANCIA DE ABUSO Y PERFIL PSICOPATOLÓGICO

Como se ha comentado anteriormente, una de las áreas de interés en el estudio de las adicciones es la elaboración de tipologías de pacientes, como un primer paso en la comprensión del fenómeno adictivo y con objeto de mejorar las estrategias terapéuticas. En este sentido, algunos estudios han revelado que existe una relación entre los diferentes trastornos de personalidad y sustancias de abuso principal. Por ejemplo, entre los usuarios de alcohol y cocaína, se han detectado tasas de prevalencia más altas de trastornos antisociales (TPA) y límite (TPL) (Boog, van Hest, Drescher, Verschuur & Franken, 2018; Chen et al., 2011; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin & Burr, 2000) con odds ratios de 2.1 y 1.9 respectivamente (Grant et al., 2016). Sin embargo, el trastorno esquizotípico (TPE) tiene una mayor comorbilidad con el uso de cannabis y opioides, aunque esta última relación se ha informado con menos consistencia (Pulay et al., 2009; Hasin et al., 2016; Saha et al., 2016).

Fernández (2002) señala que la asociación entre los trastornos de personalidad y el consumo de drogas puede estar en parte explicada por la función que puede desempeñar el consumo de cada sustancia en determinados trastornos. Esta asociación también ha sido señalada en el modelo bioconductual (Verheul & Van den Brink, 2005) que establece tres vías: desinhibición del comportamiento, reducción del estrés y sensibilidad a la recompensa. De esta forma, la cocaína y el alcohol incidirían en la desinhibición del comportamiento o los opioides y cannabinoides para reducir el estrés. Según esto, los pacientes con trastorno paranoide, por ejemplo, suelen consumir alcohol, cocaína y anfetaminas, el trastorno esquizotípico tiende a usar el cánnabis y el alcohol, el trastorno antisocial de la personalidad usará todo tipo de drogas, mientras que el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad suele elegir el alcohol y otras.

También con objeto de comprender mejor estas prevalencias diferenciales, la literatura ha analizado la relación entre los distintos rasgos definidos por modelos de personalidad y el TUS. El modelo de personalidad que ha prestado más atención a esta cuestión es el Modelo de Cinco Factores (Costa & McRae, 1992). Estos estudios encuentran que consumidores de alcohol muestran puntuaciones elevadas en extraversión (Flory, Lynam, Milich, Leukefeld & Clayton, 2002) y neuroticismo (Malouff, Thorsteinsson, Rooke & Schutte, 2007) y bajas en amabilidad (Malouff et al., 2007; Mercado et al., 2016) y conciencia (Flory et al., 2002; Hopwood et al., 2011; Malouff et al., 2007; Mercado et al., 2016). Por otro lado, consumidores de cannabis presentan puntuaciones elevadas en apertura a la experiencia (Flory et al., 2002; Mercado et al., 2016; Terraciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu & Costa, 2008) y, con menos consistencia, bajas en extraversión (Flory et al., 2002) y amabilidad (Terraciano et al., 2008). En cuanto a los consumidores de cocaína y heroína, diversos estudios han encontrado puntuaciones más elevadas en neuroticismo y bajas en conciencia (Carter et al., 2001; Kornør & Nordvik, 2007; Mercado et al., 2016; Terraciano et al., 2008).

Para finalizar esta sección hay que mencionar, sin embargo, que el estudio de la relación entre la personalidad y la sustancia de consumo presenta algunas limitaciones metodológicas y conceptuales (Conway et al., 2002). La primera cuestión se refiere a las diversas formas en que se pueden clasificar los pacientes con TUS: algunos estudios se han basado en la droga predominante de abuso / dependencia (definida por la presentación clínica) mientras que otros han agrupado a los sujetos según la droga de elección preferida (que preferirían consumir si estuviera disponible). Además, la mayoría de los estudios no han tenido en cuenta la tendencia de los toxicómanos a tener un historial y un problema de policonsumo. Estos aspectos son cuestiones a considerar para tomar los resultados previos como una aproximación inicial pero limitada al estudio de la relación entre los perfiles de consumo y los perfiles psicopatológicos de personalidad. La profundización de los resultados en esta línea de trabajo permitiría mejorar la comprensión de las prevalencias diferenciales de trastornos de personalidad en función de perfiles de consumo, así como diseñar estrategias de intervención más individualizadas.

1.2. LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

1.2.1. MODELOS NOSOLÓGICOS DESARROLLADOS DESDE APROXIMACIONES CATEGORIALES

Los sistemas diagnósticos más ampliamente utilizados para la evaluación y diagnóstico de los trastornos de personalidad son el DSM y la CIE. La versión DSM-IV y la CIE-10 se enmarcan en la aproximación categorial del diagnóstico. Los sistemas diagnósticos categoriales consideran un conjunto de síntomas para identificar un trastorno de personalidad, requiriendo la presencia de algunos de estos grupos para diagnosticarlos (Frances, 1982; Kraemer, Noda & O'Hara, 2004). Es decir, el diagnóstico se realiza mediante la observación de la presencia vs. ausencia de un listado de síntomas para cada diagnóstico. Por ejemplo, para el diagnóstico del trastorno disocial, según la CIE-10, deben estar presentes al menos tres de los siguientes criterios diagnósticos (OMS, 1992, p.162):

- *Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad y empatía*
- *Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales*
- *Incapacidad para mantener relaciones personales permanentes, aunque no para establecerlas*
- *Muy baja tolerancia a la frustración y bajo umbral para descargas de agresividad, incluyendo reacciones violentas*
- *Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en especial del castigo*
- *Marcada predisposición a culpar a los demás o a presentar racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.*

La aproximación categorial consideraría que si un paciente cuenta con dos de estos criterios no se le diagnosticaría con trastorno disocial, mientras que otro paciente en el que se observan tres de estos criterios, recibiría el diagnóstico del trastorno.

En lo que sigue se describe brevemente ambas clasificaciones, comparando la configuración de los trastornos de personalidad en los dos sistemas en la tabla 1.2.

Tabla 1.2. Equivalencia de los trastornos de personalidad recogidos en el DSM-IV y CIE-10

Trastornos de personalidad DSM-IV	Trastornos de Personalidad CIE-10
Paranoide	F60.0 Paranoide
Esquizoide	F60.1 Esquizoide
Esquizotípico	F21 Trastorno esquizotípico
Antisocial	F60.2 Disocial
Límite	F60.3 Inestabilidad emocional
Histrionico	F60.4 Histriónico
Obsesivo - Compulsivo	F60.5 Anancástico
Evitativo	F60.6 Ansioso evitativo
Dependiente	F60.7 Dependiente
Narcisista	F60.8 Otros
No especificado	F60.9 No especificado

La lista CIE-10 tiene su origen en la «Lista de causas de muerte», cuya primera edición la realizó en 1893 el Instituto Internacional de Estadística. La Organización Mundial de la Salud asumió la elaboración de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. El principal objetivo de la CIE es el registro estadístico de la morbilidad y mortalidad internacional, por ese motivo tiene forma de clasificación estadística, con un número fijo de categorías y subcategorías con códigos numéricos únicos de clasificación (Hirsch et al. 2016).

La versión décima es la que ha estado siendo más ampliamente utilizada en la última década. La definición de los trastornos de personalidad según la CIE-10 (se definen como peculiares estilos de vida que, en forma persistente y duradera, presenta el individuo de una cultura para relacionarse consigo mismo y, especialmente, con los demás; son modelos desviados y habituales de respuesta a numerosas situaciones individuales y sociales que pueden o no ocasionar tensión subjetiva e inadaptación social (Organización Mundial de la Salud, 1992). En este sistema diagnóstico se

diferencia los trastornos de personalidad de los trastornos específicos y transformaciones de la personalidad:

- Trastornos específicos: Aparecen en la infancia o adolescencia (antes de los 16 o 17 años), persistiendo en la madurez, sin ser consecuencia de otros trastornos.
- Transformación de la personalidad: Surgen una vez la persona es adulta, después de la recuperación clínica de una situación estresante.

En cuanto a los trastornos de personalidad, la CIE-10 (1992) distingue los siguientes códigos:

- F60.0 Paranoide: caracterizado por un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de estos son interpretadas como maliciosas
- F60.1 Esquizoide: se caracterizan por la falta de interés en relacionarse socialmente y por una restricción de la expresión emocional
- F60.2 Disocial: caracterizado por desprecio hacia las obligaciones sociales y despreocupación por los sentimientos de los demás
- F60.3 Inestabilidad emocional: predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias; el ánimo es impredecible y caprichoso. Se diferencian dos variantes de este trastorno que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo:

F60.30 Inestabilidad emocional tipo impulsivo: caracterizado por la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos.

F60.31 Inestabilidad emocional tipo límite: Se presentan varias características de la inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencia interna (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos.

- F60.4 Histriónico: Caracterizado por afecto superficial y lábil, teatralidad, dramatización, exagerada expresión de las emociones, sugestionabilidad, egocentrismo, indulgencia para sí mismo, falta de consideración con los demás, búsqueda continua de aprecio, estímulos y atención.

- F60.5 Anancástico (obsesivo-compulsivo): Caracterizado por sentimientos de duda, perfeccionismo, preocupación excesiva por detalles y comprobaciones, obstinación, precaución y rigidez.
- F60.6 Ansioso (con conducta de evitación): Caracterizado por sentimientos de tensión y temor, inseguridad e inferioridad. Continuo deseo de agradar y ser aceptado, hipersensibilidad a la crítica y al rechazo.
- F60.7 Dependiente: Excesiva dependencia de otras personas para tomar decisiones más o menos importantes de su vida, gran temor al abandono, sentimientos de impotencia e incompetencia, aceptación pasiva de los deseos de los demás.
- F60.8 Otros: Se incluyen los trastornos de personalidad excéntricos, inhibido, inmaduro, narcisista, pasivo-agresivo y psiconeurótico.
- F60.9 Trastorno de personalidad no especificado.

El DSM es el sistema diagnóstico elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Las primeras ediciones del DSM, el DSM-I de 1952, y el DSM II de 1968, tienen una orientación psicoanalítica en gran parte de sus definiciones. Sin embargo, la nosología se verá reactualizada a partir del DSM III (APA, 1980) hacia un modelo médico de la enfermedad mental. Los costes económicos asociados a la salud mental justifican una recopilación sistemática de datos clínicos que permitan establecer medidas preventivas en el ámbito de la salud pública (Widakowich, 2012). Es así como las versiones DSM-III y DSM-IV enfocan el diagnóstico en la observación de un conjunto de síntomas basados en la evidencia. El DSM-IV (APA, 1994), por su parte, define 10 trastornos de personalidad: trastorno de personalidad paranoide, trastorno de personalidad esquizoide, trastorno personalidad esquizotípica, trastorno de personalidad antisocial, trastorno límite de la personalidad, personalidad histriónica, trastorno de personalidad narcisista, trastorno de personalidad evitativo, trastorno de personalidad dependiente y trastorno de personalidad obsesivo compulsivo. Estos trastornos se dividen en tres grupos (APA, 1994):

- Trastornos de personalidad del grupo A
 - o Trastorno paranoide de la personalidad: La característica esencial del trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas.

Capítulo 1. Contextualización

- Trastorno esquizoide de la personalidad: La característica esencial es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal.
- Trastorno esquizotípico: Caracterizado por un patrón general de déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.
- Trastornos de personalidad del grupo B
 - Trastorno antisocial de la personalidad: Se caracteriza por un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás
 - Trastorno límite de la personalidad: Se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos
 - Trastorno histriónico de la personalidad: Se caracteriza por una emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención
 - Trastorno narcisista de la personalidad: Se caracteriza por un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía
- Trastornos de personalidad del grupo C
 - Trastorno de la personalidad por evitación: La característica general es la inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa.
 - Trastorno de la personalidad por dependencia: La característica esencial del trastorno de la personalidad por dependencia es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación
 - Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia

Al comparar ambas clasificaciones se observan algunas diferencias. En primer lugar, la CIE-10 mantiene la categoría “trastornos mentales orgánicos”, categoría que en el DSM-IV están bajo el epígrafe “demencia, delirium, trastornos amnésicos y cognitivos”. Esta diferencia está explicada por la intencionalidad de retirar la

diferenciación entre trastornos orgánicos vs. no orgánicos que implicaba un dualismo mente/cuerpo (Spitzer et al., 1992).

En relación a los trastornos de personalidad observamos también varias diferencias. En primer lugar, el DSM-IV agrupa los trastornos en tres grupos o clusters: Grupo A, excéntrico; Grupo B, dramático y Grupo C, ansioso. La segunda diferencia que observamos entre ambos sistemas es en relación al trastorno esquizotípico, que en la CIE-10 está dentro del código F2 con el grupo de “Esquizofrenia y trastornos delirantes”, mientras que en DSM-IV está en el grupo de “trastornos de la personalidad”. Finalmente, mientras que la CIE-10 habla del trastorno emocional, subdividiéndolo en tipo impulsivo y límite, en el DSM-IV sólo considera el trastorno límite de personalidad. Además, en la CIE-10 el trastorno evitativo recibe el nombre de trastorno ansioso, mencionando entre paréntesis la conducta de evitación. En relación al trastorno narcisista, éste sólo aparece en el DSM-IV.

1.2.2. CRÍTICAS PROPUESTAS A LOS MODELOS CATEGORIALES

Los sistemas de clasificación CIE y DSM han sido durante años los pilares sobre los que se han fundamentado los diagnósticos de trastornos de personalidad, permitiendo un elevado grado de conocimiento sobre los mismos (Widiger y Trull, 2007). La tercera edición del DSM (APA, 1980) supuso un importante cambio en la clasificación de los trastornos mentales, basándose en el modelo médico que considera los trastornos mentales como condiciones cualitativamente distintas. De esta forma, tanto el DSM-III como el DSM-IV y las distintas versiones de la CIE, se basan en una perspectiva categorial, en base a la observación de la presencia/ausencia de un conjunto de criterios diagnósticos (APA, 1982; 1994). Estos sistemas han facilitado la tarea de adjudicar a los sujetos a una categoría diagnóstica u otra y unificar el lenguaje entre profesionales del ámbito de la salud mental.

Sin embargo, ambas nosotaxias no han estado exentas de críticas. El carácter atórico de su conceptualización (Luyten & Blatt, 2011), las altas tasas de comorbilidad, la heterogeneidad observada entre pacientes con un mismo diagnóstico o la escasa fundamentación de los puntos de corte para el diagnóstico han sido elementos cuestionados de los sistemas nosológicos vigentes hasta la fecha (Widiger & Samuel, 2005). En su conjunto, estas críticas señalan que estos sistemas nosológicos han mostrado limitaciones significativas y un fuerte grado de incompatibilidad con los datos

empíricos (Widiger & Trull, 2007; Skodol, 2012). Numerosos estudios sugieren que las evidencias biológicas relacionadas con la enfermedad mental falla en alinearse con la clasificación diagnóstica utilizada durante un siglo para la práctica clínica y la investigación científica (Insel & Wang, 2010). A continuación, se enumeran algunas de las críticas propuestas a los sistemas categoriales.

Una de las principales críticas a los sistemas categoriales está en relación a la observación de altas tasas de comorbilidad entre trastornos. Para algunos autores, estas aproximaciones diagnósticas pueden estar contribuyendo a sobreestimar esta comorbilidad entre trastornos (Dell’Osso & Pini, 2012; Forbes, et al., 2016; Krueger & Markon, 2011). La comorbilidad está tan extendida que incluso algunos autores han propuesto abandonar el término en favor de la denominación de co-ocurrencia (Widiger et al., 2007). La literatura señala que este tipo de sistemas diagnósticos pueden ocasionar solapamiento de criterios para trastornos que fueron conceptualizados como distintos, llevando al diagnóstico de dos trastornos de forma simultánea (Skodol, 2012; Widiger & Clark, 2000). La comunidad científica se plantea hasta qué punto los trastornos más prevalentes constituyen entidades clínicas distintas (Watson, 2005; Widiger & Clark, 2000).

Además del problema de la excesiva co-ocurrencia, otra de las críticas señaladas se sitúa en el plano contrario: problemas en la cobertura de algunos trastornos. Prácticamente todas las categorías de trastornos mentales incluyen la etiqueta “no especificado”, que se aplica cuando los síntomas de una persona no están adecuadamente representados por ninguna de las categorías establecidas (APA, 2000). Verheul & Widiger (2004) señalan que la categoría “trastorno de personalidad no especificado” es una de los diagnósticos más frecuentes en los informes clínicos y entrevistas no estructuradas. No queda claro el uso que los profesionales están haciendo de esta etiqueta, pero este hecho evidencia problemas en las categorías diagnósticas existentes.

Un tercer elemento señalado como limitación de los sistemas categoriales es la percepción de arbitrariedad en el establecimiento de la frontera entre la normalidad y la patología. Algunos de los puntos de corte definidos en el DSM fueron seleccionados para maximizar el acuerdo entre los diagnósticos efectuados por una muestra de clínicos. Pero estos puntos de corte han sido sucesivamente revisados, eliminados o modificados, ocasionando que los actuales puntos de corte disten mucho de los

originales (Widiger & Trull, 2007). Esto incide en la variabilidad de las tasas de prevalencias de los trastornos en las sucesivas revisiones del DSM. Es decir, pequeñas variaciones en los puntos de corte establecidos para un trastorno han ocasionado cambios en las tasas observadas, con las dificultades que conllevan tanto en cuanto a la justificación teórica como en políticas de salud para un trastorno específico (Regier & Narrow, 2002).

Otro de los elementos señalados como crítica a los sistemas categoriales es la heterogeneidad observada entre pacientes con un mismo diagnóstico (Widiger & Trull, 2007). Estas diferencias han sido explicadas por algunos autores por la definición monotética de los trastornos. Sin embargo, el cambio hacia un sistema politético en el DSM-IV donde solo se requiere un subconjunto de criterios para el diagnóstico de un trastorno, tampoco parece haber solucionado esta crítica. Más bien es un reconocimiento al hecho que dos personas con el mismo diagnóstico pueden tener características diferentes.

Finalmente, hay que señalar que hasta su 4º edición el DSM ha organizado la evaluación clínica en cinco áreas o ejes, abordando los diferentes aspectos de los trastornos. Este sistema multiaxial se introdujo en parte para resolver un problema que ya no existe: ciertos trastornos, como los trastornos de la personalidad, recibieron escasa atención. Como consecuencia, estos trastornos fueron designados para el Eje II para garantizar que recibieran mayor atención. Sin embargo, el sistema de ejes fue visto por algunos médicos como pesado y lento. Dado que no hay una diferencia fundamental entre los trastornos descritos en el Eje I y el Eje II del DSM-IV, la versión última DSM-5 propone un cambio a un sistema de un solo eje. De esta forma suprime las distinciones arbitrarias propuestas entre trastornos.

Las observaciones señaladas en este apartado están impulsando un cambio de paradigma hacia una definición dimensional de los trastornos mentales que pasamos a detallar a continuación.

1.2.3. MODELOS DIMENSIONALES EN EL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La perspectiva dimensional conceptualiza las características psicológicas a lo largo de continuos desde la normalidad hasta la patología (Widiger & Samuel, 2005). De acuerdo a Widiger & Trull, (2007), los sistemas dimensionales abordan muchos de los problemas señalados anteriormente. La heterogeneidad entre pacientes con un mismo diagnóstico se aborda a través de la elaboración de perfiles multifactoriales de la psicopatología de una persona, evitando agrupar a las personas en categorías que no reconocen la configuración única de síntomas y características de cada individuo. Además, en lugar de proporcionar el diagnóstico de uno, dos o tres trastornos comórbidos superpuestos, el interés se centra en describir la configuración específica de rasgos de personalidad desadaptativos de cada persona (Widiger & Samuel, 2005). También de esta forma, el uso de la categoría “trastorno de personalidad no especificado” disminuiría considerablemente, particularmente en aquellos modelos en los que las dimensiones se organicen de acuerdo a una estructura general de la personalidad.

Los sistemas diagnósticos dimensionales ya empiezan a incorporarse gradualmente en las últimas versiones de los principales sistemas nosológicos (DSM-5 y CIE-11). El primer modelo recogido como sistema diagnóstico en el DSM formulado desde esta aproximación dimensional se enmarca dentro del campo de los trastornos de personalidad (Modelo Alternativo para los Trastornos de Personalidad), recogido en la Sección III del DSM-5 (APA, 2014). A este modelo se dedica la siguiente sección, por ser el marco teórico en el que se basa la presente tesis doctoral. Sin embargo, éste no es el único modelo dimensional presente en el ámbito de los trastornos de personalidad.

El Modelo de Cinco Factores (Five Factor Model, FFM, Costa & McCrae, 1992) es uno de los principales modelos en la historia del estudio de la personalidad. Define la personalidad de acuerdo a una estructura jerárquica, diferenciando entre dominios (rasgos generales) y facetas (rasgos específicos). Establece cinco grandes dimensiones de personalidad: neuroticismo, extraversión, amabilidad, responsabilidad y apertura a la experiencia. Cada una de estas cinco grandes dimensiones está formada a su vez por diferentes facetas, que se definen de forma dimensional (Widiger & Costa, 1994). Esto es, cada una de las facetas son continuos que oscilan desde valores dentro de la

normalidad hasta la patología. En la tabla 1.3 se resume la definición de cada dimensión de acuerdo al modelo.

Tabla 1.3. Definición de las dimensiones y facetas de acuerdo al Modelo de personalidad de Cinco Factores

Dimensión	Definición	Facetas que lo componen
Amabilidad - Antagonismo	Calidez en las interacciones	Confianza Franqueza Altruismo Actitud conciliadora Modestia Sensibilidad social
Responsabilidad-Irresponsabilidad	Grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a metas	Competencia Orden Sentido del deber Necesidad de logro Autodisciplina Reflexión
Extraversión-Introversión	Cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales	Cordialidad Gregarismo Asertividad Búsqueda de emociones Emociones positivas
Neuroticismo emocional – Estabilidad	Tendencia a experimentar Emociones negativas y pensamientos irracionales;	Ansiedad Hostilidad Depresión Timidez Impulsividad Vulnerabilidad
Apertura a la experiencia	Motivación activa por ampliar y examinar la experiencia	Fantasía Estética Sentimientos Acciones Ideas Valores

El volumen de la literatura en relación al modelo de cinco factores es innumerable. Algunas de las revisiones más recientes que nos hacen a la idea de la contribución de este modelo, son las siguientes (Malouff, Thorsteinsson & Schutte, 2005; Saulsman & Page, 2004; Samuel & Widiger, 2008; O'Connor, 2002). Muchos de estos estudios analizan la relación entre los cinco dominios de personalidad y las categorías diagnósticas de los principales sistemas nosológicos, basándose en la hipótesis que los trastornos de personalidad constituyen las variantes extremas de estas dimensiones (Costa & Widiger, 1994; Widiger & Trull, 1992). De esta forma, estos

trabajos suponen un esfuerzo por aunar las aproximaciones categoriales y dimensionales entre sí.

El segundo de los modelos en los que vamos a centrar nuestra atención es el modelo de Criterios de Investigación por Dominios (Research Domain Criteria, RDoC) (Insel, 2013). Éste es un modelo propuesto por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos que surge basándose en la investigación acumulada desde la neurociencia y la evidencia clínica. A pesar que el RDoC no es un sistema diagnóstico, es un marco que está sirviendo para organizar la investigación trasnacional en psiquiatría. Establece una metodología para vincular determinados métodos de recogida de evidencias con un conjunto de sistemas funcionales (dominios) que suponen dianas de investigación (Vilar et al., 2019). La psicopatología se conceptualiza como la expresión fenotípica de las alternaciones en estos dominios. Es en los componentes de estos dominios (que van desde lo molecular a lo comportamental) donde se dirige la toma de decisiones clínicas. En la tabla 1.4 se presenta la matriz RDoC que presenta 7 componentes de estudio ordenadas de nivel micro a macro: desde lo genético a lo comportamental (Insel, 2013). Las estrategias de investigación deben buscar la evaluación de diferentes unidades de análisis para proporcionar evidencias sobre un mismo dominio.

Tabla 1.4. Matriz Research Domain Criteria RDoC

Sistemas	Dominios	Unidades de análisis						
		Genes	Moléculas	Células	Circuitos del SNC	Fisiología	Comportamientos	Autoinformes
Valencia negativa	Amenaza aguda (miedo)							
	Amenaza potencial (ansiedad)							
	Amenaza sostenida							
	Pérdida							
	Frustración por falta de refuerzo							
Valencia positiva	Motivación para la aproximación							
	Sensibilidad inicial al refuerzo							
	Sensibilidad sostenida al refuerzo							
	Aprendizaje por refuerzo							
	Hábitos							
Cognitivos	Atención							
	Percepción							
	Memoria de trabajo							
	Memoria declarativa							
	Lenguaje							
	Control cognitivo							
Procesamiento social	Afiliación /apego							
	Comunicación social							
	Autopercepción /autoconocimiento							
	Percepción /comprensión de los demás							
Activación y regulación	Activación							
	Ritmos circadianos							
	Sueño / vigilia							

El modelo RDoC entiende que la psicopatología sucede en el sistema nervioso central (SNC) y que sus manifestaciones tienen que ser detectables en cada uno de los niveles. Una de las principales diferencias de este modelo con el DSM es que se utiliza una estrategia de abajo a arriba, desde los datos al constructo, esto es contrario a la estrategia que subyace al DSM donde se definen los constructos y de ahí se recogen los datos (de arriba abajo) (Kraemer, 2015). También el RDoC conceptualiza una dimensión continua desde la normalidad hasta la patología, enmarcándose dentro de los modelos dimensionales. Sin embargo, este marco teórico ha sido criticado como demasiado abierto para poder aplicarlo a la práctica clínica, siendo además la matriz definida como provisional y abierta a la revisión (Lilienfeld & Treadway, 2016).

El último modelo dimensional que ha surgido recientemente, es el modelo HiTOP (The Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology; Kotov et al., 2017). Éste modelo ha sido desarrollado y estudiado por parte de reconocidos investigadores (<https://renaissance.stonybrookmedicine.edu/HITOP>). A pesar de su muy reciente publicación, está recibiendo la atención por parte de las revistas más importantes a nivel mundial en el ámbito de la psiquiatría y psicología (véase ej. Conway et al., 2019; Hopwood et al., 2018; Kotov, Krueger & Watson, 2018; Krueger et al., 2018; Sellbom et al., 2019; Perkins, Lutzman & Patrick, 2019), llegando a alcanzar 244 citas WOS en los dos años que lleva publicado el texto de Kotov et al. (2017). Una búsqueda en la Web of Science con la palabra clave “HiTOP” arroja 40 trabajos publicados en este tiempo, y algunos de estos trabajos han recibido ya más de 50 citas en tan solo un año desde su publicación, pudiendo considerarse estos datos como una evidencia de la importancia que está adquiriendo esta propuesta teórica.

El modelo propone la evaluación dimensional de los síntomas que conforman los síndromes y trastornos también dentro de una estructura jerárquica (Krueger & Markon, 2006; Widiger et al., 2019). Este modelo conceptualiza distintos niveles donde cada uno de los signos o síntomas se combinan en rasgos homogéneos (ej. hostilidad, depresión, anhedonia, ...) que a su vez se agrupan para conformar los síndromes y trastornos (ej. trastorno por uso de sustancias, trastornos del estado de ánimo) que se podrían explicar por dimensiones psicopatológicas más generales (ej. internalizante y externalizante) (Kotov et al., 2017). La co-ocurrencia de trastornos se interpreta desde el modelo HiTOP como dimensiones patológicas más generales comunes entre trastornos. Por ejemplo, el caso de la dimensión internalizante explicaría ocho síndromes (síntomas

vegetativos, depresión, estrés postraumático, pánico, ansiedad social, fobia, trastornos obsesivo compulsivo y manía) (Dornbach-Bender et al., 2017). El modelo completo se incluye en la Figura 1.1.

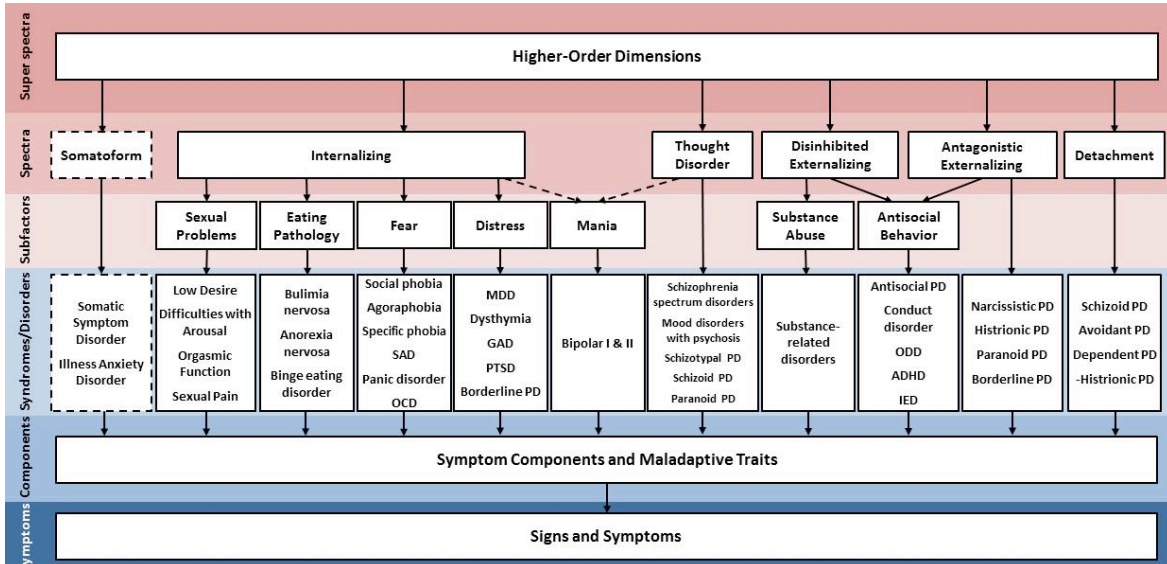


Figura 1.1. Estructura del Modelo Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology HiTOP (Kotov et al., 2017).

Además, el HiTOP, coherente con otros modelos dimensionales, conceptualiza los distintos niveles del modelo de acuerdo a dimensiones continuas que van desde la normalidad hacia la patología. Bajo esta perspectiva los síntomas, trastornos y espectros se conceptualizan como un conjunto de dimensiones evaluadas en continuos psicológicos (Krueger & Markon, 2006). De esta forma, el concepto de “diagnóstico” se enmarca dentro de un perfil del paciente en relación a la severidad con la que se presentan los síntomas, síndromes y espectros evaluados (Ruggero et al., 2019). El modelo HiTOP se posiciona como un modelo teórico y empíricamente fundamentado, cuya novedad y relevancia para redefinir los sistemas diagnósticos en psicología y psiquiatría centre posiblemente el foco de la investigación en los próximos años.

1.3. EL MODELO ALTERNATIVO DE PERSONALIDAD DSM-5

1.3.1. DESARROLLO HISTÓRICO DEL MODELO ALTERNATIVO DE PERSONALIDAD DSM-5

El desarrollo del Modelo Alternativo de Personalidad comenzó en diciembre de 2004, a raíz de un encuentro realizado que se centró en las alternativas dimensionales a los modelos categoriales (Widiger & Samuel, 2005). En este encuentro se dedujo un acuerdo general sobre las numerosas debilidades que planteaba el modelo de trastornos de personalidad del DSM-IV, siendo la próxima publicación del DSM-5 una oportunidad para desarrollar un modelo dimensional para los trastornos de personalidad basado en evidencia empírica.

En 2007 se formó el grupo de trabajo DSM-5 Personality and Personality Disorder (DSM-5 P&PD), quienes desarrollan el Modelo Alternativo de Trastornos de Personalidad a través del uso de una estrategia de doble vía. Por un lado, de la discusión en estas reuniones de las observaciones en el ámbito clínico; y, por otro lado, de la contrastación de dichas observaciones con evidencia empírica (Krueger & Markon, 2014). El proceso de desarrollo del modelo, recogido en la literatura (Krueger et al., 2012) estuvo basado en tres rondas de recogidas de datos, dando lugar a la definición simultánea del modelo y del instrumento de evaluación, el Personality Inventory for DSM-5 (PID-5).

La primera revisión del grupo de trabajo representó un enfoque de diagnóstico significativamente diferente. Intentó desglosar los modelos categoriales de los trastornos de la personalidad, que a veces son demasiado rígidos para adaptarse a los síntomas de los pacientes, y reemplazarlos con un método de evaluación específica de los rasgos. Usando este modelo, los clínicos determinarían si sus pacientes tenían un trastorno de personalidad al observar la severidad de un conjunto de rasgos. Este nuevo modelo era demasiado complejo para la práctica clínica. Después de considerar esa

respuesta e investigación adicional, el Grupo de Trabajo desarrolló los criterios de diagnóstico para los trastornos de personalidad uniendo los aspectos más útiles de los criterios del DSM-IV con el enfoque basado en rasgos.

Finalmente, el grupo de trabajo P&PD desarrolló un modelo bajo una aproximación híbrida, combinando la conceptualización dimensional de la personalidad con los constructos recogidos en DSM-IV para la definición de los trastornos de personalidad. Esta aproximación híbrida tiene por objeto promover una transición gradual desde el DSM-IV a una clasificación de los trastornos de personalidad basado en evidencia empírica. Este nuevo modelo, recogido en la Sección III del DSM-5 (APA, 2014), tal y como la propia APA afirma (<http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>) nace con la intención de estimular la investigación en el campo de los trastornos de personalidad.

La comunidad científica ha mostrado un notable interés en este modelo, a la vista del creciente número de trabajos publicados en los últimos años en relación a este paradigma. Una búsqueda realizada en diciembre de 2017 en las bases de datos ISI Web of Science usando como palabras clave “DSM-5” y “personality” o “Section III” en los campos de título y resumen, los resultados pasan de 86 coincidencias en el año 2012 (aún sin haberse publicado el DSM-5, pero con la información que se iba transmitiendo a través del DSM-5 P&PD Work Group) a 192 en el 2017. Conjuntamente, hasta la fecha se han publicado 982 trabajos empíricos en esta base de datos. Una búsqueda similar en la base de datos PubMed proporciona 894 coincidencias. Diversas revisiones han sido ya publicadas desde la publicación del modelo en 2012 (e.g. Al-Dajani, Granlnick & Bagby, 2016; Hopwood & Sellbom, 2013, Krueger & Markon, 2014).

1.3.2. DEFINICIÓN DE FACETAS Y DOMINIOS DE PERSONALIDAD

Una de las características fundamentales del Modelo Alternativo de Trastornos de Personalidad (MATP), es que pone el foco del diagnóstico de los trastornos de personalidad en dos pilares: la evaluación del deterioro funcional de la personalidad (criterio A), y la identificación de rasgos de personalidad patológicos (criterio B).

Atendiendo al criterio A, las dificultades en el funcionamiento personal e interpersonal se evalúan en un continuo. El funcionamiento con uno mismo implica: 1.

Identidad: La experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre el yo y los demás, la estabilidad de la autoestima y la exactitud de la autoevaluación; capacidad y habilidad de regular una amplia gama de experiencias emocionales; 2. Autodirección: Persecución de objetivos y metas coherentes y significativas a corto plazo y a lo largo de la vida; uso de normas internas de comportamiento constructivas y prosociales; capacidad de reflexionar productivamente (APA, 2014).

El funcionamiento interpersonal incluye: 1. Empatía: Comprensión y valoración de experiencias y motivaciones de los demás; tolerancia de diferentes puntos de vista; discernir los efectos de la propia conducta en los demás; 2. Intimidad: La profundidad y la duración de la relación con los demás; el deseo y la capacidad de cercanía; reciprocidad de la relación reflejada en el comportamiento interpersonal (APA, 2014). La Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (Level of Personality Functioning Scale-LPFS) emplea cada uno de esos elementos para diferenciar cinco niveles de deterioro, que oscilan entre poco o ningún deterioro (es decir, un funcionamiento saludable y adaptativo, nivel 0), un deterioro leve (nivel 1), moderado (nivel 2), grave (nivel 3) y extremo (nivel 4). Se requiere un nivel moderado de dificultad en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad.

En cuanto al segundo criterio, el DSM-5 define el rasgo de personalidad como una tendencia a sentir, percibir y comportarse de manera estable y coherente a lo largo del tiempo. Además, propone el carácter dimensional de estos rasgos, donde cada persona expresa cada una de estas características en diferentes grados. El foco de la evaluación de los trastornos de personalidad se centra en la identificación de elevaciones en los distintos rasgos de personalidad. Seguidamente se detalla la definición de cada una de las 25 facetas definidas en el modelo (ver Tabla 1.5).

Tabla 1.5. Definición de las facetas de personalidad de acuerdo al Modelo Alternativo de Personalidad del DSM-5 Sección III (APA, 2014)

Faceta	Definición
Inestabilidad emocional	Labilidad de las experiencias emocionales y del estado de ánimo; las emociones se despiertan con facilidad, gran intensidad o de manera desproporcionada a los sucesos y circunstancias
Ansiedad	Sentimientos de nerviosismo, de tensión o de pánico en respuesta a diversas situaciones; preocupación frecuente por los efectos negativos de las experiencias pasadas desagradables y por las posibilidades futuras negativas; sentir miedo y aprehensión por la incertidumbre, esperando que suceda lo peor.
Inseguridad de separación	Miedo a quedarse solo debido al rechazo o la separación de los seres queridos basado en falta de confianza en la propia capacidad para cuidar de sí mismo, tanto física como emocionalmente
Sumisión	Adaptación del comportamiento de uno a los intereses reales o percibidos y los deseos de los demás, incluso cuando son la antítesis de los propios intereses, necesidades o deseos.
Hostilidad	Sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a desprecios e insultos menores; comportamiento mezquino, desagradable o vengativo. Véase también el antagonismo.
Perseverancia	Persistencia en las tareas o en una forma particular de hacer las cosas a pesar de que dicho comportamiento ha dejado de ser funcional o eficaz; continuación del mismo comportamiento tras experimentar repetidos fracasos o razones claras para parar.
Afecto restringido	La falta de esta faceta caracteriza los niveles bajos de afecto negativo. Véase el desapego para consultar la definición de esta faceta.
Evitación	Preferencia de estar solo antes que acompañado; recelo en situaciones sociales; elusión del contacto y la actividad social; falta de iniciación de contactos sociales.
Evitación de la intimidad	Eludir las relaciones cercanas o románticas, los vínculos de apego y las relaciones sexuales íntimas.
Anhedonia	Falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias de la vida; déficit en la capacidad de sentir placer y tener interés en las cosas.
Depresión	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.

Capítulo 1. Contextualización

Afecto restringido	Poca reacción ante situaciones emocionalmente excitantes; experiencia y expresión emocional constreñida; indiferencia y frialdad en situaciones habitualmente atractivas.
Suspiciousia	Expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguidos por otros.
Manipulación	Uso de subterfugios para influir o controlar a los demás; empleo de la seducción, el encanto, la labia o la adulación para conseguir sus fines.
Falsedad	Engaño y fraude; distorsión de uno mismo; embellecimiento o invención al relatar acontecimientos.
Grandiosidad	Creer que uno es superior a los demás y se merece un trato especial; egocentrismo; sentimientos de "tener derecho"; condescendencia hacia los demás.
Búsqueda de atención	Participar en conductas diseñadas para hacerse notar y ser el foco de atención y de admiración de los demás
Insensibilidad	Falta de preocupación por los sentimientos o los problemas de los demás; carencia de sentimientos de culpa o remordimiento por los efectos negativos o perjudiciales de las acciones de uno mismo sobre los demás.
Irresponsabilidad	Indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena
Impulsividad	Dejarse llevar por el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de forma repentina y sin un plan o sin considerar las consecuencias; dificultad para establecer y seguir los planes; sentido de urgencia y conductas de autolesión en virtud de la angustia emocional.
Distraibilidad	Dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas, como la planificación y la realización de tareas.
Asunción de riesgos	Implicarse y realizar actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente dañinas para uno mismo sin necesidad y sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones y negación de la realidad del peligro personal; búsqueda desenfrenada de metas sin importar el nivel de riesgo involucrado.
Perfeccionismo rígido	Insistencia rígida en que todo debe ser perfecto, impecable y sin errores o fallos, incluidos el propio rendimiento y el de los demás; sacrificar la puntualidad para garantizar la exactitud de cada detalle; creencias de que sólo hay una manera correcta de hacer las cosas;

	dificultad para cambiar ideas y/o puntos de vista; preocupación por los detalles, la organización y el orden. La falta de esta faceta es característica de las personas con bajos niveles de desinhibición.
Creencias y experiencias inusuales	Creer que uno tiene habilidades excepcionales, tales como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción; experiencias insólitas de la realidad, incluida la actividad de tipo alucinatorio.
Excentricidad	Comportamiento, apariencia y/o habla raros, inusuales o extravagantes; pensamientos extraños e impredecibles; discurso aberrante o inapropiado.
Desregulación cognitiva y perceptiva	Procesos y experiencias de pensamiento extrañas o inusuales como despersonalización, desrealización y experiencias disociativas; estados combinados de sueño y vigilia; vivencias de control del pensamiento.

Este conjunto de 25 facetas se combina entre sí y la observación de una elevación en determinadas facetas sería lo que definiría la presencia de un trastorno de personalidad.

El Modelo Alternativo de Trastornos de Personalidad define seis tipos de trastornos de la personalidad: Trastorno límite de la personalidad; trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo; trastorno evitativo; Trastorno esquizotípico de la personalidad; trastorno personalidad antisocial y trastorno de personalidad narcisista. Cada tipo se define por un patrón específico de elevaciones en rasgos que se presenta en la siguiente tabla (ver tabla 1.6).

Capítulo 1. Contextualización

Tabla. 1.6. Configuración de los trastornos de personalidad según el MATP

Trastorno	Se requiere elevación en	Faceta
Límite	Cuatro o más de los siguientes rasgos, al menos uno de los cuales debe ser impulsividad, toma de riesgos u hostilidad	Labilidad emocional
		Ansiedad
		Inseguridad de separación
		Depresión
		Impulsividad
		Asunción de riesgos
Evitativo	Tres o más de las siguientes facetas, una de las cuales debe ser ansiedad	Ansiedad
		Distanciamiento
		Anhedonia
		Evitación de la intimidad
Antisocial	Seis o más de las siguientes facetas	Manipulación
		Insensibilidad
		Engaño
		Hostilidad
		Asunción de riesgos
		Impulsividad
Obsesivo-Compulsivo	Tres o más de los siguientes rasgos, uno de los cuales debe ser perfeccionismo rígido	Perfeccionismo rígido
		Perseverancia
		Evitación de la intimidad
		Afectividad restringida
Esquizotípico	Cuatro o más de los siguientes	Desregulación cognitiva y perceptiva
		Creencias y experiencias inusuales
		Excentricidad
		Afectividad restringida
		Distanciamiento
		Desconfianza
Narcisista	Ambos rasgos	Grandiosidad
		Búsqueda de atención

En el modelo también incluye un diagnóstico de Trastorno de personalidad: rasgo especificado que podría realizarse cuando se presenta un Trastorno de

personalidad, pero los criterios para un trastorno de personalidad específico no se cumplen por completo. Para este diagnóstico, el clínico evaluaría la gravedad del deterioro del funcionamiento de la personalidad y los rasgos problemáticos.

El Modelo Alternativo de los Trastornos de Personalidad también define un nivel superior, o rasgos generales, que denomina dominios (afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo) (APA, 2014). Los dominios de los rasgos de la personalidad comprenden un espectro de facetas más específicas de la personalidad que tienden a aparecer juntas. Por ejemplo, el distanciamiento y la anhedonia son facetas de los rasgos específicos en el dominio del desapego.

Aunque el modelo se centra en los rasgos de la personalidad psicopatológicos, hay rasgos de la personalidad sana, identificados como polos opuestos de los rasgos "patológicos" es decir, la estabilidad emocional, la extraversión, la amabilidad, la responsabilidad y la lucidez. La organización de las facetas y dominios se incluye a continuación en la tabla 1.7.

Capítulo 1. Contextualización

Tabla 1.7. Organización de facetas y dominios según el Modelo Alternativo de Trastornos de Personalidad DSM-5 (APA, 2014)

Dominios	Definición	Facetas que lo componen
Afecto negativo	Experiencias frecuentes e intensas de niveles elevados de variadas emociones negativas y sus manifestaciones conductuales (p. ej., autolesiones) e interpersonales (p. ej., dependencia).	Inestabilidad emocional Ansiedad Inseguridad de separación Sumisión Hostilidad Perseverancia Depresión Desconfianza Afecto resgringido
Desapego	La evitación de la experiencia socioemocional, que incluye tanto rehuir las interacciones interpersonales como la experiencia y la expresión afectiva restringida, en particular la capacidad hedónica limitada.	Evitación Evitación de la intimidad Anhedonia Depresión Afecto restringido Suspiciacia
Antagonismo	Se caracteriza por conductas que sitúan al individuo en conflicto con otras personas, como un sentido exagerado de la propia importancia y la consiguiente expectativa de merecer un trato especial, así como antipatía insensible hacia los otros, que abarca tanto una falta de conciencia de las necesidades y sentimientos de los demás como la predisposición a utilizar a otras personas en beneficio propio.	Manipulación Falsedad Grandiosidad Búsqueda de atención Insensibilidad Hostilidad
Deshinibición	Orientación hacia la satisfacción inmediata que conlleva la realización de comportamientos impulsivos producidos por pensamientos, sentimientos y estímulos actuales externos, sin tener en cuenta aprendizajes del pasado o la consideración de futuras consecuencias.	Irresponsabilidad Impulsividad Distraibilidad Asunción de riesgos Perfeccionismo rígido
Psicoticismo	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones incongruentes y extrañas, excéntricas o inusuales culturalmente, incluyendo tanto el proceso como el contenido (p. ej., las creencias).	Creencias inusuales Excentricidad Desregulación cognitiva

1.3.3. ORGANIZACIÓN JERÁRQUICA DE LA PERSONALIDAD

Uno de los elementos centrales del modelo MATP es la organización jerárquica de la personalidad, que como se ha señalado anteriormente distingue entre un nivel superior de rasgos generales (dominios) y un nivel inferior de rasgos específicos (facetas). El propio DSM-5 señala que, a pesar de cierta variación transcultural en las facetas de los rasgos de personalidad, los grandes dominios que aparecen globalmente son relativamente coherentes en todas las culturas (APA, 2014).

Además, las observaciones empíricas señalan de forma consistente a las hipótesis planteadas por el grupo de trabajo DSM-5 P&PD: la estructura empírica de las facetas se asemeja a los extremos desadaptativos del modelo de Cinco Factores (Widiger & Costa, 2013). Aunque algunos miembros del grupo de trabajo de P&PD no estaban interesados en el FFM o lo consideraban irrelevante para comprender los TP, sus propias ideas sobre los elementos subyacentes al modelo parecían organizarse empíricamente en dominios que se parecían mucho a los del FFM. También los dominios han mostrado similitudes a los dominios de los Cinco de la personalidad psicopatológica (Personality Psychopathology Five, PSY-5).

En su conjunto podemos decir que todos los modelos dimensionales expuestos, pretenden dar una explicación a la co-ocurrencia de trastornos en la medida que todos ellos introducen una estructura jerárquica de la personalidad. De esta forma, trastornos comorbidos se considera que poseen dimensiones patológicas más generales que serían comunes entre ellos. Tal sería el caso de la afectividad negativa (común en los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y la mayor parte de los trastornos de personalidad) o la dimensión externalizante (común en el trastorno antisocial y trastorno por uso de sustancias) (Skodol, 2012). También Waszczuk, Gámez & Watson (2017) apuntan a un factor general internalizante para explicar ocho síndromes (síntomas vegetativos, depresión, estrés postraumático, pánico, ansiedad social, fobia, trastornos obsesivo compulsivo y manía). O incluso, Caspi et al. (2014) hipotetiza en esta línea con la posibilidad de la existencia de un único factor general de personalidad desadaptativa (factor-p), de forma similar a lo planteado durante décadas con el factor-g en el campo de la inteligencia.

Las evidencias sobre esta organización jerárquica ésta apoyada también sobre evidencias genéticas (p. e. Gustavson, Franz, Panizzon, Lyons & Kremen, 2019; Marceau, Meuldijk, Townsend, Solowij & Grenyer, 2018), neurobiológicas (Kendler et

al., 2011; Markon et al., 2011; Waszczuk, 2018), o clínicas (Eaton, Krueger, Oltmans, 2011; Kramer, Krueger & Hicks, 2008).

1.3.4. RESULTADOS EMPÍRICOS EN RELACIÓN AL MODELO ALTERNATIVO DE PERSONALIDAD DSM-5

Una de las grandes áreas temáticas en el conjunto de publicaciones en relación al MATP tiene relación con la profundización en el estudio de la estructura de las facetas de personalidad definidas en este Modelo Alternativo de Personalidad. En el desarrollo original, Krueger, Derringer, Markon & Skodol (2012) evidenciaron a través de análisis factorial exploratorio que la estructura empírica subyacente a las 25 facetas definidas (de forma concurrente a la elaboración del Inventario de Personalidad del DSM-5, PID-5), como ya se ha comentado, se organizaban de forma equivalente al Modelo de Cinco Factores (Five Factor Model, FFM, Costa & McRae, 1992). Los resultados encontrados en el desarrollo original del modelo parecían indicar que las 25 facetas se organizan como los extremos desadaptativos del Modelo de Cinco Factores (Widiger & Simonsen, 2005; Widiger & Costa, 2012) donde el dominio de afecto negativo se alinearía con la dimensión de neuroticismo, el desapego con la extraversión, el antagonismo con la amabilidad, la desinhibición con la responsabilidad y el psicoticismo con la apertura.

Los estudios posteriores realizando análisis factoriales conjuntos de las 25 facetas del PID-5 con otras medidas del Modelo de Cinco Factores, como el NEO-PI-3 (De Fruyt et al, 2013), o el Five Factor Model Rating Form (Thomas et al., 2013) dan apoyo al paralelismo encontrado entre ambos modelos. Complementando los estudios anteriores, diversos estudios han explorado y confirmado la estructura jerárquica de las facetas y dominios de personalidad con dos factores de orden superior: internalizante (afecto negativo y desapego) y externalizante (desinhibición y antagonismo), dejando el dominio de psicoticismo organizado de forma separada (Bagby et al., 2014; Díaz-Batanero et al., 2019; Gutiérrez et al., 2017; Thimm, Jordan, & Bach, 2016; Wright & Simms, 2014; Wright et al., 2012).

Por otro lado, varios estudios han explorado la estructura jerárquica de las facetas del MATP usando el método “bass-ackwards” (Goldberg, 2006). El estudio de Wright et al. (2012) encuentra una estructura jerárquica con un primer nivel denominado “personality pathology”, del que emergen el factor internalizante y externalizante. Dentro del factor Internalizing se separan los dominios de Negative

Affect and Detachment. The Externalizing factor split into Antagonism and Disinhibition. The PID-5 Psychoticism factor emerged separately. Gutierrez et al (2017) muestra resultados similares con la misma técnica en muestra española. Estructuras similares se han contrastado en otros estudios, con otros instrumentos de evaluación u otras técnicas analíticas (Bagby et al., 2014; Wright & Simms, 2013). Estos resultados muestran una conexión con los modelos jerárquicos de psicopatología de personalidad (Krueger & Markon, 2013).

La otra gran línea de investigación ha estado orientada a aportar evidencias sobre cómo las puntuaciones de las facetas se distribuyen en personas con algún trastorno de personalidad, tomando como gold standard el procedimiento de evaluación diagnóstica clásico (Anderson, Snider, Sellbom, Krueger & Hopwood, 2014; Calvo et al., 2016; Hopwood, Thomas, Markon, Wright & Krueger, 2012). Según la perspectiva de la Sección III del DSM-5, la delimitación de los seis trastornos de personalidad (límite, obsesivo-compulsivo, narcisista, evitativo, antisocial y esquizotípico) se realiza en base a la identificación de puntuaciones elevadas en dichas facetas. Por ejemplo, en el caso del trastorno límite, se requiere elevaciones en cuatro o más de los siguientes rasgos patológicos: labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, depresión, impulsividad, asunción de riesgos y hostilidad. Además, de estos siete rasgos para el diagnóstico del trastorno límite se requiere que al menos uno de ellos sea impulsividad, toma de riesgos u hostilidad (APA, 2014). Es remarcable que, en algunos trastornos de personalidad (límite, evitativa y obsesivo-compulsiva), determinadas facetas tienen una contribución diferencial en la identificación del trastorno.

Las evidencias encontradas en relación a la estructura del Modelo Alternativo para los Trastornos de Personalidad suponen aportaciones relevantes. En primer lugar, los trastornos de personalidad se dejan de contemplar como un funcionamiento cualitativamente diferente respecto al funcionamiento normal, pasando a un enfoque donde la personalidad se puede describir en torno a una serie de rasgos que varían a lo largo de continuos que van desde la normalidad a la patología (Widiger, Costa & McRae, 2002; Markon, Krueger, & Watson, 2005). En segundo lugar, para algunos autores ésta perspectiva permite contextualizar mejor la presencia de trastornos cómorbidos, que se explicarían en tanto que dichos trastornos comparten las mismas facetas de personalidad (Lynam & Widiger, 2001). De hecho, en el DSM-5 se incluyen

determinadas facetas en la definición de más de un trastorno: hostilidad, impulsividad, asunción de riesgos, ansiedad y abandono (APA, 2014). La estructura jerárquica informada (Bagby et al., 2014; De Clerq et al., 2014; Gutiérrez et al., 2017; Thimm, Jordan, and Bach, 2016; Wright & Simms, 2014; Wright et al., 2012), también contribuye a la explicación de la coocurrencia de desórdenes y la coocurrencia de rasgos de personalidad en múltiples trastornos. Tal es el caso del dominio de afectividad negativa (dentro del factor internalizante) común a trastornos como los trastornos del estado de ánimo y de personalidad o el dominio de desinhibición (en el factor externalizante) presente en trastornos antisociales y de consumo de sustancias (Kendler, Prescott, Myers, & Neale, 2003).

1.3.5. LIMITACIONES SEÑALADAS EN LA APLICACIÓN DEL MODELO ALTERNATIVO DE PERSONALIDAD DSM-5 EN EL ÁMBITO CLÍNICO

A pesar de la existencia de evidencias empíricas que a grandes rasgos respaldan la organización de las 25 facetas según el planteamiento original, existen también resultados que vienen cuestionar la claridad de este modelo. Entre las evidencias que cuestionan la organización de las facetas conforme a los cinco factores, Quilty et al. (2013) obtuvieron correlaciones inesperadas entre los dominios del PID y las escalas del NEO PI-R. Thomas et al. (2013) señalan que las facetas de perfeccionismo rígido mostraron cargas factoriales imprevistas en el dominio de afecto negativo, así como las facetas de desregulación perceptiva, pensamientos inusuales y depresividad en el dominio de introversión (Crego, Gore, Rojas & Widiger, 2015). Estas correlaciones cruzadas también se han observado entre las facetas y dominios del propio PID-5. La faceta de anhedonia presentaba cargas factoriales no explicadas en el dominio de afecto negativo en los estudios de De Fruyt et al. (2013) y Thomas et al. (2013).

Metaanálisis recientes sugieren que las cargas factoriales de ciertas facetas a menudo se desvían del modelo. Por ejemplo, la afectividad restringida y la hostilidad se han mostrado con cargas factoriales primaria en el afecto de desapego y antagonismo en lugar de afectividad negativa (Watters & Bagby, 2018). Otras facetas con cargas cruzada son la depresividad en el dominio del afecto negativo y la búsqueda de atención en el factor de desprendimiento (Somma, Krueger, Markon, Borroni, & Fossati, 2019).

Algunas de las correlaciones cruzadas entre facetas encontradas están recogidas en el propio DSM-5: depresividad, suspicacia y afectividad restringida están presentes en los dominios de desapego y afectividad negativa; hostilidad está incluida en los dominios de afectividad negativa y antagonismo. Sin embargo, otras no, como el caso de la faceta de afectividad restringida. En la formulación inicial del modelo (Krueger et al., 2012), esta faceta estaba situada en el dominio de afecto negativo, aunque el DSM-5 la situó en el de desapego (APA, 2013). Algunos estudios la han situado indistintamente en ambos dominios (Hopwood, Thomas, Markon, Wright & Krueger, 2012; Hopwood et al., 2013; Watson et al., 2013), lo que hace que las puntuaciones de los dominios entre estudios se hayan podido calcular de forma ambigua o inconsistente.

También desde el punto de vista del diagnóstico de los trastornos de personalidad, la inclusión de las facetas requeridas para la presencia de cada uno de los trastornos ha mostrado resultados empíricos contradictorios. Concretamente, Hopwood, Thomas, Markon, Wright & Krueger (2012) encontraron puntuaciones elevadas inesperadas en la faceta de perseverancia para los pacientes con trastornos límite, evitativo, narcisista, esquizotípico y dependiente. También encuentran que la faceta de disregulación perceptiva sería un rasgo relevante para los trastornos antisocial, narcisista, esquizotípico y dependiente. Otros resultados discordantes respecto a lo planteado en el DSM-5 se observan, por ejemplo, en el trastorno evitativo (Hopwood, et al., 2012, Anderson, Snider, Sellbom, Krueger & Hopwood, 2014), donde la faceta de evitación de la intimidad no ha mostrado relaciones con el trastorno mientras que la faceta de sumisión ha mostrado buena capacidad predictiva del trastorno. También en el caso del trastorno límite, Calvo et al. (2016) encontraron una falta de concordancia completa entre los criterios del DSM-5 y las facetas necesarias para el diagnóstico en su muestra. En su estudio el diagnóstico estaba asociado con las facetas de labilidad emocional, impulsividad como predice el DSM-5, pero también con la afectividad restringida. Estos resultados son consistentes con el trabajo de Anderson & Sellbom (2015).

Otra de las limitaciones señaladas es la aplicación del modelo en ámbitos clínicos. A pesar del mayor nivel de detalle que permite la elaboración de perfiles psicopatológicos individualizados para cada paciente, la práctica profesional requiere de decisiones categoriales: aplicar o no un tratamiento; recomendar o no una baja laboral

(Miller, Bagby, Pilkonis, Reynolds, & Lynam, 2005). Algunos autores han señalado la necesidad de establecer puentes entre estos modelos dimensionales y las decisiones categoriales requeridas en la práctica clínica (Markon et al., 2011).

1.4. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

1.4.1. INSTRUMENTOS UTILIZADOS DESDE APROXIMACIONES CATEGORIALES

Para el diagnóstico de los trastornos de personalidad dentro de los modelos categoriales disponemos de varias entrevistas semiestructuradas.

La *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (SCID-II)* (Spitzer et al., 1990) es el instrumento más ampliamente utilizado en los estudios empíricos publicados en la última década y constituye también una útil herramienta en el ámbito clínico. Esta entrevista semiestructurada, además, puede usarse para formular diagnósticos de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (reseñando el número de criterios para cada TP que han sido codificados como “3”). Cubre los 10 trastornos específicos del DSM-IV y el diagnóstico de trastorno de personalidad no especificado. La principal ventaja de este cuestionario SCID-II sobre otros, es que se basa en criterios DSM-IV. Sin embargo, la administración completa requiere un elevado tiempo y resulta exigente para pacientes psiquiátricos.

Está organizado en módulos de diagnóstico y se ha publicado en varias formas, incluida una versión para médicos (SCID - CV) y una versión para ensayos clínicos (SCID - CT). La SCID-II para DSM-IV cuenta con un cuaderno autoadministrado de 119 ítems de respuesta dicotómica. Este cuestionario tiene la función de screening previo a la de la entrevista estructurada, para corroborar un probable diagnóstico. Un estudio realizado en población colombiana muestra valores de consistencia interna entre 0.55 para el trastorno dependiente y 0.75 para el trastorno antisocial (Campo-Arias, Díaz-Martínez & Barros-Bermúdez, 2008).

El trabajo de Ryder, Costa & Bagby (2007) con 203 pacientes encontró que sólo el diagnóstico de trastorno límite de personalidad con el SCID-II presentaba evidencias de validez convergente, divergente, relación con rasgos generales de personalidad y asociación con el deterioro funcional. El resto de los trastornos de personalidad adolecieron de alguno de los criterios evaluados. Farmer & Chapman (2002) encontraron igualmente problemas en algunas de las categorías de la SCID-II cuando fue administrada a 149 personas. Especialmente la escala relacionada con el trastorno obsesivo compulsivo.

La *Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, OMS, 1990)* es una entrevista diagnóstica estandarizada para la evaluación de los trastornos mentales de acuerdo a los criterios CIE-10. El desarrollo de la entrevista fue llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud y la Administración de Alcohol, Abuso de sustancias y Salud mental (ADAMHA) en un proyecto conjunto para el diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales en problemas relacionados con el consumo de sustancias. A pesar que su intención original era darle un uso para estudios epidemiológicos, también se usa en ámbito clínico e investigación. El instrumento está disponible en 30 idiomas. Si bien la versión en español latinoamericano está disponible desde versiones anteriores, la versión en castellano de la última actualización (v3.0) ha sido adaptada recientemente por Navarro-Mateu et al. (2013).

La entrevista completa cuenta con casi 5000 preguntas divididas en 42 secciones. La sección relativa a trastornos de personalidad cuenta con 41 subsecciones, si bien sólo se utiliza como instrumentos de screening. La CIDI está disponible en dos formatos: papel y lápiz (PAPI) y computerizada (CAPI), esta última desarrollada para facilitar el manejo de las puntuaciones y reducir el tiempo de entrevista. Los resultados de trabajos que han evaluado la convergencia entre los diagnósticos de la CIDI y otras entrevistas semiestructuradas muestran que las concordancias son moderadas (Wittchen, Üstün & Kessler, 1999; Brugha, Jenkins, Taub, Meltzer & Bebbington, 2001) si bien no quedaría claro si la falta de consistencia está ligada a la CIDI o a las entrevistas. De hecho, la literatura sugiere la fiabilidad test-retest es mayor para los diagnósticos basados en entrevistas CIDI en comparación con los diagnósticos derivados de entrevistas clínicas semiestructuradas (Kessler & Üstun, 2004). Kessler et al (2003) presentan un estudio de calibración de los diagnósticos efectuados por la CIDI, valorando como de consistentes son estos diagnósticos con los efectuados por la SCID.

El *Examen Internacional para los trastornos de personalidad (IPDE)* (Loranger, 1994; versión española de López-Ibor, Pérez Urdániz & Rubio, 1996) es un instrumento diagnóstico basado en una entrevista clínica semiestructurada, que además es compatible con los criterios de valoración de la CIE-10 y del DSM-IV. El instrumento dispone de un cuestionario de detección y de una entrevista semiestructurada. En cuanto al cuestionario de detección, consta de 77 ítems en formato de respuesta verdadero-falso para la versión DSM y 59 ítems para la versión CIE-10. El cuestionario sirve de screening. Si se cumplen más de tres criterios para cada trastorno, se sugiere la presencia de un trastorno de personalidad y entonces se pasa la entrevista completa.

La entrevista está estructurada en seis secciones (trabajo, yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos) con preguntas abiertas al principio de cada sección que ofrece la oportunidad al sujeto de hablar sobre el tema tanto como desee. Éstas no son puntuadas, pero proporcionan base para juzgar el significado clínico de algunas respuestas a las preguntas específicas que siguen. El IPDE tiene una columna para la puntuación de datos de informantes próximos al paciente que se usa como información complementaria. El margen temporal de evaluación es de cinco años, para valorar que las conductas evaluadas sean rasgos de personalidad. Además, al menos uno de los criterios debe haber estado presente antes de los 25 años

Si bien es cierto que el instrumento aporta una clasificación diagnóstica, También proporciona una puntuación dimensional para cada individuo en cada trastorno, que complementa a la basada en el diagnóstico categorial. La fiabilidad inter-evaluadores y la estabilidad temporal, es similar a la de los instrumentos utilizados para el diagnóstico de psicosis, alteraciones del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (Loranger et al., 1994). El módulo de screening El módulo de screening del IPDE ha demostrado elevada sensibilidad y moderada especificidad. El IPDE aplicado en muestras de consumidores de heroína (San Narciso et al., 2000) se ha mostrado como un instrumento dotado de una adecuada estabilidad diagnóstica a medio plazo (6 meses). Sin embargo, en un estudio reciente con internos en una prisión el IPDE mostró una baja sensibilidad a la presencia de trastorno antisocial y límite (Alvaro-Brun & Vegue-González, 2008)

El *cuestionario de evaluación clínica en neuropsiquiatría (SCAN)* (Wing et al., 1990) es un conjunto de instrumentos destinados a clasificar la conducta asociada a las principales alteraciones psiquiátricas de la edad adulta. Se compone de 4 partes: la décima edición del Present State Examination (PSE10), el Glosario de Definiciones Diferenciales, la Lista de Comprobación de Grupos de Items y el Cuestionario de la Historia Clínica. El PSE10 tiene dos partes. La primera abarca los trastornos somatomorfos, los disociativos, de ansiedad, los depresivos y bipolares, y también, los problemas asociados con las funciones corporales básicas y el consumo de alcohol u otras sustancias. En la segunda parte se exploran los trastornos psicóticos y cognitivos, así como las anomalías observadas en el lenguaje, la afectividad y la conducta.

El SCAN se ha mostrado como un instrumento de evaluación psicopatológica fiable y aplicable transculturalmente (Easton et al., 1997; Wing, 1998), el cual ha propiciado el desarrollo de estudios multinacionales de investigación y de análisis comparativos transculturales. Sin embargo, en su versión íntegra, el SCAN se destina a ser usado por personal sanitario con un conocimiento adecuado de psicopatología y que haya asistido a un curso de entrenamiento en uno de los centros designados por la OMS. Tan sólo una versión reducida de la primera parte del PSE10 puede ser usada por entrevistadores sin una formación específica en psicopatología.

1.4.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS DESDE APROXIMACIONES DIMENSIONALES

Además de los instrumentos señalados en la sección anterior, concebidos para ajustarse a las clasificaciones diagnósticas existentes dentro de las aproximaciones categoriales del DSM y CIE, también podemos encontrar un conjunto de instrumentos que evalúan las alteraciones en la personalidad desde un punto de vista dimensional. Si bien esta no pretende ser una revisión exhaustiva de todos los instrumentos existentes, se describen brevemente algunos de los instrumentos más utilizados en investigación y en el ámbito clínico.

El *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnessota 2 Reestructurado MMPI-2-RF* (Ben-Porath & Tellegen, 2008; adaptación española de Santamaría, 2009), con 338 ítems, consta de 50 escalas. Tres de estas escalas son de segundo orden y

agrupan todas las anteriores: alteraciones emocionales o internalizadas, alteraciones del pensamiento y alteraciones del comportamiento o externalizadas. Permite realizar una interpretación directa, centrada en el contenido de las escalas, y se caracteriza por una mayor especificidad en la interpretación de las escalas, ya que los ítems son menos heterogéneos. Además, el manual resulta claro y útil para la interpretación clínica de las puntuaciones, basado en puntos de corte para la toma de decisiones en la interpretación clínica.

Las puntuaciones de este instrumento convergen con el modelo de cinco factores, siendo ésta una de las razones por la que este instrumento es uno de los más utilizados por los psicólogos y psiquiatras en el ámbito clínico (Muñiz & Fernandez-Hermida, 2010; Esbec & Echeburúa, 2014).

El *Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-III* (Millon, Strack, Millon-Niedbala, & Grossman, 2008; adaptación española de Cardenal & Sánchez, 2007) consta de 175 ítems de respuesta dicotómica, 4 índices que permiten evaluar la validez del protocolo (sinceridad, validez, deseabilidad social y devaluación) y 24 escalas organizadas en función de la severidad. Estas escalas incluyen 11 patrones clínicos de personalidad de severidad moderada (esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, sádico, compulsivo, negativista y masoquista), 3 patrones de personalidad graves (esquizotípico, límite y paranoide), 7 síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, trastorno somatoforme, trastorno bipolar, distimia, abuso de alcohol, abuso de drogas y trastorno de estrés postraumático) y 3 síndromes clínicos severos (trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante).

El enfoque de Millon se ha convertido en un importante referente en el campo de la psicopatología, apoyándose en un nuevo marco teórico: la teoría evolutiva. Con la finalidad de optimizar la correspondencia con el DSM-IV se han sustituido 95 elementos y se han añadido dos nuevas escalas: un patrón de personalidad clínico (depresivo) y un nuevo síndrome (estrés postraumático). El inventario tiene buenas propiedades psicométricas, pero, sin embargo, las escalas por sí mismas carecen de validez suficiente para hacer un diagnóstico de los trastornos de personalidad (Rogers, Salekin & Sewell 1999).

El *Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)* (Morey, 1991; adaptación española de OrtizTallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011), que tiene 344 ítems, permite una evaluación comprehensiva de la personalidad y la psicopatología en adultos mediante 22 escalas: 4 escalas de validez (inconsistencia, infrecuencia, impresión negativa e impresión positiva), 11 escalas clínicas(quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, rasgos antisociales, problemas con el alcohol y problemas con las drogas), 5 escalas de consideraciones para el tratamiento (agresión, ideaciones suicidas, estrés, falta de apoyo social y rechazo al tratamiento) y 2 escalas de relaciones interpersonales (dominancia y afabilidad).

El PAI destaca por su claridad en la interpretación y la exhaustiva información que proporciona, por aquellos ítems críticos que requieren la atención inmediata del profesional. Esbec & Echeburua (2014) señalan algunas ventajas del PAI en relación al MMPI-2: a) hay cuatro opciones de respuesta frente al formato de verdadero falso del MMPI-2-RF; b) los ítems son más fácilmente comprensibles; y c) las escalas del PAI son más directamente relevantes a los criterios DSM que las del MMPI (Esbec & Robles, 2013).

Finalmente queremos mencionar otro de los instrumentos de evaluación dimensional muy utilizado, sobre todo en el ámbito investigador. Se trata del *Inventario de Personalidad Revisado NEO-PI-R* (Costa & McCrae, 1999). Este instrumento se enmarca dentro del modelo de personalidad de cinco factores, ofreciendo una medida de las 30 facetas y 5 dominios de este modelo. Consta de 240 elementos a los que se responde en una escala Likert de cinco opciones. Existe una versión breve, compuesta por los sesenta primeros ítems de la prueba (doce por factor), que constituye el NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI), Inventario NEO reducido de Cinco Factores. Ambas versiones se han convertido en el estándar para la evaluación del modelo de los cinco factores (McCrae & Costa, 2004).

Sobre este instrumento existe abundante investigación que muestra unas buenas o excelentes cualidades psicométricas. La consistencia interna de las distintas escalas incluidas en el NEO-PI-R han arrojado valores alrededor de 0.9 en los dominios y entre 0.5 y 0.7 para las facetas (McCrae & Costa, 1997). Las evidencias de validez convergentes se han evidenciado para la mayor parte de las facetas con otros instrumentos similares, como el Eysenck Personality Inventory (EPI) y otros

instrumentos similares. Los baremos originales de la escala están basados en datos de 500 hombres y 500 mujeres, aunque las distintas adaptaciones a otros idiomas han publicado igualmente baremos adaptados a cada contexto. TEA Ediciones publicó en 1999 las adaptaciones españolas del NEO PI-R y del NEO-FFI (Costa & McCrae, 1999). Posteriormente se han vuelto a publicar los baremos en español por Sanz y García-Vera (2009).

1.5. EL INVENTARIO DE PERSONALIDAD DEL DSM-5 (PID-5)

1.5.1. DESARROLLO DEL INSTRUMENTO

Tras la revisión de los principales instrumentos para evaluar trastornos de personalidad y perfiles psicopatológicos de personalidad existentes, tanto desde la perspectiva categorial como dimensional, en esta sección se describe el Inventario de Personalidad del DSM-5, siendo el instrumento objetivo de esta tesis doctoral. Se describe en primer lugar el desarrollo del instrumento, que se realizó de forma simultánea al modelo alternativo de trastornos de personalidad.

Para dar apoyo a la evaluación del modelo alternativo de personalidad, el grupo de trabajo que elaboró la propuesta del DSM-5 desarrolló como instrumento de evaluación el Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5; Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012). El proceso de desarrollo del instrumento comenzó con la identificación de un conjunto de dominios que cubrían la personalidad desadaptativa en otros instrumentos y modelos. De esta forma, el grupo de trabajo identificó inicialmente un listado de 37 potenciales facetas que fueron definidas una a una y que llevaron a la redacción de un banco inicial de ítems (8 ítems por faceta). Con este primer banco de ítems se realizó dos rondas de recogidas de datos dirigida obtener evidencias de si los ítems representaban una medida fiable de cada faceta y examinar si determinadas facetas podían estar superpuestas.

Tras estas dos recogidas de datos, se seleccionaron como ítems definitivos aquellos con mejor función de información y con mayor carga factorial para las facetas para las que estaban redactados. También se identificó a través de análisis factorial

cuales de las facetas presentaban cargas superpuestas y por tanto podían eliminarse. De esta forma las facetas de hostilidad y oposicionalidad quedaron agrupadas en una sola faceta (hostilidad); depresividad, culpa, baja autoestima, pesimismo y autolesión quedaron englobadas en la faceta de depresividad; desapego social y abandono social quedaron agrupadas en abandono; agresión e insensibilidad, quedaron bajo la etiqueta de insensibilidad; orden, perfeccionismo y rigidez quedaron agrupadas bajo perfeccionismo rígido; tendencia al riesgo y aversión riesgo quedaron englobadas en asunción de riesgos; excentricidad y desregulación cognitiva se agruparon como excentricidad; y pensamientos inusuales y percepciones inusuales se juntaron en una misma faceta (Krueger et al., 2012).

Finalmente, la versión final consta de 220 ítems organizados en 25 facetas, presentados en formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: muy en desacuerdo, moderadamente en desacuerdo, moderadamente de acuerdo y muy de acuerdo. Esta versión final se administró a 264 participantes de muestra comunitaria para realizar un estudio psicométrico de la versión final. Los valores alfa de cronbach de este estudio arrojan valores entre 0.72 y 0.96 para las facetas. También se obtuvieron evidencias de la agrupación de las facetas en los 5 factores conceptualizados para el modelo (Krueger et al., 2012).

1.5.2. VERSIONES Y ADAPTACIONES HASTA LA FECHA

Hasta la fecha, la adaptación del instrumento original de 220 ítems se ha llevado a cabo al castellano (Gutiérrez et al., 2017), alemán (Zimmermann et al., 2014), holandés (Bastiaens, et. al, 2015), coreano (Kim, 2018), danés, (Bo, Bach, Mortensen, & Simonsen, 2015), italiano (Fossati et al., 2013) o francés (Roskam, et. al, 2015), entre otros. La adaptación del instrumento a tal variedad de contextos ha permitido un enorme auge de la investigación en relación a este modelo desde su publicación.

Aunque la versión original está diseñada para ser un autoinforme, el instrumento cuenta también con una versión para informantes (PID-5IRF) (APA 2013), que puede ser cumplimentada por un familiar, o persona cercana al paciente en caso que sea necesario una información complementaria. El PID-5-IRF replica la estructura factorial de la versión autoinformada y presenta evidencias de validez convergente con otras medidas del modelo de cinco factores, (Wright & Simms, 2014), observándose correlaciones de magnitud alta con las puntuaciones del NEO-PI-R. Estos autores

señalan que las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas con la versión autoinformada y la versión del informante reflejan congruencia, pero no tan grande como para sugerir que ambos se superponen por completo.

Por otro lado, hay que señalar que uno de los hándicaps del PID-5 es su tiempo de administración. La longitud del instrumento puede suponer una dificultad en determinados contextos clínicos o de investigación, donde su aplicación vaya añadida a otros instrumentos de evaluación (Mullins-Steweatt & Widiger, 2009). Como alternativa a la versión original de 220 ítems, se plantea la versión reducida de 25 ítems. El PID-5 Brief Form se desarrolló de forma concurrente a la versión original, extrayendo los ítems claves de cada uno de los cinco dominios (Krueger et al., 2012).

Los estudios psicométricos con esta versión (Abdi & Chalabianloo, 2017; Fossatti et al., 2015; Anderson, Sellbom & Salkin, 2016; Gómez, et al. 2019) apoyan la fiabilidad, estructura interna y evidencias de validez de la versión abreviada del instrumento. No obstante, los 25 ítems que componen esta versión no representan el contenido de las 25 facetas de la versión original. No se encuentran representadas las facetas de afecto restringido, perfeccionismo rígido, sumisión y suspicacia. Por el contrario, las facetas de abandono, impulsividad, excentricidad, y desregulación perceptual quedan representadas por dos ítems cada una. Este hecho hace que su interpretación habitual sea en términos de dominios y no de facetas. Además, no está indicado con una finalidad diagnóstica de los trastornos de personalidad.

Otra versión reducida con 100 ítems ha sido publicada (Maples et. al., 2015). Esta versión ha sido obtenida aplicando teoría de respuesta al ítem sobre la versión de 220 ítems. Concretamente, incluye los cuatro ítems por faceta con mayores parámetros de discriminación y que maximizan la función de información del test. Como mostraron los autores, esta versión de 100 ítems presenta propiedades psicométricas muy similares a la versión de 220 ítems, tanto en términos de su fiabilidad como en términos de las evidencias de validez convergente y discriminante (Bach, Maples, Bo, &, Simonsen, 2016). Así, posiblemente sea la versión más eficiente considerando sus características y tiempo de administración. A pesar de ellos, en la fecha de inicio de la presente tesis doctoral, más allá de estos dos estudios no se han encontrado otros con esta versión.

En relación a la fatiga que puede ocasionar la administración del test debido a la longitud, posteriormente también se ha desarrollado una escala de inconsistencia en la respuesta (INC) (Keeley, Webb, Peterson, Roussin & Flanagan, 2016). Esta evalúa patrones de respuesta inconsistentes asociados a la falta de cuidado en la respuesta, cansancio o dificultades de comprensión de algunos ítems. Esta escala fue desarrollada con una muestra de 989 estudiantes y 131 adultos seleccionados de centros de salud mental. La escala INC se compone de siete parejas de ítems del dominio de afecto negativo, dos del dominio de desapego, dos de desinhibición, cuatro de antagonismo y cinco de psicoticismo. La puntuación en esta escala refleja la suma de las diferencias (en términos absolutos) entre cada pareja de ítems. Puntuaciones más elevadas indican mayor grado de inconsistencia en la respuesta. La escala ha mostrado capacidad para discriminar entre respuestas aleatorias y no aleatorias tanto en las muestras de estudiantes, comunitarias y en muestras clínicas (Keeley et al., 2016; Somma et al., 2018). Un reciente estudio aporta evidencias positivas de la capacidad discriminativa de patrones inconsistentes de respuesta en la versión de 100 ítems del PID-5 (Lowmaster et al., 2019), usando para esta escala las 10 parejas de ítems que se mantienen en esta versión del PID-5.

1.5.3. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Desde la publicación del instrumento se han realizado numerosos estudios psicométricos. Al-Dajani, Gralnick & Bagby (2016) realizaron una revisión sistemática sobre este instrumento, llegando a la conclusión de que el PID-5 muestra propiedades psicométricas adecuadas de manera general. En términos de fiabilidad, se ha explorado fundamentalmente la consistencia interna. Los resultados muestran que los valores de alpha de Cronbach superan el valor .70 para la mayor parte de las facetas y dominios (Anderson et al., 2015; De Fruyt et al., 2013; Fossati et. al, 2013; Gore & Widiger, 2013; Quilty et al., 2013; Samuel et al., 2013, Thomas et al., 2013, Watson et al., 2013, Wright et al., 2013, Zimmerman et al., 2014). La fiabilidad estimada como test-retest ha sido analizado por Dhillon & Bagby (2015), en un estudio no publicado con una muestra de 66 estudiantes. Estos autores informan sobre valores de fiabilidad $>.90$ para los dominios, aunque sin explorar la fiabilidad de las facetas.

En cuanto a la estructura factorial del instrumento, la mayoría de los resultados realizados con análisis factorial exploratorio han señalado una estructura acorde a cinco

factores (Anderson et al., 2013; Krueger et al., 2012; Griffin & Samuel, 2014; Quilty et al., 2013; Thomas, 2013; Wright et al., 2012; Wrightm & Simms, 2014). Los estudios usando análisis factoriales confirmatorios con las puntuaciones de las 25 facetas del PID-5 apoyan también de forma general esta estructura de cinco factores (ej., Bach, Sellbom & Simonsen, 2017; Díaz-Batanero et al., 2019; Gore & Widiger, 2013; Fossati, Krueger, Markon, Borroni, & Maffei, 2013; Krueger et al., 2012; Morey, Krueger, & Skodol, 2013; Wright et al., 2012). Estos resultados apoyan la conexión entre el modelo de personalidad planteado en el DSM-5 y el modelo de cinco factores de la personalidad.

En relación a las evidencias de validez basadas en otras variables, cabe mencionar que, puesto que el desarrollo del instrumento estuvo basado en la revisión de las categorías presentes en otros instrumentos, gran parte de los estudios que analizan estas evidencias de validez incluyen algunos de los instrumentos ya revisados, principalmente el NEO-PI-R, el PAI o el MMPI-2-R. En términos generales, las evidencias muestran que la relación entre las escalas PID-5 y las medidas generales de la personalidad son consistentes en las muestras de estudiantes y pacientes (Hopwood, Wright, et al., 2013; Sellbom, Anderson & Bagby, 2013).

Si bien estos resultados avalan psicométricamente el PID-5, cabe señalar algunas limitaciones apuntadas a los estudios psicométricos publicados hasta la fecha. La principal limitación de las evidencias aportadas es que numerosos estudios se han realizado con muestras de estudiantes o comunitarias (Anderson et al., 2013, Ashton et al., 2012; Bagby et al, 2014; De Fruyt et al., 2013; Dhyon & Bagby, 2015; Griffin & Samuel, 2014; Gore & Widiger, 2013; Hopwood et al., 2012; Samuel et al., 2013; Sellborn et al., 2013; Suzuki et al., 2015; Wright et al., 2013). El uso de estas muestras en la realización de estudios psicométricos tiene alto valor. Sin embargo, en tales muestras es poco frecuente detectar personas con los niveles más altos en las facetas evaluadas (Al-Dajani, Gralnick & Bagby, 2016).

1.5.4. LÍNEAS ABIERTAS DE INVESTIGACIÓN

Los estudios realizados con el PID-5 y PID-5SF han contribuido al avance en el conocimiento de la personalidad adaptativa y desadaptativa. Si bien estos resultados

avalan psicométricamente el PID-5, cabe señalar algunas limitaciones y posibles mejoras que avalarían más consistentemente este instrumento. La principal limitación es que numerosos estudios se han realizado con muestras de estudiantes o comunitarias (Anderson et al., 2013, Ashton et al., 2012; Bagby et al., 2014; De Fruyt et al., 2013; Dhyon & Bagby, 2015; Griffin & Samuel, 2014; Gore & Widiger, 2013; Hopwood et al., 2012; Samuel et al., 2013; Sellborn et al., 2013; Suzuki et al., 2015; Wright et al., 2013). El uso de estas muestras en la realización de estudios psicométricos tiene alto valor. Sin embargo, en tales muestras es poco frecuente detectar personas con los niveles más altos en las facetas evaluadas (Al-Dajani, Gralnick & Bagby, 2016).

En términos de mejoras, cabría señalar la utilidad de aportar más estudios de fiabilidad fundamentados en el procedimiento test-rest, complementando los estudios de consistencia interna existentes. Igualmente, nuevas evidencias de la estructura factorial a través de análisis factoriales confirmatorios contribuyen a avalar psicométricamente la estructura del test. Los resultados encontrados en recientes metaanálisis en relación a la estructura de las facetas (Watters & Bagby, 2018; Somma, Krueger, Markon & Fossati, 2019) muestran que determinadas facetas tienen cargas factoriales inesperadas en múltiples estudios. Estos resultados apuntan hacia la necesidad de replicar la estructura factorial del PID-5 en diversos contextos para clarificar la estructura de organización de las facetas en el Modelo Alternativo de Trastornos de Personalidad.

Finalmente, hasta la fecha se han utilizado criterios racionales y normativos de puntos de corte de las facetas. Estos determinan el establecimiento del diagnóstico de trastornos de personalidad (Samuel et al., 2013). Sin embargo, una propuesta basada en el deterioro funcional de los pacientes tal y como plantea el DSM-5 todavía no ha sido contrastada.

CAPÍTULO 2.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

2.1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1.1. OBJETIVO GENERAL

El debate abierto sobre el fenómeno de la comorbilidad psiquiátrica en general y de la patología dual en particular, suscita la profundización sobre las comunalidades establecidas entre los trastornos adictivos y otros trastornos mentales, como los trastornos de personalidad. Éstos últimos han sido señalados como elementos a tener en cuenta a la hora de diseñar intervenciones terapéuticas, en la medida que los pacientes con ambos trastornos están asociados a mayores tasas de recaídas.

De acuerdo con lo expuesto en la contextualización teórica, los modelos dimensionales de clasificación diagnóstica están suponiendo un relevante cambio en el ámbito de la salud mental. Concretamente, el Modelo Alternativo para el diagnóstico de los Trastornos de Personalidad (AMTP) presentado en la Sección III del DSM-5 (APA, 2014) ha suscitado gran interés en el ámbito científico, suponiendo el marco teórico de referencia en el estudio de los trastornos de personalidad en los últimos 5 años. El instrumento de evaluación desarrollado para este modelo, el Inventario de Personalidad DSM-5 (PID-5), desarrollado de forma simultánea al modelo, ha mostrado muy buenas propiedades psicométricas en las distintas adaptaciones realizadas, tanto en términos de consistencia interna, estabilidad temporal y evidencias de validez. Sin embargo, se ha señalado que la extensión del instrumento original, de 220 ítems, puede constituir una barrera para la aplicación del instrumento en contextos aplicados. En este sentido, la versión reducida de 100 ítems (Maples et al., 2015) constituye una opción más realista para aplicación en pacientes. La

adaptación al castellano de esta herramienta clínica podría ser empleada para la evaluación de trastornos de personalidad desde la perspectiva dimensional en pacientes con patología dual.

Finalmente, la literatura señala que el consumo preferido de determinadas sustancias está ligado a determinados trastornos y por ende a determinadas características de personalidad. Parece por tanto relevante, establecer los perfiles de personalidad asociados a los perfiles de consumo, que permita diseñar intervenciones más individualizadas y, por tanto, más eficaces.

El **objetivo** general de la presente tesis doctoral es aportar evidencias psicométricas de la adaptación al castellano del Inventario de Personalidad para DSM-5 en su versión corta de 100 ítems (PID-5SF) y determinar qué perfiles de personalidad psicopatológicos están asociados a los pacientes consumidores de sustancias en función de su perfil de consumo, desde una perspectiva del policonsumo. Para alcanzar dicho objetivo general, se han postulado diferentes objetivos específicos que son abordados en los diferentes estudios que comportan la sección de resultados de la siguiente tesis y presentados en los Capítulos 3 y 4.

2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como se ha visto anteriormente, el Inventario de Personalidad para el DSM-5 en su versión de 100 ítems constituye una herramienta de evaluación que ha mostrado buenas propiedades psicométricas y que puede aportar buenos resultados a nivel aplicado. Es por ello que se plantea como **primer objetivo específico** aportar evidencias psicométricas de la adaptación al castellano del PID-5 SF. Concretamente se establecen los siguientes subobjetivos específicos:

- Subobjetivo 1.1. Estimar la fiabilidad de la versión española del PID-5 en su versión de 100 ítems, analizándola bajo la perspectiva de la consistencia interna.

- Subobjetivo 1.2. Estimar la estabilidad de sus puntuaciones a través del estudio test retest con un intervalo de dos semanas.
- Subobjetivo 1.3. Aportar evidencias basadas en su estructura interna en términos de sus facetas y dimensiones, y la estructura jerárquica internalizante-externalizante; y,
- Subobjetivo 1.4. Aportar evidencias de validez de relación con otras variables, relacionando las puntuaciones del PID-5 con otra medida del deterioro funcional.

En segundo lugar, la literatura señala que las aproximaciones dimensionales permiten obtener perfiles psicopatológicos más individualizados, aplicar tratamientos más específicos y diferenciados, y dar una explicación más racional a la heterogeneidad y la comorbilidad de los TP (Skodol, 2012; Widiger & Samuel, 2005). Sin embargo, la práctica clínica demanda decisiones categoriales: proporcionar o no medicación, hospitalización o cobertura de seguro (Kendler, 1990; Kraemer, Noda, y O'Hara, 2004). Por ello es necesario tender un puente entre modelos dimensionales y categoriales creando herramientas diagnósticas válidas y fiables en los que apoyar dichas decisiones. Los puntos de corte habitualmente utilizados en los instrumentos diagnósticos usan criterios racionales (punto medio de la escala) o normativos. A pesar de las relaciones constatadas entre el desajuste funcional y elevaciones en las facetas de personalidad, hasta la fecha ningún estudio ha tratado de incorporar esta información para establecer los puntos de corte en los rasgos de personalidad contemplados desde el MATP. De esta forma, el **segundo objetivo específico** de este trabajo es establecer los puntos de corte funcionales para el diagnóstico de los TP utilizando la información obtenida con la WHODAS 2.0, y discutir su congruencia con puntos de corte normativos. Concretamente se definen los subobjetivos siguientes:

- Subobjetivo 2.1. Analizar la sensibilidad y especificidad de cada una de las facetas evaluadas por el PID-5SF en su versión en castellano para detectar deterioro funcional en un grupo de pacientes con TUS.
- Subobjetivo 2.2. Comparar el uso de un criterio funcional y otro normativo para establecer los puntos de corte que representan un funcionamiento patológico en las facetas definidas en el MATP.

Finalmente, dado el escaso número de trabajos analizando la relación entre rasgos de personalidad y TUS dentro del MATP, que permitiría aproximarnos mejor a la comprensión de las relaciones entre TUS y TP, y dado que ninguno de ellos analiza el papel que los diferentes perfiles de consumo desde un punto de vista del policonsumo, nos planteamos el **tercer objetivo específico** de este trabajo: analizar que facetas estarían asociadas a los distintos perfiles de consumo en un grupo de pacientes diagnosticados con TUS. Concretamente definimos los siguientes subobjetivos

- Subobjetivo 3.1. Analizar los perfiles de consumo de pacientes en tratamiento, desde una perspectiva del policonsumo
- Subobjetivo 3.2. Analizar los rasgos de personalidad patológicos asociados a cada uno de los perfiles de consumo

2.1.3. HIPÓTESIS

Seguidamente se detallan las hipótesis establecidas, en base a la revisión de la literatura. Para el objetivo específico 1 se establecen las siguientes hipótesis.

- Hipótesis 1.1. Se espera encontrar valores de consistencia interna superiores a .70 en la mayoría de facetas.
- Hipótesis 1.2. La estabilidad de las puntuaciones con el estudio test retest en el intervalo de dos semanas presentará valores de correlación altos y tamaños de efecto de las puntuaciones diferencia bajos a moderados.
- Hipótesis 1.3. Se espera que las facetas se organicen de acuerdo a los cinco factores establecidos por el MATP y éstos a su vez se agrupen en dos factores de segundo orden, correspondientes al factor externalizante e internalizante.
- Hipótesis 1.4. Se esperan correlaciones altas entre las puntuaciones del PID-5SF y las puntuaciones de discapacidad funcional, particularmente en las dimensiones de comunicación, relación y participación en la sociedad.

En relación al objetivo específico 2, se establecen las siguientes hipótesis:

- *Hipótesis 2.1.* Las facetas evaluadas en el PID-5 SF presentarán una adecuada capacidad discriminativa del deterioro funcional, particularmente las facetas vinculadas a la dimensión de afectividad negativa.
- *Hipótesis 2.2.* Los puntos de corte establecidos de acuerdo a criterios funcionales serán superiores a los utilizados de acuerdo a criterios normativos.

En relación al objetivo específico 3, se establecen las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 3.1. Pacientes consumidores de alcohol y cocaína, con mayores tasas de trastorno antisocial de personalidad y trastorno límite, puntuarían alto en hostilidad, impulsividad, asunción de riesgos, falsedad, insensibilidad, manipulación, irresponsabilidad, ansiedad, labilidad emocional, inseguridad de separación y depresión;

- Hipótesis 3.2 Pacientes consumidores de cannabis tendrán puntuaciones más elevadas en creencias inusuales, excentricidad, disregulación perceptiva, afecto restringido, withdrawal, desconfianza y depresión;
- Hipótesis 3.3. Pacientes con un patrón de policonsumo presentarán mayor desajuste de personalidad y por tanto elevación en un mayor número de facetas.

2.2. METODOLOGÍA GENERAL

2.2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio ha sido diseñado como un estudio observacional transversal con un único momento de evaluación.

2.2.2. PARTICIPANTES

Participaron en el estudio 282 sujetos en tratamiento por consumo de sustancias en ocho centros públicos de atención a las drogodependencias (CPD de Huelva, CCD Isla Cristina, CCD Bollullos del Condado, CCD Minas Riotinto, CMD Lepe, CCD Andévalo, CTA Aracena, CTA Ribera del Tinto) y adicciones de las provincias de Huelva, dos comunidades terapéuticas (Comunidades Terapéuticas de Cartaya –Huelva-, Almonte –Huelva) y seis centros de Salud Mental Comunitaria de la provincia de Huelva (USCM de Aracena, USMC de Huelva Plaza Houston, USMC Huelva H. Vázquez Díaz, USMC la Palma del Condado, USMC Lepe, USMC Valverde del Camino).

La intervención para el trastorno por consumo de sustancias en estos centros consiste en la atención de médicos, psicólogos y trabajadores sociales especializados. El proceso de atención se orienta inicialmente hacia la desintoxicación y la implementación de estrategias de motivación. Una vez estabilizados los pacientes, continúa el proceso de abstinencia y extinción de las respuestas condicionadas involucradas en las recaídas, enfocando la intervención en el reconocimiento de los factores de riesgo y en el control del deseo de consumo o craving. La intervención se lleva a cabo desde un enfoque cognitivo conductual y si los médicos lo consideran necesario, los pacientes pueden recibir tratamiento farmacológico de apoyo (Comisionado para las Drogodependencias, 2003).

Los centros de tratamiento ambulatorio constituyen el primer nivel de atención a la red pública andaluza de atención a las drogodependencias. El acceso a los centros de tratamiento residencial, considerados recursos de segundo nivel, se lleva a cabo por indicación del terapeuta del centro ambulatorio donde el paciente ha iniciado tratamiento. Estos centros residenciales aportan un entorno controlado en aquellas situaciones en las que es conveniente separar al paciente de su entorno habitual, pudiendo permanecer en ellos hasta un máximo de nueve meses (Arenas, del Valle, López, Martín & Tirado, 2003).

Para formar parte del estudio se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- (i) Haber sido diagnosticados de al menos un diagnóstico de dependencia a sustancias, según criterios DSM-IV-TR;
- (ii) estar en tratamiento por trastorno por consumo de cocaína, heroína, cannabis o alcohol como sustancia motivadora de la admisión a tratamiento;

- (iii) aceptar la participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado y
- (iv) ser capaz de leer adecuadamente en castellano.

Como criterios de exclusión se establecieron los siguientes:

- (i) ser menor de edad;
- (ii) presentar trastornos mentales que impidiesen la ejecución de las pruebas incluidas en el estudio;
- (iii) presentar algún problema de visión que impidiera la ejecución de las pruebas mediante ordenador; y
- (iv) no aceptar la firma del consentimiento informado.

Para la obtención de la muestra, inicialmente los coordinadores provinciales elaboraron un censo con los pacientes de los centros seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión anteriores. Todos los pacientes incluidos en el censo fueron invitados a participar en el estudio. Los pacientes que no participaron en el estudio se debieron a que no acudieron a sus citas terapéuticas y no se pudo contactar con ellos (21.3%), o bien no quisieron participar en la investigación (9.5%).

El 86,4% de la muestra estaba formada por hombres y el 13,6% por mujeres. La edad media de los participantes fue de 39,8 años ($DT = 10,7$). Respecto al estado civil, más de la mitad de los participantes (61,6%) informó de estar soltero, el 22,8% separados o divorciados y el 12,8% casados. En lo que respecta al nivel educativo de los participantes, la mayoría (54,9%) manifestó que el máximo nivel de estudios alcanzado fue la educación primaria. El 23,4% informó haber

finalizado educación secundaria, mientras que el 18,8% informó no haber completado ningún tipo de estudios. Los participantes fueron también preguntados acerca de su situación laboral. Más de la mitad (67,1%) se encontraban en situación de desempleo en el momento de la evaluación, mientras que el 8,4% indicó que se encontraba trabajando.

El 42% de la muestra recibe tratamiento por consumo de alcohol, el 44.7% por consumo de cannabis, el 45.3% por consumo de cocaína y el 23.6% por consumo de heroína. El 55% de la muestra recibe tratamiento por más de una sustancia psicoactiva. Las prevalencias de trastornos del Eje 1 reflejan que el 53.4% de los pacientes presentan trastornos del estado del ánimo, un 67.7% trastorno de ansiedad, un 28% trastorno psicótico, 2.5% trastorno de la alimentación, y un 21.7% trastorno antisocial.

2.2.3. INSTRUMENTOS

A continuación, se detallan los instrumentos utilizados en esta investigación. En primer lugar, se administró el *Personality Inventory for DSM-5*. Se administró la versión de 100 ítem (Maples et al., 2015). En este instrumento se incluyen las 25 facetas y establecidas en el DSM-5. Cada faceta es evaluada con 4 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, con puntuaciones comprendidas entre 0-3 (de “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”). Los ítems traducidos al castellano se extrajeron de la adaptación de Gutiérrez et al. (2015). La puntuación en cada faceta se obtiene a través de la puntuación media de los ítems que la conforman. Mayores puntuaciones son indicativas de una mayor presencia de la faceta evaluada. Siguiendo las instrucciones del PID-5, las puntuaciones de los dominios se obtuvieron calculando el promedio de las tres facetas establecidas en el instrumento. La descripción del instrumento está recogida en el Capítulo 1. La versión completa en castellano del PID-5SF se puede consultar en el Anexo 1.

Para evaluar la capacidad funcional se utilizó el *World Health Organization Functional impairment Assessment Schedule* (WHODAS 2.0; Üstün, 2000), que mide la salud y la discapacidad de manera estandarizada en cualquier contexto cultural. Su desarrollo parte del International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); de la propia OMS (Üstün, Kostanjeseck, Chatterji & Rehm, 2010); por lo que es uno de los instrumentos más utilizados en todo mundo en encuestas de población para evaluar la funcionalidad y discapacidad de la población general de muchos países, y también es ampliamente utilizada en el ámbito de la salud mental. Además, el DSM-5 ha incorporado la versión de 36 ítems como medida de discapacidad causada por los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013). Esta escala ha sido adaptada al castellano y sus propiedades psicométricas han sido contrastadas en diversos grupos poblacionales, incluyendo pacientes con trastornos psiquiátricos (McKibbin, Patterson & Jeste, 2004).

La WHODAS 2.0 evalúa la severidad y duración de la discapacidad que se deriva del estado de salud de las personas. Además, aporta información del impacto que ocasiona a la persona, su familia y la sociedad. Se compone de 4 sesiones: hoja inicial, datos demográficos y generales, preámbulo y revisión de áreas. La hoja de inicio se realiza antes de la presencia del entrevistado y consta de 6 ítems (F1-F6) donde debe de aparecer la identificación del entrevistador y tipología del entrevistado. En la sección de datos demográficos, además de estos aparecen también los datos sociolaborales. En el preámbulo se le explica al usuario el objetivo de la entrevista, así como la interpretación de las dos tarjetas que tendrá presente y le ayudarán a responder adecuadamente.

Este instrumento evalúa la capacidad funcional a través de 36 ítems que comprenden los siguientes 6 dominios: comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su entorno,

cuidado personal, relacionarse con otras personas, actividades de la vida cotidiana y participación en la sociedad. Todos los ítems se evalúan con una escala que va del 1 al 5 al puntuar la dificultad, siendo 1 ninguna dificultad y 5 dificultad extrema o no puedo hacerlo. Hay que tener en cuenta, y ello se resalta, que estas dificultades se evalúan con respecto a los últimos 30 días, y que cada ítem se puede codificar según los nº de días en los que se manifiesta la dificultad. Al final de cada dominio se realizan preguntas exploratorias cuando se contestan dificultades en los ítems evaluados.

Las puntuaciones de los dominios se pueden realizar de dos maneras. Un primer método que se considera “simple”, en la que se suman las puntuaciones de cada ítem (del 1 al 5 según nivel de dificultad), y que en el DSM 5 se recomienda “el cálculo y el uso del promedio de las puntuaciones para cada dominio y para la discapacidad general”. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada una de las dimensiones en una escala de 0-100. El método complejo se basa en la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), que pondera de manera diferente los ítems y los niveles de gravedad. Las puntuaciones de la WHODAS se transforman en una escala ordinal para la medida de discapacidad funcional (WHO, 2001): sin funcional impairment (0%-4%), leve (5%-24%), moderada (25%-49%), severa (50%-95%), y extrema (96%-100%). En el DSM-5 esta escala está propuesta como instrumento para evaluar los niveles de funcional discapacidad funcional global de los trastornos mentales (APA, 2014).

La *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI: Sheehan et al., 1998) fue utilizada para estandarizar los diagnósticos. La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada ampliamente utilizada en el ámbito de la psiquiatría, que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y de la CIE 10. En este estudio se utilizó la versión española

que evalúa según criterios diagnósticos del DSM-IV adaptada por Ferrando, Bobes, Gibert, Soto y Soto (2000). También es tomada en cuenta en el DSM 5. Cada categoría diagnóstica es evaluada a través de un módulo. Se comienza con unas preguntas filtro basadas en los criterios diagnósticos principales de las nosotaxias anteriores. Si la respuesta es negativa el instrumento te lleva a otro módulo, y si es positiva profundiza para canalizar un diagnóstico concreto dentro de esa categoría, al llevarte a las casillas determinadas para esto. La MINI es una entrevista que, de manera general, se considera breve pues el tiempo aproximado de administración se sitúa alrededor de los 20 minutos cuando el entrevistador es experimentado. Estudios previos han mostrado su utilidad para detectar la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos (Papan-Thaipisuttikul, Waleepakhon, Wisajun, Jullagate, 2014).

El diagnóstico de TUS era realizado por el equipo terapéutico de los centros de tratamiento, siguiendo los criterios establecidos en la clasificación diagnóstica del DSM-IV. Este diagnóstico era posteriormente contrastado en la entrevista con los pacientes, donde se administraba la versión española de la *Substance Dependence Severity Scale* (Vélez et al., 2015). En caso de diferencias entre el diagnóstico aportado por el clínico y la información obtenida por los pacientes (<5%), el diagnóstico del paciente era analizado individualmente entre el equipo de investigación y el responsable clínico.

La versión inicial permitía diagnosticar y evaluar la dependencia, el abuso, la abstinencia y la gravedad del uso de sustancias según criterios DSM IV y CIE 10. Dicho instrumento ha sido adaptado al español por investigadores integrados también en el proyecto de investigación en el que se enmarca esta tesis doctoral (Vélez-Moreno et al, 2013; 2015). Una de las características de interés de este instrumento es que utiliza como marco temporal de evaluación el estado del paciente

actual (en los últimos 30 días), a diferencia de la mayoría de escalas. Este hecho permite realizar un seguimiento evolutivo que nos ayuda a evaluar el resultado del tratamiento y los cambios en la mejoría o gravedad del trastorno. Es por ello que se considera que esta escala es un instrumento apropiado para evaluar el impacto de las intervenciones clínicas y psicosociales en las personas con trastornos por consumo de sustancias.

La escala está organizada en 2 secciones: a) cribado de los posibles tipos y patrones de consumo de los últimos 30 días, de su frecuencia y cantidad; y, b) una segunda parte de evaluación de la gravedad del consumo, que consta de ítems que evalúan síntomas y conductas derivadas de la dependencia y del abuso de las distintas sustancias conforme a los criterios diagnósticos del DSM-IV y del DSM-5.

Las sustancias cribadas y evaluadas son: alcohol, cocaína, heroína, cannabis, alucinógenos, sedantes, estimulantes, analgésicos, metadona y otras drogas (A, B). En el caso de sedantes, estimulantes, analgésicos y metadona se especifica que se trata del consumo no prescrito facultativamente, o que se utilizan a dosis mayores a las prescritas. En la evaluación de la gravedad se utiliza una escala de frecuencia, que el paciente debe tener como referencia, en relación a la experiencia de los últimos 30 días en concreto que se esté evaluando. Asimismo, la evaluación de la gravedad de los criterios diagnósticos se realiza con 17 ítems, de los que 11 son utilizados en la operacionalización de los criterios de dependencia a sustancias del DSM IV, 4 ítems corresponden a los criterios de abuso de sustancia del DSM IV, y 2 ítems que se han añadido en la versión española para la evaluación del craving incorporado como criterio diagnóstico del DSM-5.

Finalmente, para recabar información sobre variables sociodemográficas y sobre variables relacionadas con el tratamiento, se elaboró un cuestionario ad hoc con nueve ítems. En relación a las variables sociodemográficas se incluyeron cinco ítems. Se registró el sexo y la edad de los participantes. Del mismo modo se registró su estado civil, estableciéndose cuatro opciones de respuesta (i) soltero/a, (ii) casado/a, (iii) separado/a y/o divorciado y (iv) viudo/a. En cuanto al nivel de estudios, los sujetos debían indicar el máximo nivel de estudios finalizado. Las opciones de respuesta fueron: (i) sin estudios, (ii) educación primaria, (iii) educación secundaria, (iv) bachillerato y (v) estudios universitarios. Por último, se registró la situación laboral de los participantes. Las opciones de respuesta establecidas fueron: (i) desempleado, (ii) trabajando, (iii) jubilado y (iv) pensión por incapacidad.

En relación a las variables relacionadas con el tratamiento se incluyeron cuatro ítems. Se registró la sustancia (cocaína, alcohol, cannabis y/o heroína) motivadora de la admisión a tratamiento. También se anotó si ésta era la primera vez que el paciente acudía a tratamiento por esta sustancia o si ya había formado parte de un proceso terapéutico anterior. En aquellos casos en los que el paciente hubiese formado parte de un proceso terapéutico anterior, al finalizar la entrevista se consultó con su terapeuta el año de finalización del mismo y el tiempo de duración en meses.

2.2.4. PROCEDIMIENTO

Los psicólogos de cada uno de los centros seleccionados informaron a los pacientes de los objetivos del estudio y de la posibilidad de participar en él. Además, estos profesionales informaban a los pacientes sobre el carácter voluntario de su participación, la cual era externa a su proceso terapéutico. En caso de que el paciente aceptase participar, se programaba una cita para realizar la evaluación en el mismo centro donde éste se encontraba recibiendo tratamiento.

Una psicóloga, con experiencia en evaluación de pacientes y con entrenamiento previo en las pruebas utilizadas en esta investigación, administró las tareas. Cada uno de los centros que colaboraron en el estudio, habilitó un despacho para realizar la evaluación de forma individual. Antes de comenzar la misma, la psicóloga explicaba nuevamente al paciente el objetivo de la investigación y le informaba de la necesidad de firmar el consentimiento informado. Además, se cercioraba de que el paciente cumplía con los criterios de inclusión fijados. Una vez que el paciente leía y firmaba el consentimiento comenzaba la evaluación.

2.2.5. ANÁLISIS DE DATOS

A continuación, se detalla el análisis de datos realizado en cada uno de los estudios incluidos en esta investigación. Para ello, en primer se abordan nuevamente tanto el objetivo general como los objetivos específicos y los estudios realizados para cada uno de ellos. El análisis de clases latentes se realizó con el software Latent Gold 4.0, las regresiones logísticas con STATA versión 14, el análisis factorial confirmatorio con EQS 2.0 y los análisis restantes se realizaron con el software SPSS 22.0

En primer lugar, previo a los análisis de comprobación de hipótesis y objetivos, se han aplicado estadísticos univariados y bivariados para la descripción de la muestra. También se han aplicado los análisis de normalidad univariada y multivariada.

En relación al **primer objetivo específico**, que persigue aportar evidencias psicométricas de la adaptación al castellano del PID-5 SF se realizaron los siguientes análisis estadísticos. La fiabilidad se calculó mediante dos procedimientos: test retest y consistencia interna. El procedimiento test-retest ha sido estudiado en una submuestra de 65 pacientes, aplicando el coeficiente de correlación de Pearson. Las diferencias entre las dos medidas se analizaron usando el estadístico d de Cohen. La consistencia interna se estimó utilizando el coeficiente alfa de Cronbach. También se calcularon las correlaciones medias entre ítems y las correlaciones medias entre ítems-escala.

La evidencia de validez basada en la estructura interna ha sido analizada aplicando el Análisis Factorial Confirmatorio (CFA). Un examen preliminar de los datos reveló una no normalidad multivariada (coeficiente de Mardia = 17.14; $p < .001$). En consecuencia, se utilizó el estimador de máxima verosimilitud con errores estándar robustos para realizar los análisis factoriales. Se contrastaron tres modelos: modelo 1) cinco factores correlacionados; modelo 2) dos factores de segundo orden (externalizante e internalizante), con un factor general “personality pathology”; modelo 3) dos factores de segundo orden (externalizante e internalizante, con el dominio de psychoticism correlacionado con estos dos factores). Utilizamos varias medidas para identificar el ajuste del modelo, incluido el estadístico de bondad de ajuste χ^2 , el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), el índice de ajuste comparativo (CFI) de Bentler (1990) y el índice de ajuste no normalizado (NNFI). Siguiendo las sugerencias de Hu y Bentler (1999), los

valores de CFI y NNFI $\geq .95$ y los valores de RMSEA cercanos a .06 se consideraron indicativos de un buen ajuste del modelo.

Para comparar la estructura factorial del PID-5-SF español con el PID-5 original y el PID-5-SF original, se estimaron los coeficientes de congruencia (Lorenzo-Seva y Ten Berge, 2006) con las cargas factoriales obtenidas en el estudio de Krueger y col. (2012) y Maples et al. (2015). El análisis factorial exploratorio se realizó utilizando el método de eje principal con rotación equamax, que fue el mismo análisis que el utilizado por Maples et al. (2015).

La evidencia de validez basada en la relación con otras variables se obtuvo calculando las correlaciones entre las subescalas de WHODAS 2.0 y las facetas de PID-5-SF.

En relación al **segundo objetivo específico** de este trabajo, establecer los puntos de corte funcionales para el diagnóstico de los TP utilizando la información obtenida con la WHODAS 2.0 y discutir su congruencia con puntos de corte normativos, se realizaron los siguientes análisis.

Para determinar los puntos de corte para las facetas según criterio, normativo se calcularon las puntuaciones T usando las puntuaciones normativas recogidos en el trabajo de Gutiérrez et al., (2015). Se consideró que una puntuación $T > 65$ sería indicativa de una elevación clínicamente significativa, siendo este criterio consistente con las prácticas interpretativas empleadas por otras medidas estandarizadas.

Para estimar el punto de corte con criterio funcional, en primer lugar, se clasificó a los sujetos en base a su puntuación total en la escala WHODAS 2.0. Las correlaciones entre las escalas y la puntuación total del WHODAS 2.0 mostraron valores entre .71 y .85. Por tanto, queda justificado el uso de la puntuación total como evaluación general de la discapacidad funcional. De acuerdo con el OMS (Ustun et al., 2010), una puntuación > 25 es indicativa de discapacidad

moderada a discapacidad extrema, usando por tanto dicho umbral para la clasificación de sujetos. Una vez clasificados los sujetos con discapacidad, se estimó a través de análisis de curvas COR los puntos de corte para cada una de las facetas con el mejor balance entre sensibilidad y especificidad para cada faceta, con una especificidad mínima de .70.

Los valores encontrados en una y otra aproximación se usaron para los diagnósticos de TP basados en los algoritmos planteados en la Sección III del DSM-5 (APA, 2014). El acuerdo entre criterios para el diagnóstico de discapacidad funcional se estimó mediante las medias del coeficiente Kappa (Cohen, 1960). Se realizó el test/prueba de McNemar para probar si las prevalencias de los TP son significativamente diferentes bajo las dos estrategias de puntos de corte.

En relación al **tercer objetivo específico**, analizar que facetas estarían asociadas a los distintos perfiles de consumo en un grupo de pacientes diagnosticados con TUS, se realizaron los siguientes análisis.

En primer lugar, se aplicó un análisis de clases latentes (LCA) para establecer los perfiles de los pacientes de acuerdo a su TUS. Para ello se utilizaron los diagnósticos para las siguientes sustancias: alcohol, cannabis, cocaína y heroína. La determinación del número óptimo de clases latentes se evaluó a través del ajuste de cada uno de los modelos (de 2 a 5 clases). Las soluciones de 2 y 3 cluster mostraron un ajuste inapropiado ($p < .05$). De entre los otros dos modelos, se utilizó el criterio Bayesian Information Criterion (BIC) y Akaike Information Criteria (AIC), mostrando la solución de 4 clases un menor valor de BIC y AIC. Se conservó la asignación de pertenencia a cada cluster para aquellos pacientes con una probabilidad de pertenencia mínima a uno de los cluster igual o mayor de .70, dejando fuera este criterio a 36 pacientes (12.08%). Para esta solución, la probabilidad media de pertenencia a cada una de las clases osciló entre .799 y

.987. El análisis de validación cruzada con un 60% de la muestra mostró porcentajes de acuerdo de clasificación de los pacientes en el mismo cluster del 80% para el primer cluster y del 100% para el resto.

El cluster 1 está compuesto por un 33.3% de la muestra con una alta probabilidad condicional de tener trastorno por consumo de cocaína (probabilidad condicional = .996), así como al cannabis (probabilidad condicional = .944) y en menor medida al alcohol (probabilidad condicional = .624) y heroína (probabilidad condicional .298). El cluster 2 está formado por el 34.4% de la muestra, y está compuesto por pacientes con una alta probabilidad de presentar trastorno por consumo de cocaína (probabilidad condicional = .915) así como una alta probabilidad a heroína (probabilidad condicional = .590). En el caso del cluster 3 (19.9% de la muestra), este está integrado por pacientes con trastorno por consumo de alcohol exclusivamente (probabilidad condicional = .987); y, finalmente, el cluster 4 (14.5% de la muestra) está integrado por pacientes con trastorno por consumo de cannabis exclusivamente (probabilidad condicional = .984).

Para contrastar si las puntuaciones de las facetas son estadísticamente diferentes de las puntuaciones normativas se utilizaron las puntuaciones de muestra comunitaria publicadas en Gutiérrez et al. (2017). Estos contrastes fueron realizados a través de contrastes de una media. Las diferencias entre las clases latentes en las puntuaciones de las facetas y dominios fueron analizadas aplicando ANOVAS. Para determinar qué facetas y dominios muestran mayor capacidad explicativa de la pertenencia a cada cluster, se realizaron análisis de regresión logística, controlando para las variables de género y edad.

2.2.6. ESTÁNDARES ÉTICOS

Esta tesis doctoral implica investigación con humanos, puesto que incluye la recogida de datos en el ámbito de la salud mental. Se recoge información de carácter psicológico a través de cuestionarios y entrevistas. A este respecto, el equipo de investigación ha elaborado modelos de consentimiento informado, así como hoja de información al paciente conforme a los estándares del comité de ética del sistema sanitario público de Andalucía. A cada uno de los participantes en el proyecto, se informó sobre la grabación anonimizada de los datos en una base de datos. Además, tal y como se ha indicado en el procedimiento, todos los participantes recibieron una hoja informativa sobre los objetivos del estudio y firmaron un consentimiento informado por escrito. Se estableció un código para cada paciente, de tal forma que no consta en ningún lugar datos que permita la identificación de los pacientes.

Tanto la custodia de las entrevistas como la base de datos estarán sujetas a la normativa que establece las garantías de la normativa sobre la confidencialidad de los datos de carácter personal (Real Decreto-ley 5/2018 de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos). El estudio se enmarca dentro de las declaraciones internacionales éticas de Helsinki- Fortaleza (Brasil, 2013), las recomendaciones de la OMS y el código deontológico y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

No se prevén potenciales efectos indeseables y se informará al paciente que la participación es totalmente ajena a su proceso terapéutico. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad de Huelva.

2.27. FINANCIACIÓN

El presente trabajo estuvo financiado mediante un Proyecto de investigación concedido por la Fundación Progreso y Salud: “Análisis de la intervención de los pacientes con patología dual: Estudio longitudinal sobre los factores que intervienen en la estabilidad psicopatológica y la calidad de vida” Referencia (PI-0287-2014)”.

Parte de los resultados expuestos en la presente tesis también han sido financiados por el proyecto titulado “Estudio longitudinal del efecto del tratamiento sobre la recuperación de las funciones ejecutivas en pacientes con dependencia a cocaína y alcohol: implicaciones sobre los resultados terapéuticos”, Código: Q7150008F, financiado por el Plan Nacional sobre Drogas.

CAPÍTULO 3.

ESTUDIO DE LAS PROPIEDADES
PSICOMÉTRICAS DE LA
ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DEL
PID-5 SF

3.1. PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-5 SHORT FORM (PID-5-SF): RELIABILITY, FACTORIAL STRUCTURE AND RELATIONSHIP WITH FUNCTIONAL IMPAIRMENT IN DUAL DIAGNOSIS PATIENTS.

3.1.1. INTRODUCTION

In recent decades, various aspects of the diagnostic model of personality disorders included in the DSM-IV-TR have sparked controversy. High rates of comorbidity, the heterogeneity observed among patients with the same diagnosis, and poor grounding of the cut-off points for differential diagnosis have raised question about the adequacy of the current nosological system (Skodol, 2012; Widiger & Samuel, 2005; Widiger & Trull, 2007). There has also been criticism of the overuse of the "personality disorder not otherwise specified" category, which indicates the inadequate coverage of different personality disorders (Verheul & Widiger, 2004). Among the shortcomings of this system is diagnosis based on the notion that there exists some number of categorically-defined personality types (Morey, Benson, Busch and Skodol, 2015). To the contrary, however, available evidence suggests that personality traits vary along a continuum from normal to pathological (Markon, Krueger & Watson, 2005).

These observations are promoting a paradigm shift toward a dimensional definition of personality characteristics, which is captured by Section III of the DSM-5 (APA, 2014). In this section, the diagnosis of personality disorders focuses on two key elements: the assessment of functional impairment of personality (Criterion A) and the identification of pathological personality traits (Criterion B). This dimensional approach

involves assessing degree of maladaptive functioning in 25 personality facets configured in five domains (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012; Krueger & Markon, 2014).

To implement application of this dimensional personality model in clinical research and practice, the working group that drafted the DSM-5 proposal developed as an assessment instrument the 220-item Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012). To select the items for this instrument, data sets of possible items were collected from three community samples. The most informative items (as defined by the psychometric framework of Item Response Theory) with the largest factorial loading on the facets for which they had been written were selected. To date, the original instrument has been adapted for Spanish (Gutiérrez et al., 2017), German (Zimmermann et al., 2014), Dutch (Bastiaens et al., 2016), Danish (Bo, Bach, Mortensen & Simonsen, 2015), Italian (Fossati et al., 2013), Czech (Riegel et al., 2017) and French speaking populations (Combaluzier, Gouvernet, Menant & Rezrazi, 2016; Roskam et al., 2015).

Systematic review of the PID-5 led Al-Dajani, Gralnick & Bagby (2015) to conclude that this instrument shows generally adequate psychometric properties with respect to its internal consistency and reliability. With respect to its internal consistency, Cronbach's *alpha* values have been found to exceed .70 in most facets and domains (Anderson et al., 2015; De Fruyt et al., 2013; Fossati et al., 2013; Gore & Widiger, 2013; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock, & Bagby, 2013; Samuel, Hopwood, Krueger, Thomas, & Ruggero, 2013; Thimm, Jordan, & Bach, 2016a; Thomas et al., 2013; Watson, Stasik, Ro, & Clark, 2013; Wright et al., 2012; Zimmerman et al., 2014). Test-retest reliability was reported as values exceeding .90 for the domains in an unpublished study by Dhillon & Bagby (2015) of 66 students. A recent study by Riegel et al. (2017) using

the Czech version of the PID-5 reported retest correlations of .74 - .84 for the five domains in a sample of 33 patients. However, neither of these latter two studies explored the test-retest reliability of the 25 facets.

Regarding the structure of the PID-5, exploratory factor analyses have for the most part identified five factors (Anderson et al., 2013; Krueger et al., 2012; Griffin & Samuel, 2014; Quilty et al., 2013; Thomas, 2012; Wright et al., 2012; Wright & Simms, 2014). These findings point to a connection between the personality model proposed in the DSM-5 and the 5-factor personality model. This factor structure was confirmed in confirmatory factor analyses reported by Fossati et al. (2013), Gore & Widiger (2013), and Bach, Sellbom & Simonsen (2017), in which each facet appeared linked to its appropriate domain, with medium to high correlations between domains.

In addition, several studies have explored the hierarchical structure of personality traits using PID-5 scales. A study by Wright et al. (2012) found a hierarchical structure with a primary factor considered to represent personality pathology and from which emerged internalizing and externalizing factors. The internalizing factor encompassed the Negative Affect and Detachment domains of the PID-5; the internalizing factor encompassed the Antagonism and Disinhibition domains; and the PID-5 Psychoticism domain merged separately. Gutiérrez et al. (2017) and Thimm, Jordan, and Bach (2016a) obtained similar results using the same method of analysis. Similar structures have been observed in other studies with other assessment instruments or analytical techniques (Bagby et al., 2014; De Clercq et al., 2014; Wright & Simms, 2014). This hierarchical structure, which has been widely examined in studies of mental disorders, can provide a useful framework for understand comorbidity (Krueger & Markon, 2014; Krueger, McGue, & Iacono, 2001).

With respect to the validity of the PID-5 in relation to other variables (AERA, APA, NCME, 2014), several studies have shown correlations of PID-5 scores with scores obtained with personality measures based on the 5-factor model (Gore & Widiger, 2013; Griffin & Samuel, 2014; Few et al., 2013; Quilty et al., 2013; Thomas et al., 2013; Zimmerman et al., 2014) and with other instruments that assess personality disorder according to the DSM-IV classification (Few et al., 2013; Fossati et al., 2013; Hopwood et al., 2013; Wright et al., 2015). However, few studies have examined relationships between the PID-5 scores and functional outcomes. From a clinical perspective, these PID-5 variables can provide useful information about a patient's mental state and guide patient intervention (Al-Dajani et al, 2015; Hopwood & Sellbom, 2013). In this regard, PID-5 findings confirm that patients with borderline personality disorder are likely to experience marked functional impairment, particularly in the social domain (Javaras, Zanarini, Hudson, Greensfield, & Gunderson, 2017). A study by Wright et al. (2012) with 2,916 undergraduate students suggests that facets included in the Antagonism domain correlate highly with interpersonal impairment. Findings by Keeley et al. (2014), using WHODAS 2.0 with a sample of 989 college students and 91 patients recruited in mental illness services, suggest that dimensions related to interpersonal impairment are more likely to correlate with facets of the PID-5 when compared with the mobility and self-care subscales. However, these authors suggest that extreme scores in the facets are linked with functional impairment in other areas as well.

Although these results speak to the psychometric soundness of the PID-5, it is important to note certain limitations of this measure and possible ways of improving it. The main limitation of the available PID-5 data is the restriction of studies mainly to student and community samples (Anderson et al., 2013; Ashton et al., 2012; Bagby et al, 2014; De Fruyt et al., 2013; Dhillon & Bagby, 2015; Griffin & Samuel, 2014; Gore &

Widiger, 2013; Hopwood et al., 2012; Samuel et al., 2013; Sellbom et al., 2013; Suzuki et al., 2015; Wright et al., 2012). Although using nonpatient samples in research on clinical assessment measures can provide valuable information, such restricted samples do not include participants who would be likely to show the upper levels of scores on facets of personality disorder (Al-Dajani, Gralnick, & Bagby, 2015).

Another limitation of the PID-5 is the time required to administer it. The 220-word length of the instrument can prove problematic in certain clinical or research evaluations settings in which numerous other measures must be administered as well (Mullins-Stewatt & Widiger, 2009). The PID-5 Brief Form was developed concurrently with the original version by extracting key items from of each of the five domains (APA, 2013; unpublished data, available from Krueger et al., 2012). The few studies published thus far with the resulting 25-item version of the PID-5 show reliability, internal structure, and validity comparable to the findings of the original version (Anderson, Sellbom, & Salkin, 2016; Combaluzier, et al., 2016; Fossati et al., 2017). However, the items that comprise this brief version do not adequately represent the content of the 25 PID-5 facets. Specifically, the facets of restricted affectivity, rigid perfectionism, submissiveness, and suspiciousness are not represented, whereas the facets of withdrawal, impulsivity, eccentricity, and perceptual dysregulation are represented by two items each. This skewed representation would imply that the customary interpretation of this instrument should be based on the domains and not the facets.

Another short form version with 100 items, the PID-5-SF, has recently been published by Maples et al. (2015). This version was developed by applying Item Response Theory to the full-length 220-item version of the PID-5. The PID-5-SF consists of four items for each of the 25 facets, selected on the basis of their relatively high parameters of discrimination and test information. This 100-item version of the PID-5 has shown

psychometric properties similar to those of the 220-item version (Bach, Maples, Bo, & Simonsen, 2016; Thimm, Jordan, & Bach 2016b). Considering its characteristics and administration time, it would appear to be the most efficient version of the PID-5. Beyond the studies cited, no others using this PID-5-SF version have been found.

In view of the psychometric studies conducted with the PID-5 and the need for additional psychometric information for the 100-item short form, the plan for the present study was to assess a sample of patients with dual diagnosis in order to (a) estimate the reliability of the PID-5-SF, as determined by the internal consistency and stability of its scores; (b) apply confirmatory models to provide evidence of both the internal and hierarchical structure of the 5-factor model; and (c) examine the validity of the PID-5-SF by analysing its relationship with measures of functional impairment.

3.1.2. METHOD

PARTICIPANTS

The sample consisted of 282 dual diagnosis patients in treatment, recruited from eight outpatient drug treatment centers (85 patients), two therapeutic communities (50 patients), and five community mental health centers (78 patients) in the Spanish province of Huelva. All participants had been diagnosed by clinicians as dual diagnosis patients. The Mini International Neuropsychiatric Interview was used to standardize these diagnoses. The participant data were collected between November 2015 and June 2017. During this period, 19 patients who met the criteria to participate in the study declined to do so.

Men constituted 86.4% of the sample, which had a mean age of 39.8 years ($SD = 10.76$). With respect to their level of education, 18.8% of the participants had not

completed basic education, 54.9% had reached primary education, 23.4% had reached secondary education, and 2.9% of the participants had reached higher education. With respect to employment, 8.4% of participants were working at the time of their interview. Regarding their condition, 45.1% of the sample were being treated for alcohol abuse, 44.5% for cannabis abuse, 64.2% for cocaine abuse, and 25.7% for heroin abuse. A substantial portion of the sample (66.4%) of the sample was being treated for use of more than one psychoactive substance. As for the co-occurring disorders, 54.6% of the participating patients had mood disorders, 64.2% had an anxiety disorder, 28.7% had a psychotic disorder, 2.5% had an eating disorder, and 22.3% were diagnosed with antisocial personality disorder.

MEASURES

Personality Inventory for DSM-5 Short Form. The 100-item version of the PID-5 was administered to all participants. This measure assesses all the 25 facets identified in the DSM-5. Each facet was assessed with four items using a Likert response format, with scores ranging from 0 (“Very false or often false”) to 3 (“Very true or often true”). The adaptation developed by Gutiérrez et al. (2017) was used for translating the items into Spanish. The score for each facet was calculated by averaging the scores obtained on the four items related to that facet. Hence the higher these average scores, the greater the presence of the facet to which they relate. In keeping with the PID-5 instructions, scores for the domains were then calculated by averaging the scores obtained for the facets.

In order to check concordance between PID-5 and PID-5-SF scores, a Reduction in Uncertainty (RiU) index was computed. This index provides information about the statistical certainty of an observed relationship between a predictor variable and a dependent variable. According to Dorans and Walker (2007), $RiU = 1 - \sqrt{1-r^2}$, where r is the correlation coefficient between both test scores. When $r = 0$, there is a 0% reduction;

when $r = 1$, there is 100% reduction. It is reasonable to expect that at least 50% of uncertainty reduction in one score has resulted from the other score. Correlation coefficients between the PID-5 and the PID-5-SF ranged from .85 (perceptual dysregulation) to .99 (submissiveness). The RiU index between both versions ranged between 52.68% and 95.52%, except for risk taking and perceptual dysregulation, which showed coefficients of 48.46% and 46.52%, respectively.

World Health Organization Functional Impairment Assessment Schedule (WHODAS 2.0; Üstün & Chatterji, 2010). WHODAS 2.0 is a 36-item instrument for assessing functional impairment in the following areas: understanding and communicating, getting around, self-care, getting along with people, life activities, and participation in society. The total WHODAS 2.0 score is calculated by adding the scores for each area on a scale of 0-100. This scale was adapted for the Spanish-speaking population, and its psychometric properties have been examined in various population groups, including patients with psychiatric disorders (Federici, Meloni, & Presti, 2009). The total WHODAS 2.0 score is then transformed into an ordinal scale for measuring five degrees of functional impairment (WHO, 2001): little or no functional impairment (0% - 4%), mild impairment (5% - 24%), moderate impairment (25% - 49%), severe impairment (50% - 95%) and extreme impairment (96% - 100%). In the DSM-5, this scale is endorsed as a useful measure of disability associated mental disorders (APA, 2014).

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI: Sheehan et al., 1998). This interview is recommended by the Substance Abuse and Mental Health Service Administration (US) as an instrument of screening for people with substance abuse

problems and comorbid psychiatric disorders in order to combine medical and psychiatric assessment (SAMHSA, 2005). The present study employed the Spanish version of the MINI (Ferrando, Bobes, Gibert, Soto & Soto, 2000), which assesses Axis I psychiatric disorders according to DSM-IV criteria.

PROCEDURE

The measures were administered by a psychologist with experience in patient assessment between 15 and 20 days after the beginning of the patient's treatment. The psychologist had previously received specific training in how to administer these tests. The interviews were conducted at the centers where the patients were being treated. At the beginning of the interview, the patients were informed by the psychologist about the nature and objectives of the research being conducted and told them that the study findings would not be included in their treatment process, that the information collected would not be part of their medical record unless authorized them, that their participation was voluntary, and, if they wanted to participate, they would have to read and sign an informed consent form. Once the patient had signed, the interview was begun.

This study was approved by the ethics committee of the University of Huelva and the hospital to which the Mental Health Units belonged.

ANALYSIS

Univariate and bivariate statistics were applied for the description of the sample. Reliability was calculated using two procedures: test-retest and internal consistency. Internal consistency was estimated using Cronbach's *alpha* coefficient. Mean inter-item correlations and item-scale correlations were also computed. The test-retest procedure

was carried out in a sub-sample of 65 patients, applying the Pearson correlation coefficient to the scores obtained with a two-week interval. Differences in scores between two measures were analysed using Cohen's *d*.

Evidence of validity based on internal structure was analyzed with a confirmatory factor analysis (CFA). A preliminary examination of the data identified multivariate non-normality (Mardia's coefficient = 17.14; $p < .001$). Accordingly, the maximum likelihood estimator with robust standard errors was used to conduct the factor analyses. Three models were compared: Model 1 with five correlated factors; Model 2 with two second-order factors (externalizing and internalizing) and an overall higher order personality pathology factor; and Model 3 with two correlated second-order factors (externalizing and internalizing) and the Psychoticism domain correlated with these two factors. Several measures were used to identify model fit, including the χ^2 goodness-of-fit statistic, the root mean square error of approximation (RMSEA), and Bentler's (1990) comparative fit index (CFI) and non-normed fit index (NNFI). Following Hu and Bentler's (1999) suggestions, CFI and NNFI values $\geq .95$ and RMSEA values close to .06 were considered indicators of good model fit.

In order to compare the factor structure of the Spanish PID-5-SF with the original PID-5 and original PID-5-SF, congruency coefficients (Lorenzo-Seva & Ten Berge, 2006) with the factor loadings obtained in the study by Krueger et al. (2012) and Maples et al. (2015) were computed. Exploratory factor analysis was conducted using principal axis factoring with equamax rotation, which was the same analysis as that used by Maples et al. (2015).

Validity evidence based on the relationship with functional outcomes was obtained by computing the correlations between the subscales of WHODAS 2.0 and the facets of PID-5-SF.

3.1.3. RESULTS

ANALYSIS OF ITEMS AND RELIABILITY OF THE PID-5-SF

Table 3.1 shows the descriptive statistics for the 25 facets, their discrimination index, and the internal consistency of the test. Cronbach's *alpha* coefficients of the facets range from $\alpha = .59$ (irresponsibility) to $\alpha = .89$ (intimacy avoidance), with a mean value of $\alpha = .73$. Of the 25 facets, reliability values of less than $\alpha = .65$ were observed in the scales of callousness, grandiosity, suspiciousness, and unusual beliefs and experiences. For the domains, the values ranged from $\alpha = .80$ (Psychoticism) to $\alpha = .88$ (Antagonism), with a mean value of $\alpha = .84$. The mean item-scale correlation values were $> .30$ for all the facets, from $r = .38$ (unusual beliefs & experiences and grandiosity) to $r = .76$ (intimacy avoidance). The inter-item correlations were $> .30$ for all facets except for grandiosity ($r = .29$), irresponsibility ($r = .25$) and suspiciousness ($r = .29$).

The test-retest reliability results are presented in Table 3.2, including descriptive summaries of the subsample ($n = 65$) on both occasions of their assessment and effect sizes. Cohen's *d* values were < 0.30 on 20 facets, which can be interpreted as small according to standard rule-of-thumb for *d* (i.e., small < 0.2 , medium = 0.5, and large > 0.8). Small to medium effect sizes were observed for anxiousness, depressivity, eccentricity, and perceptual dysregulation. Test-retest correlations for the facets showed values between $r = .57$ (anxiousness) and $r = .83$ (withdrawal). For the domains, the correlation values between the test and retest were in the range of $r = .70$ to $r = .87$.

Table 3.1. Summary statistics and internal consistency ($n = 282$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	α	Mean inter-item correlation	Mean item-scale correlation
Anhedonia	1.40	0.86	.73	.41	.52
Anxiousness	1.91	0.79	.68	.35	.47
Attention Seeking	0.76	0.86	.86	.62	.70
Callousness	0.47	0.59	.64	.32	.43
Deceitfulness	0.80	0.82	.77	.46	.57
Depressivity	0.94	0.92	.84	.56	.67
Distractibility	1.73	0.88	.77	.46	.56
Eccentricity	1.38	0.87	.74	.42	.53
Emotional Lability	1.68	0.84	.66	.32	.44
Grandiosity	0.56	0.62	.63	.29	.38
Hostility	1.15	0.89	.77	.47	.59
Impulsivity	1.66	0.87	.77	.46	.58
Intimacy Avoidance	0.98	1.06	.89	.67	.76
Irresponsibility	1.11	0.76	.59	.25	.34
Manipulativeness	0.78	0.82	.79	.48	.60
Perceptual Dysregulation	0.69	0.72	.66	.32	.46
Perseveration	1.45	0.85	.70	.37	.48
Restricted Affectivity	1.21	0.80	.65	.32	.44
Rigid Perfectionism	1.32	0.84	.67	.34	.47
Risk Taking	1.19	0.95	.82	.54	.62
Separation Insecurity	1.60	0.90	.72	.39	.52
Submissiveness	0.86	0.80	.80	.50	.61
Suspiciousness	1.31	0.81	.62	.29	.40
Unusual Beliefs & Experiences	1.09	0.77	.60	.27	.38
Withdrawal	1.19	0.80	.67	.34	.45
Negative Affect	1.73	0.64	.84		
Detachment	1.19	0.70	.86		
Antagonism	.71	0.62	.88		
Disinhibition	1.50	0.04	.83		
Psychoticism	1.05	0.63	.80		

Table 3.2. Test-retest reliability ($n = 65$)

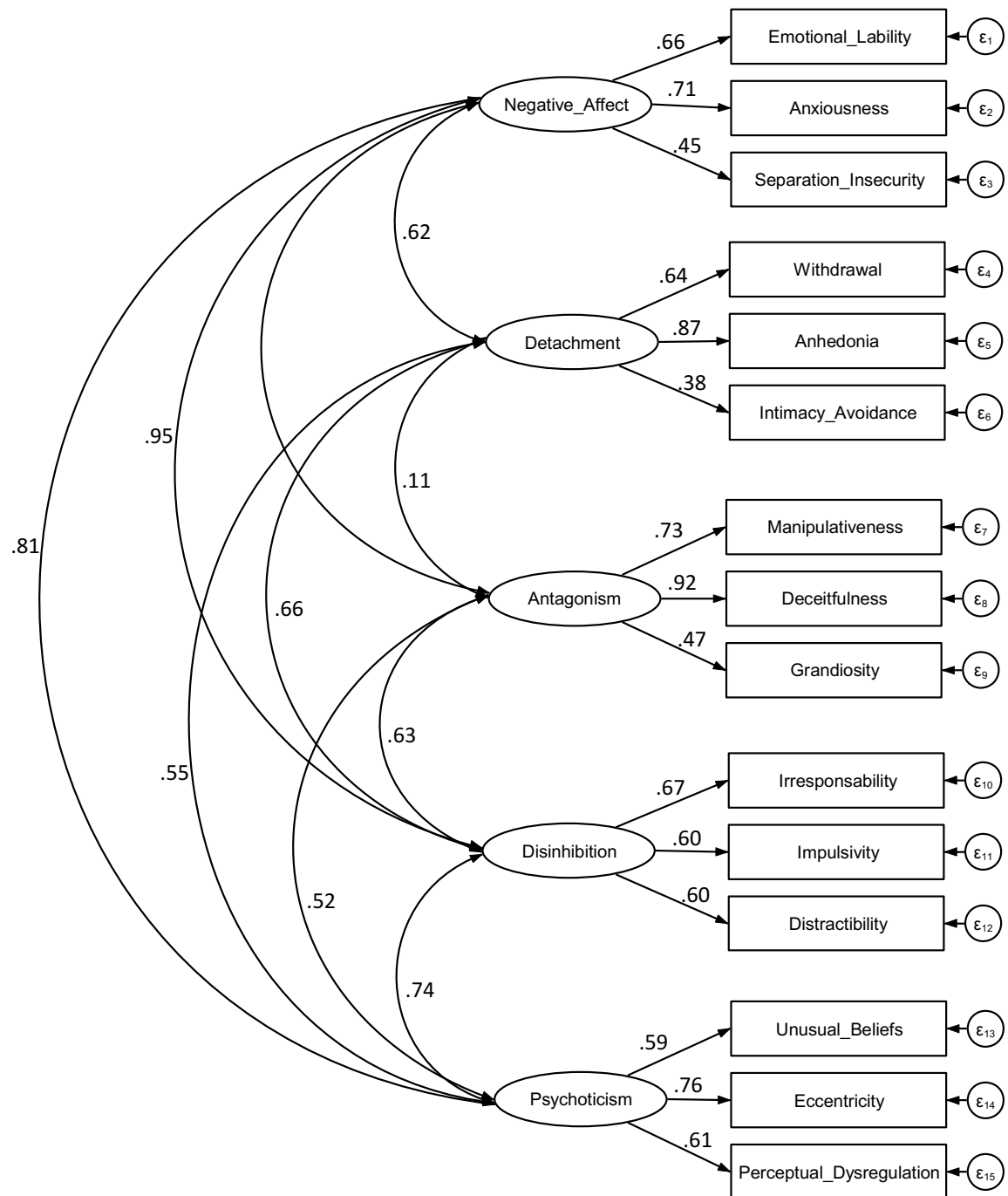
	Measure 1		Measure 2 (two-weeks interval)		<i>d</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Anhedonia	1.10	0.72	0.98	0.67	0.17	.723
Anxiousness	2.00	0.67	1.72	0.73	0.39	.569
Attention Seeking	0.93	0.86	0.84	0.81	0.10	.830
Callousness	0.52	0.67	0.45	0.58	0.11	.702
Deceitfulness	0.98	0.89	0.93	0.84	0.05	.833
Depressivity	0.71	0.77	0.49	0.64	0.31	.780
Distractibility	1.68	0.85	1.39	0.91	0.27	.614
Eccentricity	1.41	0.84	1.11	0.87	0.35	.811
Emotional Lability	1.69	0.74	1.62	0.78	0.09	.627
Grandiosity	0.54	0.61	0.43	0.54	0.19	.643
Hostility	1.05	0.78	1.08	0.73	0.03	.668
Impulsivity	1.66	0.89	1.60	0.81	0.07	.671
Intimacy Avoidance	0.67	0.87	0.68	0.88	0.01	.682
Irresponsibility	1.20	0.81	1.13	0.76	0.08	.746
Manipulativeness	1.03	0.91	0.94	0.91	0.09	.817
Perceptual Dysregulation	0.78	0.71	0.51	0.66	0.39	.653
Perseveration	1.38	0.85	1.22	0.73	0.20	.701
Restricted Affectivity	1.16	0.84	1.19	0.76	0.03	.756
Rigid Perfectionism	1.60	0.82	1.55	0.72	0.06	.613
Risk Taking	1.80	0.90	1.65	0.91	0.16	.749
Separation Insecurity	1.74	0.88	1.56	0.85	0.20	.676
Submissiveness	0.79	0.78	0.69	0.73	0.13	.605
Suspiciousness	1.40	0.89	1.21	0.81	0.26	.826
Unusual Beliefs & Experiences	0.98	0.82	0.90	0.79	0.09	.771
Withdrawal	0.89	0.78	0.77	0.75	0.15	.832
Negative Affect	1.73	0.57	1.67	0.60	0.10	.709
Detachment	0.97	0.62	0.80	0.60	0.27	.806
Antagonism	0.90	0.68	0.79	0.66	0.16	.875
Disinhibition	1.48	0.66	1.40	0.68	0.11	.803
Psychoticism	1.05	0.60	0.86	0.66	0.30	.817

EVIDENCE OF VALIDITY BASED ON THE INTERNAL STRUCTURE OF PID-5-SF

As a starting point, congruence coefficients of the factors of the PID-5-SF and the original PID-5 (Krueger et al., 2012) were computed. The factor congruence coefficients were .80 (Negative Affect), .85 (Detachment), .82 (Psychoticism), .87 (Antagonism), and .73 (Disinhibition), with a mean value of .81. Congruency coefficients with the loadings presented by Maples et al. (2015) with PID-5-SF were .95 (Negative Affect), .75 (Detachment), .88 (Psychoticism), .98 (Antagonism), and .88 (Disinhibition), with a mean value of .89.

The results of the confirmatory factor analysis showed a good fit with Model 1, in which the structure of five correlated factors is tested: $(S-B\chi^2(80) = 177.94; CFI = .920, NCFI = 0.901; AIC = 17.94; SRMR = .067; RMSEA = .066 [90\% \text{ confidence interval} = .05, .07])$. The standardized factor loadings ranged from .41 (intimacy avoidance within the Detachment domain) to .83 (anhedonia within Detachment). The values of covariance between factors ranged .03 - .79 (see Figure 3.1).

Figure 3.1. Factorial loading of Model 1



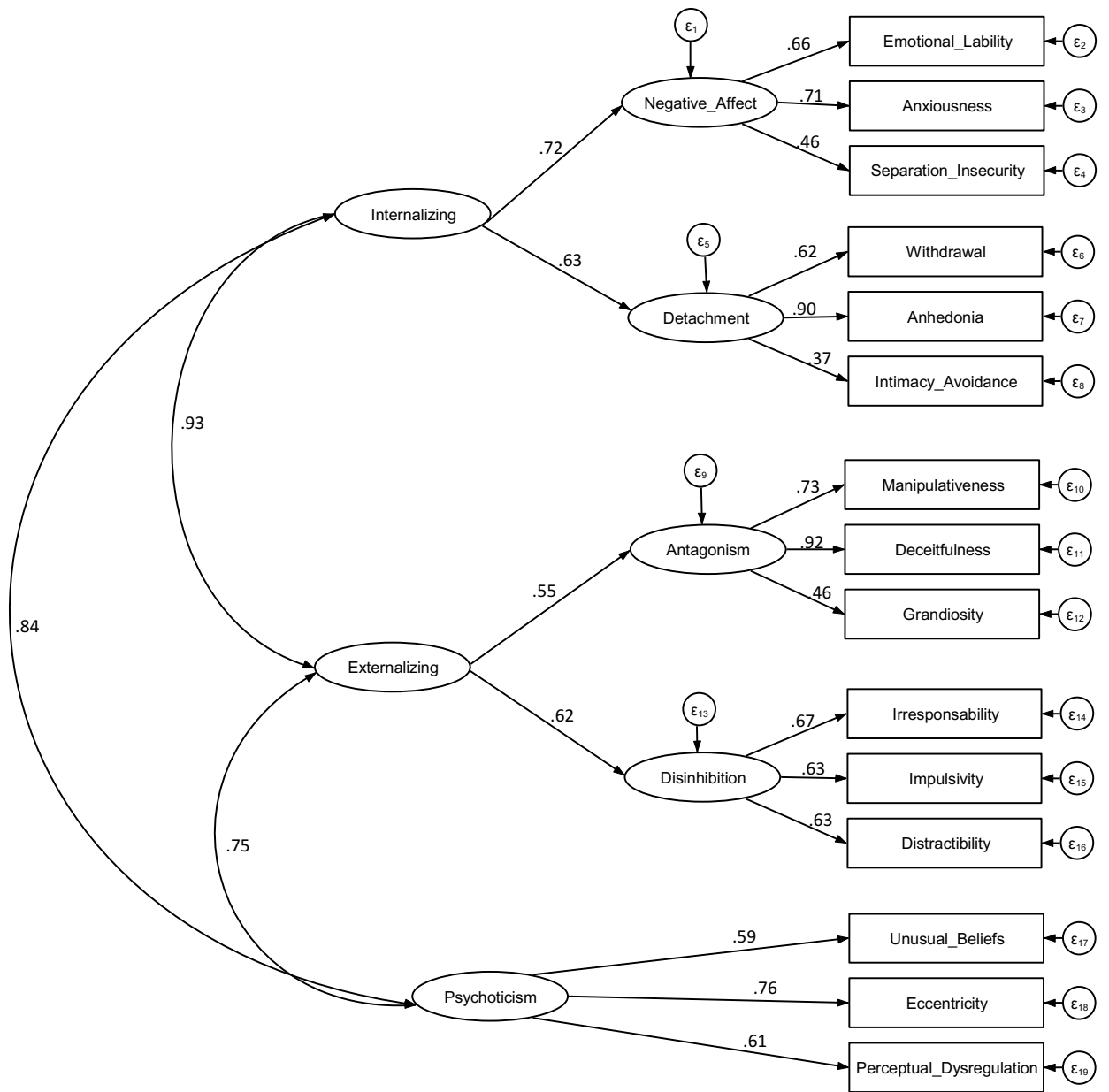
Following the CFA analysis, the intra-class correlation coefficients were calculated for each facet in order to determine the extent of systematic group-level variance among the different sampling groups used. The ICC values for all facets ranged from < .001 to .058 (Manipulativeness), with an average ICC of .017. Given the small

ICC values of $< .10$ (Muthén & Asparouhov, 2011), it appears that there is insufficient between-group variation to warrant the use of multilevel analyses.

HIERARCHICAL STRUCTURE OF PERSONALITY TRAITS

Two hierarchical models with second-order internalizing and externalizing factors were compared. Both models showed identification problems for the involved equations. According to Bollen (1989), in a second-order CFA the higher order factors must have at least three factors in the lower order. In this model, however, only two lower order factors appeared for each higher order factor. To address this problem of model identification, variances of error of the second-order factors were set so male them equal to one another. Once the identification problems had been resolved, Model 2, with an overall personality pathology factor, did not show a proper fit ($S-B\chi^2(80) = 194.40$; CFI = .898, NCFI = .854; AIC = 34.40; SRMR = .076, RMSEA = .07 [90% confidence interval = .06, .09]). Finally, for Model 3, with two second-order factors correlated with the Psychoticism domain, the fit indices showed revealed that the proposed model was adequate ($S-B\chi^2(81) = 100.62$; CFI = .984, NCFI = 0.925; AIC = 61.37; SRMR = .076; RMSEA = .02 [90% confidence interval=.01, .04]. The standardized factor loading ranged from .41 (intimacy avoidance within the Detachment domain) to .83 (anxiousness within the Negative Affect domain). Covariance values between second order factors and Psychoticism ranged from 89 to .91 (see Figure 2).

Figure 2. Factorial loadings of Model 3



EVIDENCE OF VALIDITY BASED ON RELATIONS WITH OTHER VARIABLES

Table 3.3 shows the Spearman correlations between the facets of PID-5 and the subscales of the WHODAS 2.0. Some facets failed to show a correlation with any of the scales of the WHODAS 2.0, including: attention seeking, callousness, grandiosity, impulsivity, manipulativeness, restricted affectivity, and rigid perfectionism. On the other hand, the facets of anxiousness and depressivity did show significant correlations with all the scales of the WHODAS 2.0.

For the remaining facets, the WHODAS 2.0 understanding and communicating scale shows stronger correlations, with values between .30 (perceptual dysregulation) and .56 (distractibility). The participation in society scale shows moderate correlation values with the other facets, from .31 (unusual beliefs and experiences) to .55 (anxiousness). In addition, the WHODAS 2.0 getting along with people and life activities scales show some moderate correlations with certain facets (anhedonia: $r = .36$ and $.38$, respectively; eccentricity: $r = .40$ and $.43$; irresponsibility: $r = .36$ and $.37$).

Table 3.3. Zero order correlations Between PID5 Scores and WHODAS 2.0 Functioning Variables ($n = 282$)

	Understanding and communicating	Getting around	Self-care	Getting along with people	Life activities	Participation in society
Anhedonia	.403	.247	.268	.361	.382	.403
Anxiousness	.434	.386	.341	.404	.365	.551
Attention Seeking	.046	.011	.006	.073	.068	.102
Callousness	.064	-.005	-.008	.098	-.003	.048
Deceitfulness	.272	.069	.117	.282	.150	.208
Depressivity	.346	.434	.360	.465	.424	.403
Distractibility	.560	.225	.215	.347	.292	.422
Eccentricity	.513	.232	.266	.404	.425	.456
Emotional Lability	.192	.196	.293	.175	.233	.292
Grandiosity	.135	-.004	.041	.153	.072	.140
Hostility	.222	.089	.176	.188	.181	.208
Impulsivity	.163	.115	.184	.143	.120	.132
Intimacy Avoidance	.180	.150	.114	.259	.200	.154
Irresponsibility	.415	.265	.187	.357	.370	.447
Manipulativeness	.032	.103	.061	.175	.067	.065
Perceptual Dysregulation	.300	.136	.200	.289	.209	.397
Perseveration	.341	.227	.172	.381	.245	.321
Restricted Affectivity	.126	.173	.130	.158	.040	-.009
Rigid Perfectionism	.112	.058	.072	.136	.036	.004
Risk Taking	.231	.131	.086	.146	.117	.192
Separation Insecurity	.215	.229	.282	.248	.172	.186
Submissiveness	.410	.265	.207	.374	.288	.378
Suspiciousness	.325	.189	.205	.320	.148	.317
Unusual Beliefs & Experiences	.271	.257	.270	.200	.132	.312
Withdrawal	.370	.350	.320	.343	.265	.350

Note: for $r > .271$, $p < .01$; for $.270 > r > .205$, $p < .05$

3.1.4. DISCUSSION

This study intended to estimate the reliability and provide evidence of the validity of a 100-item short form version of the PID-5, the PID-5-SF. It is the first Spanish study of this version of the PID-5, and it is innovative in various ways compared to existing studies of it in the literature. First, the present study was conducted with dual diagnosis patients, whereas the majority of PID-5-SF psychometric studies to date have used student and community samples (Anderson et al., 2013; Ashton et al., 2012; Bagby et al., 2014; De Fruyt et al., 2013; Dhillon & Bagby, 2015; Griffin & Samuel, 2014; Gore & Widiger, 2013; Hopwood et al., 2013; Samuel et al., 2013; Sellbom et al., 2013; Suzuki et al., 2015). There have been several studies of the PID-5-SF with clinical samples (Anderson et al., 2015; Bagby et al., 2014; Few et al., 2013; Quilty et al., 2013; Watson et al., 2013; Wright et al., 2012; Wright & Simms, 2014; Yam & Simms, 2014), but none has thus far focused specifically on patients with drug use disorders. The present psychometric findings with a drug use sample is of interest for two reasons.

First, drug use patients have high rates of psychiatric comorbidity (Weaver et al., 2003), and this instrument is likely to be widely used in the assessment of these dual diagnosis patients. Therefore, as recommended by the American Educational Research Association, the American Psychological Association, and the National Council on Measurement in Education (2014) for the use of instruments, it is important to muster evidence confirming the interpretation of PID-5-SF scores obtained from these patients. Second, it is common in these patients to find that symptoms resulting from intoxication and withdrawal can mimic the symptoms of other mental disorders (Quello, Brady, & Sonne, 2005), and it is therefore important to provide psychometric evidence that relates to this fact. To this end, the present study included estimates of test-retest reliability to determine the stability of the obtained scores.

From the viewpoint of reliability and internal consistency, according to Nunnally and Bernstein (1994), Cronbach's *alpha* coefficients above .70 are considered adequate. This value is exceeded for 14 of the 25 facets. However, the number of items in this short form (4 per facet) warrants some moderation in the values of internal consistency, and 21 of the facets show an internal consistence of *alpha* > .65. Maples et al. (2015) did not report the *alpha* values for each facet, but did report a .67 to .91 range, which is similar to the findings in the present study. Consistently with the present findings, Thimm, Jordan, and Bach (2016b) found in a student sample *alpha* values > .70 for all facets except suspiciousness and perceptual dysregulation. In other studies conducted with the 220-item version, lower internal consistency values have also been found for the facets of grandiosity (Strickland et al., 2013; Thimm, Jordan, & Bach, 2016a), suspiciousness (Anderson, 2013; Griffin & Samuel, 2014; Thimm, Jordan, & Bach, 2016a), and irresponsibility (Bach et al., 2016; De Clercq et al., 2014; Keeley et al., 2014; Sellbom et al., 2013; Van den Broeck, Bastiaansen, Rossi, Dierckx, & De Clercq, 2013; Van den Broeck et al., 2014). It should be noted that lower and unexpected internal consistency values were found for the facet of unusual beliefs & experiences. This result may be due to item 150, which is “Sometimes I can influence other people just by sending my thoughts to them”. The lower corrected item-scale correlation value found on this item ($r = .27$) may indicate a need to review the wording of the item.

With respect to test-retest reliability, previous literature has reported retest correlations for domains (Dhillon & Bagby, 2015; Riegel et al., 2017). The present 2-week retest findings for the 25 facets is thus a significant contribution to the literature. Wright et al. (2015) explored the stability of personality traits over a period of 1.44 years and observed small effect sizes for all of the traits (except submissiveness, restricted affectivity, withdrawal, irresponsibility, rigid perfectionism, and risk taking). The effect

sizes observed for these facets in the present sample were $< .20$, which provides support for the stability of the measure. Such adequate reliability indicates that the statements of items may be effectively measuring a construct as a “trait”. However, the low reliability observed in facets such as anxiousness and distractibility suggests that some statements may be understood as a specific “state” of patients at the time of their assessment. As has been noted, the facets of anxiousness, depressivity, and perceptual dysregulation have shown lower retest reliability values and a moderate effect size.

One possible explanation for this result might be that the acute effects of substance use or withdrawal may cause such psychiatric symptoms of anxiety or dysphoria (Brady & Sinha, 2005; Quello, Brady, & Sonne, 2005). Also to bear in mind is the timing of the test-retest assessment, with the testing conducted 15-20 days after the start of the treatment and the retest 2 weeks later. Having begun their treatment, a majority of the patients are likely to have stopped using substances. It is possible that during this period of time until the first assessment, while clinical professionals are to stabilize the patients by adjusting drug doses, some withdrawal symptoms provoke anxiety, depression, or sensorial alteration symptoms (APA, 2013). During the retest, after at least one month of treatment, the patient’s symptoms are likely to have become more stabilized. This could explain why the scores for these facets are higher on the test than on the re-test, and hence why such an effect size was observed. Thus, it should be considered that PID-5-SF can be trait-like in this population for some, but not for all, of its facets. In terms of clinical administration, it would be advisable to administer the PID-5-SF to such dual diagnosis patients after the acute effects of stopping drug use have passed. Further research is needed to test this possibility.

With respect to its internal structure, the CFA confirms the structure of the five correlated factors that had previously emerged in the exploratory factor analysis of the

original PID-5 (Anderson et al., 2013; Fossati et al., 2013; Krueger et al., 2012; Griffin & Samuel, 2014; Quilty et al., 2013; Thomas, 2013; Wright et al., 2012; Wright & Simms, 2014). However, no previous studies have analysed this structure in samples of patients with drug use disorders. Hence the CFA with the present sample provides additional evidence concerning on the factorial structure of personality domains in clinical samples with high comorbidity. The present also concur with findings obtained with the original version of the PID-5 and support the relationship between the scores on this instrument and the five-factor personality models.

The obtained index of factorial congruence demonstrates the comparability of the Spanish version of the PID-5-SF and both the version developed by Maples et al. (2015) and the original version of PID-5 developed by Krueger et al. (2012). Factorial congruence values ranged from .73 (Disinhibition) to .87 (Antagonism). Congruency coefficients with the loadings presented by Maples et al. (2015) ranged from .78 (Detachment) to .98 (Antagonism). Congruence coefficients in the range of .85-.94 indicate fair similarity, and factors can be assumed equivalent when the values exceed .95 (Lorenzo-Seva & Ten Berge 2006). The present finding that the domains of Disinhibition and Detachment have relatively low congruence values is consistent with previous reports (Thimm, Jordan, & Bach, 2016b).

Of further note, the present study also compared the hierarchical structure established by the two second-order factors of internalizing and externalizing. The internalising factor represents the propensity to experience states of unipolar mood and anxiety disorders, which appear to be linked to the dimensions of Negative Affect and Detachment. The externalizing factor dimension represents the propensity to experience disinhibitory disorders (Clark, 2005; Krueger & Markon 2006), which appear to be linked to the domains of Disinhibition and Antagonism. Several previous studies have analyzed

this structure (De Clercq et al., 2014; Morey et al., 2013; Thimm, Jordan, & Bach, 2016a; Van der Broeck et al., 2014). In this regard, the findings in the present study support the relationship of the PID-5SF scores with personality models that focus on higher levels of the hierarchy and thus provide a general framework for personality functioning and psychopathological disorders (Krueger & Markon, 2006).

A further highlight of the present study is the evidence of relationships between the PID-5-SF scores and the WHODAS 2.0 indicators of the functionality of these dual diagnosis patients. For these types of patients, both substance consumption and personality disorders have an impact on outcomes related to the psychosocial state of the patients and their quality of life (Lozano, Rojas & Fernández-Calderón, 2017; Vélez-Moreno et al., 2016). However, to date, the relationship between functional malfunction and personality facets has not yet been deeply analyzed. In this regard, the present provides new evidence that some of the facets relate more strongly than others with several domains of the functional state of the patients. Specifically, the facets of personality are most directly related to the dimensions of understanding and communicating and participation in society. These results are partially consistent with those reported by Keeley et al. (2014) with a clinical sample. Keeley et al. found the facets to be most closely related to the domains of understanding and communicating, getting along with people, and participation in society. Similarly, with a sample of undergraduates, Wright et al. (2012) found that the personality traits identified in the DSM-5 are related primarily to interpersonal impairment. Similarly, in the present sample of patients with dual diagnosis, it is also noted that the facet scores of the PID-5-SF are related mainly to aspects of the interpersonal relationships of these patients, which constitutes validity evidence consistent with that shown by other authors.

Although this study presents novel and interesting results from a psychometric and clinical perspective with the PID-5 in its 100-item version, it is not without limitations. One of these limitations concerns the possibility that functioning might not be adequately assessed in this type of dual diagnosis patients when using self-report as the only test measure. The functioning associated with such facets such as grandiosity or callousness might better be assessed by complementing self-report measures with other sources of information, such as family members' reports or register data. Optimal use of multi-source data could improve prediction of behavior in the clinical assessment of psychopathology (Ready, Watson & Clark, 2002).

A second limitation may be the sample size. The study was conducted with a sample of 282 patients, whereas previous PID-5 psychometric studies have been carried out with larger samples. However, the majority of these other studies were conducted on non-clinical samples. To date, studies conducted on clinical samples with the PID-5 have had sample sizes between 91 (Keeley, Flanagan & McCluskey, 2014) and 628 (Wright & Simms, 2014) patients. In only four studies has the sample size been greater than the one used in the present study (Anderson et al., 2015; Bagby, Sellbom, et al., 2014; Wright & Simms, 2014; Yam & Simms 2014). Despite this limitation, the present authors believe that their sample size was sufficient for successful implementation of the statistical analyses conducted. Increasing the sample size might have improved the estimated reliability of the scores, by increasing their variability (Streiner, 2003). On the other hand, it should be noted that the participants were located in several treatment centers, thereby increasing the representativeness of the sample's clinical profile. Therefore, although future studies with larger sample sizes might strengthen the psychometric foundations of this instrument, the present authors believe that the results obtained here support the use of the PID-5 in its 100-item version in evaluating patients with this profile.

3.2. CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DEL DETERIORO FUNCIONAL DEL INVENTARIO DE PERSONALIDAD DMS-5 SHORT FORM EN PACIENTES CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

3.2.1. INTRODUCCIÓN

La literatura especializada muestra que los trastornos de personalidad (TP) presentan una alta comorbilidad con trastorno por uso de sustancias (TUS). La mayor disfuncionalidad, peor respuesta terapéutica y mayor abandono del tratamiento de los pacientes comórbidos (Van Den Bosch y Verheul, 2007) apuntan hacia la necesidad de incluir la evaluación de la personalidad entre pacientes con TUS.

En las últimas décadas, la investigación empírica apoya la organización de los rasgos de personalidad de forma dimensional. Un ejemplo es el Modelo Alternativo de Trastornos de Personalidad (MATP) propuesto en la sección III de DSM-5 (Krueger y Markon, 2014). Uno de los instrumentos más empleados en la evaluación de este modelo es el Inventario de Personalidad DSM-5 (PID-5) (Krueger et al., 2012). Se ha señalado necesario encontrar fórmulas que concilien las propuestas dimensionales con las decisiones categoriales de la práctica clínica (Alarcón, 2010)]. En este sentido, se han planteado puntos de cortes del PID-5 fundamentados en criterios normativos que pretenden facilitar las decisiones clínicas (Gutiérrez et al., 2015; Samuel et al., 2013).

A pesar de los estudios que muestran relación entre las elevaciones en los rasgos y el desajuste funcional y psicosocial (Keeley, Flanagan y McCluskey, 2014) hasta la fecha, ningún estudio ha analizado la capacidad discriminativa del deterioro funcional del

PID-5. Este trabajo analiza la sensibilidad y especificidad de cada una de las facetas para detectar deterioro funcional en un grupo de pacientes con TUS. Además, se compara el uso de un criterio funcional y otro normativo para establecer los puntos de corte que representan un funcionamiento patológico en las facetas definidas en el MATP.

3.2.2. MÉTODO

La muestra está formada por 178 pacientes con TUS asistentes a centros de tratamiento ambulatorio de adicciones. Los hombres constituyeron el 82.6% de la muestra, con edad media de 41.28 años (SD = 11.24).

Se administró la versión en castellano del Inventario de Personalidad del PID-5-Short Form (Díaz-Batanero et al., 2019). La discapacidad funcional se evaluó con el cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0) (Üstun et al., 2012). Los instrumentos fueron administrados por un psicólogo con experiencia en la evaluación de pacientes 15 días después del comienzo del tratamiento. Este estudio fue aprobado por el comité ético de la Universidad de Huelva.

Se estimaron las curvas ROC usando una puntuación total en la WHODAS 2.0 > 25 como umbral para la clasificación de sujetos con discapacidad moderada a extrema (Üstun et al., 2012). Se estimaron los puntos de corte, según el criterio funcional con el mejor balance entre sensibilidad y especificidad, fijando una especificidad mínima de .70. Se compararon con los puntos de corte según criterio normativo, calculando las puntuaciones $T > 65$ (Gutiérrez et al., 2017).

3.2.3. RESULTADOS

El 35.4% de la muestra mostraron discapacidad moderada o extrema. Los valores AUC oscilan entre .503 (95% IC = [.41, .59]) (búsqueda de atención) y .787 (depresión) (95% IC = [.71, .86]) con un valor medio de .657. Valores de AUC > .7 fueron observados en: anhedonia, ansiedad, depresión, distractibilidad, excentricidad, irresponsabilidad, preservación y sumisión. Sin embargo, 6 facetas no muestran capacidad discriminativa de la discapacidad funcional: búsqueda de atención, grandiosidad, evitación de la intimidad, manipulación, afectividad restringida y perfeccionismo rígido.

Los puntos de corte usando el criterio funcional son superiores en las todas las facetas que resultan discriminativas del deterioro funcional respecto a los obtenidos según criterios normativos (a excepción de sumisión y asunción de riesgos) (ver tabla 3.4)

Tabla 3.4. Resultados de los análisis ROC y puntos de corte estimados a través de los criterios normativos y de discapacidad funcional

	AUC [CI95%]	<i>p</i>	Criterio funcional	Sensibilidad	Especificidad	Criterio normativo	Sensibilidad	Especificidad
Anhedonia	.744 [.66, .82]	<.001	1.87	.710	.722	1.25	.823	.583
Ansiedad	.770 [.70, .84]	<.001	2.37	.613	.765	1.78	.806	.574
Búsqueda de at.	.503 [.41, .59]	.949	0.87	.403	.722	1.49	.145	.835
Insensibilidad	.595 [.50, .68]	.036	0.62	.436	.748	0.64	.436	.748
Falsedad	.648 [.56, .73]	.001	0.87	.403	.739	1.02	.403	.774
Depresión	.787 [.71, .86]	<.001	1.12	.677	.765	0.95	.742	.696
Distractibilidad	.777 [.70, .84]	<.001	2.12	.677	.757	1.54	.855	.574
Excentricidad	.760 [.68, .83]	<.001	1.62	.678	.730	1.33	.726	.591
Labilidad emocional	.648 [.56, .73]	.001	2.12	.516	.722	2.03	.516	.722
Grandiosidad	.557 [.46, .64]	.209	0.87	.290	.782	1.24	.177	.896
Hostilidad	.688 [.60, .77]	<.001	1.62	.565	.765	1.56	.565	.765
Impulsividad	.642 [.55, .72]	.002	2.12	.403	.730	1.60	.758	.609
Evit. de la intimidad	.585 [.49, .67]	.078	1.87	.387	.765	1.15	.468	.643

Irresponsabilidad	.702 [.62, .78]	<.001	1.37	.532	.801	0.92	.774	.487
Manipulación	.574 [.48, .66]	.105	0.87	.355	.735	1.27	.226	.878
Disreg. Perceptiva	.635 [.54, .72]	.003	0.87	.403	.774	0.87	.403	.774
Perseveración	.713 [.63, .79]	.001	1.87	.565	.747	1.54	.662	.661
Afectividad restringida	.543 [.45, .63]	.346	1.62	.355	.725	1.41	.516	.614
Perfeccionismo ríg.	.574 [.48, .66]	.106	1.62	.339	.713	1.82	.290	.791
Asunción de riesgos	.631 [.54, .72]	.004	1.12	.532	.703	1.65	.323	.896
Ins. por separación	.677 [.59, .75]	<.001	2.12	.435	.774	1.61	.677	.643
Sumisión	.703 [.62, .78]	<.001	1.12	.548	.765	1.47	.468	.861
Susplicacia	.669 [.58, .75]	<.001	1.62	.468	.713	1.30	.629	.609
Creencias y experiencias inusual.	.639 [.55, .72]	.002	1.62	.3556	.783	1.03	.581	.574
Retraimiento	.684 [.60, .76]	<.001	1.62	.532	.735	1.23	.597	.835

3.2.4. DISCUSIÓN

Los resultados muestran que el PID-5 tiene buena capacidad discriminativa de la disfuncionalidad evaluada por el WHODAS 2.0 en la mayor parte de facetas. Estudios previos han mostrado esta relación, particularmente en las dimensiones de comprensión y comunicación, relaciones, participación en sociedad (Keeley et al., 2014; Diaz-Batanero et al., 2019). Se observa además mayor capacidad discriminativa en las facetas vinculadas a la afectividad negativa. Esta dimensión ha sido asociada a la mayor parte de TP, y predictivo de mayores niveles de patología y disfuncionalidad (Watson, Stasik, Ro y Clark, 2013). Por el contrario, las facetas de búsqueda de atención, insensibilidad, grandiosidad, hostilidad, impulsividad, evitación de la intimidad, manipulación, afectividad restringida y perfeccionismo rígido no presentan capacidad discriminativa. Congruentemente, trabajos previos encontraron que la búsqueda de atención, grandiosidad, la afectividad restringida, evitación de la intimidad y el perfeccionismo rígido mostraban menores diferencias entre muestras clínicas y comunitarias (Gutiérrez et al., 2017).

17 de las 25 facetas muestran puntos de corte usando criterio funcional superiores a los obtenidos con criterios normativos y racionales (Samuel et al., 2013). Globalmente, se podría sugerir que el uso de criterios normativos sería más adecuado para estudios epidemiológicos poblacionales. Sin embargo, los criterios funcionales podrían ser más útiles en muestras clínicas, permitiendo a los terapeutas planificar tratamientos más específicos para los trastornos que causan una mayor discapacidad funcional de los pacientes.

La evaluación del desajuste funcional exclusivamente en base a auto-informes puede suponer una limitación. Un uso óptimo de múltiples fuentes de datos podría

mejorar la predicción del comportamiento en la evaluación psicopatológica y funcional.

Estudios futuros deberían complementar los datos obtenidos con información provista por otros informantes cercanos.

CAPÍTULO 4.

ESTUDIO DE PERFILES DE
PERSONALIDAD EN FUNCIÓN DE LA
SUSTANCIA DE CONSUMO

4.1. PERSONALITY TRAITS AMONG THE VARIOUS PROFILES OF SUBSTANCE USE DISORDER PATIENTS: NEW EVIDENCE USING THE DSM-5 SECTION III FRAMEWORK

4.1.1. INTRODUCTION

The specialized literature provides solid evidence that substance use disorders (SUD) and personality disorders (PD) are interrelated. In addition to the commonly described biological and genotypic factors (Kendler, Prescott, Myers & Neale, 2003; Krueger, Markon, Patrick, Benning & Kramer, 2007), the prevalence rates reported in epidemiological studies indicate their concomitance. Whilst the prevalence of each specific PD in the general population is between 1 and 5.9% (Samuels, 2011), studies conducted in patients with alcohol use disorder (AUD) report rates of around 40% (Grant et al., 2004). Among patients with SUD, these rates increase to 18-69% (Grant et al., 2016; Tofdahl, Nordentoft & Hjorthøj, 2015; Trull, Jahng, Tomko, Wood, & Sher, 2010). Several authors have also shown that the presence of both disorders is related to higher rates of treatment abandonment (Bradizza, Stasiewicz y Paas, 2010, Van Den Bosch y Verheul, 2007; Verheul, 2001), greater severity of dependence (Vélez Moreno et al., 2017) and lower quality of life (Colpaert, Maeyer, Broekaert y Vanderplasschen, 2013).

Moreover, studies have revealed that there is a relationship between the different PDs and the main consumed substances. For example, among alcohol and cocaine users, higher prevalence rates of antisocial (APD) and borderline (BPD) disorders have been detected (Bradizza, Stasiewicz, & Paas, 2006; Chen et al., 2011; Trull, Sher,

Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000) with odds ratios of 2.1 and 1.9 respectively (Grant et al., 2016). However, the schizotypal PD (SPD) has greater comorbidity with the use of cannabis and opioids (Hasin et al., 2016; Kerridge et al., 2015; Pulay et al., 2009, Saha et al., 2016), although this latter relationship has been reported with less consistency.

Among the studies that have attempted to explain the common bases of both groups of disorders, one particular line of enquiry has focused on the use of dimensional models to explain which maladaptive personality variations occur in patients with SUD. In this regard, much of the research has been carried out within the framework of the Five Factor Model (FFM) (Widiger & Costa, 2012; Widiger & Simonsen, 2005), trying to identify the most outstanding personality traits in drug users. These studies have reported that alcohol users show high scores on extraversion (Flory, Lynam, Milich, Leukefeld & Clayton, 2002) and neuroticism (Malouff, Thorsteinsson, Rooke & Schutte, 2007) and low scores on agreeableness (Malouff et al., 2007; Mercado et al., 2016) and conscientiousness (Flory et al., 2002; Hopwood et al., 2011; Malouff et al., 2007; Mercado et al., 2016). In cannabis users high openness scores have been observed (Flory et al., 2002; Mercado et al., 2016; Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu & Costa, 2008) and, with less consistency, low extraversion (Flory et al., 2002) and agreeableness (Terracciano et al., 2008). Regarding cocaine and heroin users, several studies have found higher scores on neuroticism and lower scores on conscientiousness (Carter et al., 2001; Kornør & Nordvik, 2007; Mercado et al., 2016; Terracciano et al., 2008).

The introduction of the Alternative Model for Personality Disorders (AMPD) (APA, 2013) in Section III of the DSM-5 has opened new perspectives for the integration of evidence related to the characterization of personality traits within the framework of PDs as clinical syndromes. To be more specific, The Alternative Model for Personality Disorders proposes that personality is organized into five domains: negative affect,

detachment, antagonism, disinhibition, and psychoticism. Several authors have established that the domains defined in the AMPD are organized as the maladaptive variants of the FFM (Widiger & Costa, 2012). To be more specific, it is proposed that the negative affect domain is aligned with the dimension of neuroticism, detachment with extraversion, disinhibition with conscientiousness, antagonism with agreeableness and psychoticism with openness, with the latter producing more inconsistent results (Al-Dajani, Gralnick & Bagby, 2015; De Fruyt et al, 2013 Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012). These observations allow for continued research to be carried out on the basis of this last model. In addition, the AMPD integrates within these five domains (negative affect, detachment, antagonism, disinhibition and psychoticism) a total of 25 facets as more specific aspects of personality (Krueger & Markon, 2014; Krueger et al., 2012). The presence of high scores on these facets allows for identifying the possible presence of clinical syndromes or PDs (APA, 2013). Taking as an example one of the most prevalent personality disorder among SUD patients, antisocial personality disorder requires an elevated score on four or more of the following facets: hostility, deceitfulness, callousness, manipulateness, impulsivity, risk taking, and irresponsibility. For schizotypal personality disorder, an elevated score on four or more of the following facets is required: withdrawal, restricted affectivity, suspiciousness, unusual perceptions & beliefs, eccentricity, and perceptual dysregulation. In the case of borderline personality disorder an elevated score is required on four of the following facets: hostility, impulsivity, risk taking, anxiousness, emotional lability, separation insecurity and depression, one of which must be hostility, impulsivity, or risk taking.

Given the relative novelty of the AMPD, there are still few studies that have analyzed the relationship between the different facets, SUD, and the various consumption profiles. In problematic alcohol consumers Creswell, Bachrach, Wright, Pinto & Ansell (2016) have

found significant correlations between AUD scores and all domains defined in AMPD, with the exception of detachment. More recently, Somma et al. (2017) analyzed PID-5 scores in a sample of adolescent students, finding moderate correlations between some facets of the disinhibition domain (impulsivity and risk taking) with the number of times they have been drunk. This last study also found a link between high scores on the facets of irresponsibility, risk taking, and unusual perceptions & beliefs with a higher frequency in the use of illegal drugs. Finally, Few et al. (2013), in a study with patients being treated for various mental disorders, found a greater contribution of the disinhibition domain to the prediction of alcohol and illegal drug use, although only one of their patients had a specific diagnosis of AUD.

Beyond the aforementioned works, up to our knowledge, no studies to date have focused specifically on patients diagnosed with SUD. In addition, most of these studies – when using both the AMPD and the FFM – analyze the consumed substance in isolation. However, in reality it has been shown that a high percentage of patients with SUD are for the most part polydrug users (Merikangas & McClair, 2012; McCabe, West, Jutkiewicz & Boyd, 2017). In this regard, the specialized literature points out that polydrug users show greater personality imbalances than those who consume a single substance (Graña, Muñoz & Navas, 2009; Lackner, Unterrainer & Neubauer, 2013; Martinotti et al., 2009; Preti, Prunas, Ravera & Madeddu, 2011). Therefore, it may be useful to identify the personality patterns that are related to polydrug use.

On the basis of the above literature review, the objective of this paper is to analyze the relationship between the facets of the Alternative Model for Personality Disorders and various SUD profiles, comparing these scores with normative scores as well as conducting a comparison between types of patients. Considering the parallels indicated between the Five Factor Model and the Alternative Model for Personality Disorders, and

the specific association between certain PDs and SUD with different substances, the following hypotheses are proposed: i) there will be high scores on most of the facets among patients diagnosed with SUD when compared with normative population scores; ii) patients consuming alcohol and cocaine — who show higher rates of antisocial and borderline personality disorders — will score high on the facets of hostility, impulsivity, risk taking, deceitfulness, callousness, manipulativeness, irresponsibility, anxiety, emotional lability, separation insecurity, and depression; iii) cannabis users — who show higher schizotypal personality disorder rates — will have higher scores on the facets of unusual beliefs & experiences, eccentricity, perceptual dysregulation, restricted affectivity, withdrawal, and suspiciousness and; iv) patients with a pattern of polydrug use will show a greater tendency towards personality disorder and, therefore, show higher scores on a greater number of facets.

4.1.2. METHOD

PARTICIPANTS

The sample consisted of 289 patients diagnosed with SUD who began their last treatment in specialized centers for drug addiction and mental health during the year prior to the study. In particular, 97 patients began treatment in an Outpatient Drug Treatment Center, 116 patients in 3 Therapeutic Communities, and 85 patients in 5 Community Mental Health Units, all of them in the region of Andalusia (Spain).

To participate in the study, patients had to meet the following inclusion criteria: 1) patients must be diagnosed with alcohol, cannabis, cocaine, or heroin use disorder according to DSM-IV criteria; 2) patients must not present disorders due to mental

retardation or other disorders related to learning; 3) patients must know how to read and write; 4) patients who signed the informed consent.

The fieldwork was carried out between January 2016 and November 2017. During the study period, 19 patients who met the inclusion criteria refused to participate. The majority of these patients mainly pointed out the lack of time available to conduct the interview.

The sample was composed of 85.9% males with an average age of 39.94 years (SD = 10.88), with 45.3% of the sample receiving treatment for alcohol consumption, 46% for cannabis use, 62.8% for cocaine use, 27.5% for heroin use, whilst 57.4% were receiving treatment for more than one psychoactive substance. Of the sample, 45.6% of the participants had completed primary education, and 16% were working at the time of the interview.

INSTRUMENTS

Personality Inventory for DSM-5 (PID-5SF) [29, 40]. The Spanish version of this instrument was administered, whose psychometric properties have been compared by Díaz-Batanero et al. [41]. The instrument showed adequate internal consistency (Cronbach's alpha above .65 in 21 out of 25 facets assessed) and high stability in a 2-week test-retest study (effect size under .30 on most facets). Confirmatory Factor Analysis confirmed the structure of the five correlated factors that had previously emerged in the exploratory factor analysis of the original PID-5. Factorial congruence demonstrates the comparability between the Spanish version of the PID-5-SF and the original version of PID-5 [29]. Each of the DSM-5 facets is evaluated with 4 items using a Likert-type response format, with scores ranging between 0-3 (from "Very false or often false" to

"Very true or often true"). The score on each facet is obtained through the average score of the four items of which it is composed. Higher scores are indicative of a greater presence of the evaluated facet. Following the instructions of the PID-5, the domain scores were obtained by calculating the average of the three facets established in the instrument.

Substance Use Disorders. The diagnosis of SUD was made by the therapeutic team of the treatment centers, following the criteria established in the diagnostic classification of the DSM-IV. This diagnosis was later compared with information gathered in the interview with the patients, where the *Spanish version of the Substance Dependence Severity Scale* was administered [42]. In the case of observing differences between the diagnosis provided by the clinician and the information given by the patients (<5%), the patient's diagnosis was analyzed individually by the research team and the clinical manager.

PROCEDURE

The tests were administered by a psychologist with experience in the evaluation of patients, and the interviews were conducted in the centers where the patients received their treatment. Initially, the clinical professionals of the therapeutic centers informed the patients of the research that was being conducted, and indicated that the study was external to their therapeutic process. Next, they were read the informed consent indicating that if they wanted to participate, they should sign the form. This study has been approved by the ethics committee of the University of Huelva and the hospital center to which the Mental Health Units belong (Juan Ramón Jiménez hospital area, Huelva, Spain).

ANALISYS

First, a latent class analysis was applied to establish the profiles of the patients according to their SUD. Latent class analysis facilitates the extraction of distinct, meaningful subgroups based on the unobserved heterogeneity within a population, and on the similarity of their response profiles. For this, diagnoses were used for the following substances: alcohol, cannabis, cocaine, and heroin. The optimal number of latent classes was evaluated through the adjustment of each of the models (from 2 to 5 classes) using the Bayesian Information Criterion (BIC) and Akaike Information Criteria (AIC). The BIC and AIC are descriptive fit indices where lower values indicate a better fit of the model. To determine the accuracy of latent classes in the sample employed, a cross-validation procedure was followed, selecting 60% of the sample at random.

To test if the facet scores on each class are statistically different from the normative scores, we used the community sample scores published in Gutiérrez et al. (2017). The differences between the latent classes in the scores on the facets and domains were analyzed by applying ANOVAS. To determine which facets and domains show the greatest explanatory capacity of belonging to each latent class, logistic regression analyzes were carried out, controlling for gender and age variables. Bonferroni correction was applied to adjust statistically significant results.

The latent class analysis was conducted with the Latent Gold 4.0 software, the logistic regressions with STATA version 14, and the remaining analyzes were conducted with the SPSS 22.0 software.

4.1.3. RESULTS

LATENT CLASS RESULTS

The 2 and 3 class solutions obtained from latent class analysis showed an inappropriate fit ($p < .05$). Among the other two models assessed (4 and 5 classes), the solution of 4 classes showed a lower value of BIC and AIC. The assignment of belonging to each class was retained for those patients with a probability of belonging to at least one latent class equal to or greater than .70, leaving 36 patients that failed to meet this criterion (12.08%). For this solution, the average probability of belonging to each of the classes ranged between .799 and .987. Cross-validation analysis showed percentages of agreement of classification of patients in the same class of 80% for the first group and 100% for the remainder.

Latent class 1 was composed of 33.3% of the sample with a high conditional probability of having cocaine use disorder (conditional probability = .996), as well as cannabis (conditional probability = .944) and, to a lesser extent, alcohol (conditional probability = .624) and heroin (conditional probability .298). Latent class 2 consisted of 34.4% of the sample, and was composed of patients with a high probability of presenting cocaine use disorder (conditional probability = .915) as well as a high probability of heroin use (conditional probability = .590). In the case of class 3 (19.9% of the sample), this was exclusively composed of patients with alcohol use disorder (conditional probability = .987); and finally, class 4 (14.5% of the sample) was exclusively composed of patients with cannabis use disorder (conditional probability = .984).

ANALYSIS OF SOCIO-DEMOGRAPHIC AND CONSUMPTION PROFILES

Table 4.1 shows the socio-demographic and consumption profile of the four classes analyzed. A first latent class with a profile of polydrug use (POLY) was observed, in which all patients present cocaine use disorder, with 93.1% using cannabis and 59.8% alcohol. The second latent class also showed a majority of patients with cocaine use disorder (91.1%) and 55.6% with heroin use disorder (COC-HER group). Classes 3 and 4 corresponded to patients with exclusive alcohol (ALC) and cannabis (CAN) SUD respectively. In terms of the socio-demographic profile, it was observed that the patients of the POLY and CAN classes had a lower mean age (Class 1: $M = 35.22$, $SD = 9.57$, Class 4: $M = 34.58$, $SD = 10.55$, $F_{3,258} = 25.70$, $p < .001$). In these classes, there were a higher percentage of single substance use patients (Class 1: 81.4%, Class 4: $M = 78.9\%$, versus Class 2: 55.1%, Class 3: 44.7%, $\chi^2 = 28.88$, $p < .001$).

Table 4.1. Sociodemographic and consumption profile of each latent class

	Total <i>n</i> = 262	Class 1 <i>n</i> = 87	Class 2 <i>n</i> = 90	Class 3 <i>n</i> = 47	Class 4 <i>n</i> = 38	<i>F</i> / χ^2	<i>p</i>
Drug receiving treatment							
Cocaine	169 (64.5%)	87 (100.0%)	82 (91.1%)	0	0	230.16	<.001
Heroin	82 (31.3%)	32 (36.8%)	50 (55.6%)	0	0	64.56	<.001
Cannabis	119 (45.4%)	81 (93.1%)	0	0	38 (100.0%)	239.46	<.001
Alcohol	99 (37.8%)	52 (59.8%)	0	47 (100.0%)	0	173.01	<.001
Male	223 (85.1%)	77 (89.5%)	76 (85.4%)	35 (74.5%)	35 (92.1%)	7.177	.066
Age	39.94 (10.55)	35.22 (9.57)	42.51 (8.35)	48.04 (9.85)	34.58 (10.55)	25.70	<.001
Outpatients	115 (43.9%)	20 (23.0%)	52 (57.8%)	28 (59.6%)	15 (39.5%)	107.87	<.001
Mental health service	43 (16.4)	7 (8.0%)	5 (5.6%)	8 (17.0%)	23 (60.5%)		
Inpatients	104 (39.7%)	60 (69.0%)	33 (36.7%)	11 (23.4%)	0		
No studies	55 (21.0%)	19 (22.1%)	19 (21.3%)	9 (19.1%)	8 (21.1%)	15.24	.084
Primary ed.	117 (44.7%)	38 (44.2%)	42 (47.1%)	19 (40.4%)	19 (47.4%)		
Secondary ed.	81 (30.9%)	29 (33.7%)	26 (29.2%)	14 (29.8%)	12 (31.6%)		
University	7 (2.7%)	0	2 (2.2%)	5 (10.6%)	0		
Employed	42 (16.0%)	15 (17.4%)	13 (14.6%)	7 (14.9%)	7 (18.4%)	15.27	.084
Unemployed	128 (28.9%)	46 (53.5%)	46 (51.7%)	19 (40.4%)	17 (44.7%)		
Pensioned	80 (30.5%)	18 (20.9%)	27 (30.3%)	21 (44.7%)	14 (36.8%)		
Other	10 (3.8%)	7 (8.1%)	3 (3.4%)	0	0		
Single	170 (65.4%)	70 (81.4%)	49 (55.1%)	21 (44.7%)	30 (78.9%)	28.88	.001

Married	30 (11.5%)	4 (4.7%)	14 (15.7%)	8 (17.0%)	4 (10.5%)
Divorced	54 (20.8%)	11 (12.8%)	24 (27.0%)	15 (31.9%)	4 (10.5%)
Widowed	6 (2.3%)	1 (1.2%)	2 (2.2%)	3 (6.4%)	0

DIFFERENCES BETWEEN THE NORMATIVE POPULATION AND PATIENTS WITH SUD

Table 4.2 compares the facet and domain scores of the different latent classes with the normative scores reported in the study by Gutiérrez et al. (2017). In the POLY group, high and statistically significant scores ($p < .001$) were observed for all facets and domains, except for the facets of attention seeking, grandiosity, rigid perfectionism, and submissiveness. The observed effect sizes were greater than 0.70 for all domains. For the facets, effect sizes greater than .70 were observed in the facets of anhedonia, anxiousness, deceitfulness, depressivity, distractibility, eccentricity, impulsivity, irresponsibility, perseveration, separation insecurity, suspiciousness, and unusual perceptions.

The patients included in the COC-HER and ALC classes showed significantly higher scores than the normative population in all domains except antagonism. In this domain, patients in the COC-HER group only showed average scores higher than the normative scores on the facet of grandiosity, although with low effect sizes ($d = 0.32$). The ALC group did not differ significantly from the normative sample in either the antagonism domain nor the facets included in this domain. In patients in the CAN group, scores on the psychoticism domains differed significantly from those observed in the normative population. All facets of this domain differed with respect to the normative population, with an effect size between $d = 0.66$ (eccentricity) and $d = 0.93$ (unusual perceptions).

Table 4.2. Facets and domains compared with normative scores

	Class 1		Class 2		Class 3		Class 4	
	<i>M (SD)</i>	<i>d</i>	<i>M (SD)</i>	<i>d</i>	<i>M (SD)</i>	<i>d</i>	<i>M (SD)</i>	<i>d</i>
Negative affect	1.79 (0.59)*	1.20	1.77 (0.63)*	1.10	1.81 (0.64)*	1.17	1.44 (0.77)	0.38
Detachment	1.15 (0.68)*	0.94	1.18 (0.66)*	1.02	1.57 (0.74)*	1.60	0.92 (0.66)	0.53
Antagonism	0.94 (0.72)*	0.70	0.63 (0.51)	0.20	0.61 (0.57)	0.14	0.61 (0.51)	0.15
Disinhibition	1.67 (0.66)*	1.08	1.49 (0.56)*	0.83	1.48 (0.69)*	0.69	1.35 (0.76)	0.41
Psychoticism	1.18 (0.63)*	1.15	1.01 (0.58)*	0.88	0.99 (0.65)*	0.78	1.01 (0.69)*	0.78
Anhedonia	1.44 (0.86)*	1.02	1.44 (0.79)*	1.09	1.72 (0.84)*	1.45	1.08 (0.95)	0.46
Anxiousness	1.99 (0.74)*	1.27	1.92 (0.76)*	1.15	2.07 (0.79)*	1.34	1.54 (0.91)	0.52
Attention seeking	0.93 (0.88)	0.16	0.65 (0.83)	0.20	0.57 (0.70)	0.34	0.83 (0.91)	0.03
Callousness	0.66 (0.67)*	0.68	0.43 (0.57)	0.28	0.42 (0.62)	0.24	0.37 (0.49)	0.17
Deceitfulness	1.04 (0.91)*	0.71	0.75 (0.70)	0.37	0.69 (0.74)	0.26	0.65 (0.75)	0.19
Depressivity	1.06 (0.96)*	0.76	0.86 (0.84)*	0.55	1.22 (0.95)*	0.99	0.72 (0.89)	0.33
Distractibility	1.91 (0.84)*	1.38	1.69 (0.85)*	1.07	1.69 (0.97)*	0.97	1.62 (0.95)*	0.90
Eccentricity	1.47 (0.89)*	1.05	1.38 (0.83)*	0.98	1.41 (0.86)*	0.99	1.22 (0.95)*	0.69
Emotional lability	1.69 (0.75)*	0.47	1.73 (0.88)*	0.47	1.82 (0.79)*	0.64	1.48 (1.02)	0.13
Grandiosity	0.66 (0.63)	0.01	0.49 (0.57)	0.32	0.52 (0.70)	0.24	0.58 (0.64)	0.15

Capítulo 4. Estudio de perfiles de personalidad en función de la sustancia de consumo

Hostility	1.35 (0.87)*	0.49	1.14 (0.83)	0.20	1.08 (0.93)	0.10	0.99 (1.06)	0.01
Impulsivity	1.81 (0.80)*	1.25	1.73 (0.86)*	1.09	1.57 (0.89)*	0.86	1.51 (1.01)*	0.72
Intimacy avoidance	0.90 (0.90)	0.45	0.89 (1.07)	0.38	1.52 (1.23)*	1.01	0.64 (0.89)	0.10
Irresponsibility	1.30 (0.82)*	1.28	1.05 (0.66)*	1.05	1.16 (0.78)*	1.10	0.93 (0.83)*	0.70
Manipulativeness	1.10 (0.97)*	0.54	0.64 (0.70)	0.04	0.61 (0.68)	0.09	0.60 (0.71)	0.11
Perceptual dysregulation	0.82 (0.69)*	0.61	0.63 (0.70)	0.26	0.62 (0.72)	0.24	0.70 (0.82)	0.34
Perseveration	1.52 (0.86)*	0.72	1.41 (0.80)*	0.59	1.43 (0.90)	0.57	1.37 (0.90)	0.48
Restricted affectivity	1.25 (0.79)*	0.62	1.06 (0.81)	0.33	1.18 (0.82)	0.50	1.31 (0.76)*	0.73
Rigid perfectionism	1.42 (0.80)	0.34	1.33 (0.86)	0.20	1.25 (0.94)	0.08	1.20 (0.78)	0.02
Risk taking	1.60 (0.96)*	0.61	1.16 (0.94)	0.02	0.77 (0.69)	0.63	0.81 (0.85)	0.48
Separation insecurity	1.70 (0.84)*	1.02	1.66 (0.90)*	0.92	1.54 (1.03)*	0.69	1.29 (0.90)	0.44
Submissiveness	0.89 (0.81)	0.09	0.94 (0.84)	0.16	1.01 (0.84)	0.26	0.82 (0.92)	0.01
Suspiciousness	1.55 (0.82)*	1.10	1.23 (0.71)*	0.72	1.21 (0.94)	0.53	1.26 (0.85)*	0.65
Unusual perceptions	1.25 (0.79)*	1.12	1.01 (0.71)*	0.81	0.95 (0.79)*	0.66	1.10 (0.75)*	0.93
Withdrawal	1.12 (0.85)*	0.60	1.21 (0.80)*	0.76	1.48 (0.80)*	1.17	1.04 (0.74)	0.54

Note: * $p < .001$

DIFFERENCES IN PERSONALITY PROFILES BETWEEN THE LATENT CLASSES

Table 4.3 shows the adjusted odds ratios (AOR) between the latent classes, adjusted for age and gender. Regarding the POLY group, no statistically significant differences were observed on the domain scores in comparison with the COC-HER class. Differences between the POLY and ALC class were found for the detachment domain (AOR = 0.43, [0.21, 0.86], $p < .001$). Statistically significant adjusted odds ratios (AORs) were observed in the comparison between the POLY class and the CAN latent class for the negative affect domains (AOR = 2.27, [1.23, 4.48], $p < .001$).

In relation to the facets, following the application of the p-value correction for multiple comparisons no significant differences were found in any of the facets or for the comparison between POLY and either the COC-HER or ALC group. However, larger effect sizes were observed for depressivity (AOR = 1.60, [1.09, 2.35]), manipulativeness (AOR = 1.56, [1.04, 2.34]) and restricted affectivity (AOR = 1.74, [1.12, 2.71]) compared with the COC-HER group, and in risk taking (AOR = 1.92, [1.10, 3.38]) and the facets of anxiousness and intimacy avoidance when compared with the ALC class. In the comparison between the POLY and the CAN latent class, significant differences were observed on 4 facets (anxiousness, callousness, manipulativeness, and risk taking) (see Table 3).

Regarding the COC-HER latent class, significant differences were observed in comparison with the ALC latent class for the detachment domain (AOR = 0.48, [0.28, 0.82], $p < .05$). The greatest effect sizes were observed for the facets of intimacy avoidance (AOR = 0.66, [0.41, 0.92]) and withdrawal (AOR = 0.58, [0.35, 0.94]). Additionally, when compared with the CAN group — although the differences did not

reach significance — patients in the COC-HER group presented higher effect sizes for anxiousness (AOR = 1.77, [1.05, 2.97]) and risk taking (AOR = 1.73, [1.20, 2.85]).

Finally, when the scores of the ALC group domains were compared with the CAN class, differences were observed in detachment (AOR = 5.45, [1.94, 15.34], $p < .01$) (see Table 3). Patients in the ALC group are also more likely to present higher scores than patients in the CAN group in intimacy avoidance and withdrawal with AOR values of 2.27 and 3.34 respectively.

Table 3. Odds ratio (95% IC) of facets and domains scores by latent classes

	Class 1 vs 2	Class 1 vs 3	Class 1 vs 4	Class 2 vs 3	Class 2 vs 4	Class 3 vs 4
Negative affect	1.09 (0.64, 1.86)	0.87 (0.43, 1.76)	2.27 (1.23, 4.48)*	0.92 (0.51, 1.67)	1.89 (1.01, 3.55)	2.32 (1.04, 5.17)
Detachment	1.21 (0.73, 2.00)	0.43 (0.21, 0.86)*	1.60 (0.88, 2.92)	0.48 (0.28, 0.82)*	1.58 (0.78, 3.21)	5.45 (1.94, 15.34)*
Antagonism	1.68 (0.97, 2.89)	1.44 (0.69, 3.01)	2.39 (1.20, 4.73)	0.94 (0.46, 1.91)	1.51 (0.64, 3.55)	1.50 (0.50, 4.45)
Disinhibition	1.41 (0.83, 2.40)	0.95 (0.47, 1.91)	1.99 (1.11, 3.53)	0.91 (0.49, 1.68)	1.53 (0.79, 2.95)	2.43 (1.01, 5.85)
Psychoticism	1.56 (0.91, 2.68)	0.91 (0.45, 1.85)	1.52 (0.82, 2.80)	0.91 (0.48, 1.71)	0.88 (0.44, 1.75)	1.33 (0.56, 3.18)
Anhedonia	1.23 (0.82, 1.85)	0.90 (0.53, 1.52)	1.56 (0.99, 2.47)	0.69 (0.44, 1.09)	1.49 (0.87, 2.55)	2.22 (1.13, 4.35)
Anxiousness	0.94 (0.61, 1.47)	0.51 (0.27, 0.96)	2.02 (1.22, 3.34)*	0.72 (0.44, 1.90)	1.77 (1.05, 2.97)	2.50 (1.25, 5.00)
Attention seeking	1.27 (0.86, 1.88)	1.02 (0.57, 1.83)	1.19 (0.74, 1.90)	1.02 (0.62, 1.65)	0.92 (0.56, 1.50)	1.19 (0.58, 2.47)
Callousness	1.30 (0.75, 2.24)	1.38 (0.65, 2.94)	2.68 (1.22, 5.91)*	0.89 (0.47, 1.69)	2.04 (0.87, 4.81)	2.00 (1.01, 5.93)
Deceitfulness	1.29 (0.86, 1.94)	1.33 (0.76, 2.26)	1.79 (1.08, 2.98)	0.99 (0.58, 1.68)	1.54 (0.85, 2.79)	1.49 (0.68, 3.22)
Depressivity	1.60 (1.09, 2.35)	1.06 (0.66, 1.68)	1.47 (0.94, 2.30)	0.70 (0.46, 1.07)	1.07 (0.63, 1.81)	1.89 (1.01, 3.57)
Distractibility	1.26 (0.86, 1.85)	0.85 (0.50, 1.44)	1.45 (0.93, 2.27)	0.84 (0.54, 1.29)	1.16 (0.72, 1.86)	1.99 (1.01, 3.98)
Eccentricity	1.16 (0.79, 1.70)	0.78 (0.46, 1.30)	1.34 (0.87, 2.07)	0.85 (0.53, 1.33)	1.19 (0.72, 1.94)	1.94 (0.99, 3.82)
Emotional lability	1.14 (0.76, 1.70)	1.07 (0.59, 1.96)	1.32 (0.83, 2.11)	0.97 (0.62, 1.51)	1.20 (0.76, 1.89)	1.65 (0.85, 3.19)
Grandiosity	1.36 (0.78, 2.38)	1.00 (0.48, 2.05)	1.22 (0.65, 2.30)	0.86 (0.47, 1.55)	0.72 (0.35, 1.48)	0.76 (0.34, 1.71)
Hostility	1.14 (0.77, 1.68)	1.38 (0.82, 2.31)	1.57 (1.10, 2.46)	1.01 (0.65, 1.57)	1.44 (0.88, 2.35)	1.14 (0.63, 2.03)

Capítulo 4. Estudio de perfiles de personalidad en función de la sustancia de consumo

Impulsivity	1.07 (0.73, 1.57)	1.25 (0.73, 2.14)	1.51 (0.96, 2.38)	1.24 (0.80, 1.92)	1.30 (0.83, 2.04)	1.21 (0.66, 2.20)
Intimacy avoidance	1.14 (0.81, 1.61)	0.58 (0.37, 0.90)	1.37 (0.86, 2.20)	0.66 (0.41, 0.92)	1.28 (0.79, 2.06)	2.49 (1.37, 4.50)*
Irresponsibility	1.39 (0.89, 2.16)	0.84 (0.47, 1.50)	1.85 (1.10, 3.11)	0.75 (0.44, 1.28)	1.39 (0.77, 2.51)	2.27 (1.10, 4.70)
Manipulativeness	1.56 (1.04, 2.34)	1.46 (0.81, 2.64)	2.30 (1.31, 4.04)*	1.02 (0.59, 1.77)	1.51 (0.79, 2.86)	1.87 (0.74, 4.66)
Perceptual dysregulation	1.43 (0.89, 2.30)	1.07 (0.56, 2.03)	1.26 (0.72, 2.19)	0.95 (0.56, 1.61)	0.83 (0.47, 1.47)	0.96 (0.46, 1.99)
Perseveration	1.07 (0.73, 1.57)	0.99 (0.60, 1.64)	1.21 (0.77, 1.91)	0.90 (0.58, 1.42)	1.14 (0.69, 1.87)	1.34 (0.72, 2.49)
Restricted affectivity	1.74 (1.12, 2.71)	1.09 (0.62, 1.91)	0.90 (0.54, 1.48)	0.80 (0.50, 1.28)	0.54 (0.31, 0.95)	0.91 (0.45, 1.82)
Rigid perfectionism	1.14 (0.77, 1.68)	1.42 (0.83, 2.43)	1.42 (0.86, 2.33)	1.16 (0.76, 1.77)	1.20 (0.71, 2.04)	0.84 (0.45, 1.60)
Risk taking	1.33 (0.94, 1.88)	1.92 (1.10, 3.38)	2.78 (1.69, 4.58)*	1.49 (0.93, 2.37)	1.73 (1.20, 2.85)	1.37 (0.66, 2.82)
Separation insecurity	1.06 (0.73, 1.55)	1.20 (0.75, 1.91)	1.60 (1.11, 2.76)	1.14 (0.76, 1.71)	1.52 (0.94, 2.44)	1.27 (0.74, 2.19)
Submissiveness	0.97 (0.65, 1.44)	0.80 (0.48, 1.33)	1.09 (0.69, 1.75)	0.93 (0.59, 1.45)	1.17 (0.71, 1.94)	1.42 (0.77, 2.62)
Suspiciousness	1.40 (0.91, 2.16)	0.96 (0.58, 1.59)	1.65 (1.10, 2.74)	0.90 (0.55, 1.47)	0.98 (0.57, 1.70)	1.14 (0.62, 2.10)
Unusual perceptions	1.44 (0.94, 2.21)	1.08 (0.61, 1.92)	1.30 (0.78, 2.14)	1.07 (0.64, 1.79)	0.72 (0.40, 1.29)	0.81 (0.39, 1.66)
Withdrawal	0.99 (0.66, 1.47)	0.46 (0.25, 0.82)	1.08 (0.67, 1.74)	0.58 (0.35, 0.94)	1.10 (0.62, 1.93)	3.34 (1.36, 8.20)*

Note: * $p < .001$

4.1.4. DISCUSSION

In the present work, we have analyzed the relationship between the facets and domains defined by the Alternative Model for Personality Disorders and the consumption profiles in a sample of patients with SUD. To our knowledge, this is the first study conducted specifically on patients with SUD using an approach based on the Alternative Model for Personality Disorders. In addition, instead of analyzing the SUD for each substance separately, this paper adopts a perspective that is closer to the therapeutic contexts, identifying and comparing the polydrug profiles of patients.

Firstly, a comparison of the scores of the sample with respect to the normative scores (Gutiérrez et al., 2017) partially supports the first hypothesis proposed in this work. On the one hand, it is observed that all classes presented elevations with respect to the normative sample on three of the facets linked to the disinhibition domain (impulsivity, irresponsibility, and distractibility). These traits have consistently been identified in community drug-using samples (Flory et al., 2002; Malouff et al., 2007; Mercado et al., 2016; Terraciano et al., 2008; Somma et al., 2017) and in specific groups of patients (Malouff et al., 2007; Mercado et al., 2016; Carter et al., 2001; Kornor y Nordvik, 2007; Somma et al., 2017; Few et al., 2013). In the present study, moreover, this relationship is shown in patients with different polydrug consumption profiles. On the other hand, however, variability between the different latent classes is observed in comparison with the normative scores. In particular, in the polydrug group, moderate-high and high effect sizes have been observed on all 5 domains and for 21 of the 25 facets; in contrast, there are no notable differences with respect to the normative population in the latent class of cannabis users. These results are congruent with those of previous studies reporting greater personality alterations in polydrug patients (Graña, Muñoz y Navas, 2009; Lackner, Unterrainer, Neubauer, 2013; Martinotti et al., 2009; Preti, Prunas, Ravera y

Madeddu, 2011). In relation to the cannabis group, the facets of unusual perceptions and eccentricity — in addition to those related to the impulsive component — are those that show the greatest effect sizes in this group. In this regard, work conducted within the framework of the Five Factor Model has also indicated that these facets are mostly associated with cannabis users (Widiger y Simonsen, 2005; Flory et al., 2002; Mercado et al., 2016).

Regarding the second hypothesis in relation to patients with alcohol and cocaine use disorder, the results obtained are partially consistent with our prediction. On the one hand, significantly higher scores have been found on the facets of anxiousness, emotional lability, separation insecurity, depressivity, and impulsivity in the groups that consume alcohol (ALC and POLY) and those that use cocaine (COC-HER and POLY), compared to normative scores. The elevations found on these facets, which are involved in the diagnosis of borderline personality disorder according to the DSM-5 (APA, 2013), constitute evidence consistent with the results of other studies linking the presence of this disorder with dependence on opioids (Vélez-Moreno et al., 2017; Boog et al., 2018; Maples et al., 2015), cocaine (Grant et al., 2016; Preti et al., 2011; Kerridge et al., 2015; Skodol, Oldham y Gallaher, 1999) and alcohol (Grant et al., 2016; Boog et al., 2018; Skodol, Oldham y Gallaher, 1999; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin y Burr, 2000). However, among these three groups, only the POLY group presented high scores on the facets of hostility, deceitfulness, callousness, manipulativeness, and risk taking. According to the DSM-5, these facets are related to antisocial personality disorder (APA, 2013). Taken together, these results suggest that the impulsive dimension linked to both antisocial and borderline personality disorders is shared between the different patient profiles. In contrast, the antagonistic dimension linked to antisocial disorder appears to

be more specific on patients with a polydrug profile. This observation could help to understand the inconsistent results found in previous studies comparing the prevalence of antisocial personality disorder in different groups of patients (Van Den Bosch y Verheul, 2007; Mariani et al., 2008; Skodol et al., 1999). Previous results might be ignoring that different components of the disorder (impulsive, antagonist) could be differentially related to specific profiles of consumption. In fact, this antagonistic component has been pointed out in previous works within more severe consumption profiles (Carou, Romero y Luengo, 2017). Future research is needed to deepen into this hypothesis.

Further, the results of this study provide support for our third hypothesis. The cannabis group showed moderate-high effect sizes in comparison with the normative population on the facets of restricted affectivity, suspiciousness, unusual perceptions, and eccentricity. According to the Alternative Model of Personality Disorders of the DSM-5, these facets are related to schizotypal disorder. These results are consistent with studies that associate cannabis use with the presence of psychotic spectrum disorders (Van Den Bosch y Verheul, 2007; Pulay et al., 2009; Skodol et al., 1999; Raynal y Chabrol, 2016; Large et al., 2011). Furthermore, in a non-hypothesized manner, moderate-high effect sizes for some of these facets were also found in the COC-HER and ALC classes (unusual perceptions, suspiciousness, withdrawal, and eccentricity). The presence of these psychotic symptoms in patients with AUD has been described previously (Grant et al., 2016, Van Den Bosch y Verheul, 2007), although this result is more unexpected in the COC-HER group. The mixed consumption profile of the COC-HER group, previously described in other studies (EMCDDA 2013; Beswick et al., 2001; Fernández-Calderón et al., 2015), might partially explain the presence of these facets.

Finally, in relation to the last hypothesis formulated, as indicated above, patients with polydrug user profile show a greater tendency towards personality disorder when compared with the normative population. However, when this group is compared with the other groups of patients, these differences are markedly reduced. Thus, no significant differences have been observed in comparison with either the COC-HER group or the ALC group, whilst lower scores on negative affect were observed in comparison with the CAN class. A number of previous studies have emphasized the role of negative affectivity in various pathologies, but particularly in patients with SUD (Terracciano et al., 2008; Kotov, Gámez, Schimdt y Watson, 2010; Ruiz, Pincus y Schinka, 2008). Our results support the role of this dimension in patients with a more severe pathology.

In terms of clinical implications, the results of this work contribute towards identifying the personality patterns linked to various SUD profiles. This information can be used for the development of prevention programs for those individuals who show these risk patterns in the general population. For instance, the presence of high scores on traits such as antisociality, impulsiveness, and affective instability would allow for identifying groups at risk of developing addiction problems. Although the presence of these pathological personality traits is not the only (or determining) factor for the development of an addictive disorder, this is an important risk factor (Verheult, 2001) to be taken into account in the development of prevention programs that encourage more adaptive coping strategies. From a therapeutic perspective, the identification of personality patterns must be integrated into the psychological treatment received by patients with SUD. It is important to note that patients with psychiatric comorbidity show poorer therapeutic outcomes (Bradizza et al., 2006; Van Den Bosch y Verheul, 2007], and therefore having

knowledge of their personality patterns can help to maximize the effectiveness of therapeutic interventions.

Although the present study has generated results of great interest for both research and clinical practice, it also presents certain limitations. First, although the DSM-5 domains can be considered as extreme and pathological variants of the Five Factor Model, this correspondence is not completely isomorphic across all dimensions (Nestad et al., 2008). A notable example is the lack of complete correspondence between Psychoticism and Openness (Griffin y Samuel, 2014; Wright y Simss, 2014; Suzuki, Samuel, Pahlen y Krueger, 2015). Some authors consider that psychoticism can be a dysfunctional modality resulting from the same mechanism that produces openness, and is characterized by elevated apophenia that entails a tendency to mistakenly identify connections between unrelated phenomena (DeYoung, Carey, Krueger y Ross, 2016). In this regard, patients with SUD appear to present the pathological characteristics of openness, which coincide with psychoticism, without appearing to be the most adaptive. In addition, the dimensions defined in the FFM are bipolar, these being extreme maladaptive scores of both poles (Widiger y Mullins-Sweatt, 2009) while the AMPD includes only one maladaptive pole for each domain. On the basis of these considerations, any discussion of the results found in relation to the FFM should be approached with caution.

Another limitation worth noting is that 85% of the participants in the study were men. Whilst this asymmetric distribution of men and women has not allowed us to analyze the possible impact of gender on our results, this variable was controlled in the logistic regression. Moreover, the percentage of men and women is similar to that observed in the

demand for treatment for drug use in the general Spanish population (84% in Spain) (OEDA, 2017).

In spite of the limitations indicated, we believe that the current work has generated findings that make a novel contribution to this field of research whilst also being potentially useful for clinical practice. These findings support the predictive utility of personality facets in the different consumption patterns of substance use disorder patients.

CAPÍTULO 5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. DISCUSIÓN GENERAL

5.1.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se sintetizan las contribuciones de los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral. El debate abierto sobre el fenómeno de la comorbilidad psiquiátrica en general y de la patología dual en particular, suscita la investigación sobre la coexistencia entre los trastornos adictivos y otros trastornos mentales, y en particular con los trastornos de personalidad. El desarrollo y adaptación de instrumentos de evaluación es por tanto fundamental para la profundización en el conocimiento del fenómeno de la comorbilidad. De forma específica, el Personality Inventory para el DSM-5 ha mostrado una gran utilidad para el avance en el conocimiento del Modelo Alternativo para el diagnóstico de los Trastornos Mentales (AMTP) presentado en la Sección III del DSM-5 (APA, 2014). Su versión de 100 ítems, además, presenta como mayor ventaja la posibilidad de reducir los tiempos de administración, manteniendo las adecuadas propiedades psicométricas de la versión original. Específicamente, esta versión reducida constituye una herramienta de utilidad para el ámbito aplicado. En términos generales, consideramos que los resultados aportados en esta tesis doctoral satisfacen el objetivo general, que estaba enfocado, en primer lugar, a aportar evidencias psicométricas de la adaptación al castellano del Inventario de Personalidad para DSM-5 Short Form. Además, una vez desarrollado el estudio de las propiedades psicométricas, la presente tesis ha utilizado el instrumento para establecer los perfiles de personalidad asociados a los perfiles de consumo.

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

Estos resultados permiten entender mejor el fenómeno de la comorbilidad y por tanto aportar evidencias que ayuden a diseñar intervenciones más individualizadas y por tanto, mas eficaces.

La presente tesis resulta novedosa con respecto a otros trabajos empíricos ya existentes en diferentes aspectos. En primer lugar, se trata de un estudio realizado con pacientes en tratamiento por consumo de sustancias. Como se ha visto, la mayoría de los estudios psicométricos realizados hasta la fecha han sido con muestras comunitarias y estudiantes (Anderson et al., 2013, Ashton et al., 2012; Bagby et al, 2014; De Fruyt et al., 2013; Dhyon & Bagby, 2015; Griffin & Samuel, 2014; Gore & Widiger, 2013; Hopwood et al., 2012; Samuel et al., 2013; Sellborn et al., 2013; Suzuki et al., 2015; Wright et al., 2013). En muestras clínicas se han encontrado diversos estudios (Anderson et al., 2015; Bagby et al., 2014; Few et al., 2013; Quilty et al., 2013; Watson et al., 2013; Wright et al., 2015; Wright & Simms, 2014, Yam & Simms, 2014) aunque hasta la fecha no se han encontrado estudios realizados sobre muestras consumidoras de drogas específicamente.

En este sentido, aportar evidencias psicométricas sobre esta muestra tienen un doble interés. Por un lado, se trata de pacientes con altas tasas de comorbilidad psiquiátrica, y es previsible que este instrumento sea ampliamente utilizado en la evaluación de estos pacientes. Por ello, y siguiendo las recomendaciones de la AERA, APA y NCME (2014) para el uso de instrumentos, es necesario aportar evidencias que avalen las interpretaciones de las puntuaciones que se puedan realizar sobre estos pacientes. Por otro lado, es frecuente encontrar en estos pacientes que los síntomas derivados de la intoxicación y la abstinencia se mimeticen con los síntomas de otros trastornos mentales (Quello, Brady, & Sonne, 2005). De ahí que sea necesario aportar evidencias psicométricas sensibles a este hecho. En este sentido, este estudio estima la fiabilidad test-retest para comprobar la estabilidad de las puntuaciones, y analiza puntos de corte

estableciendo como criterio externo una medida de discapacidad funcional, tal y como se establece en el DSM-5 (APA, 2014). Este último aspecto es otra de las cuestiones novedosas que plantea la presente tesis doctoral. Samuel et al. (2013) realizó un estudio analizando el impacto que tiene sobre el diagnóstico distintos puntos de corte. Sin embargo, nuestro trabajo constituye el primero con el PID-5 que estima el punto de corte usando una medida de discapacidad funcional. Esta medida permite incorporar al proceso de diagnóstico criterios con implicaciones relevantes para el funcionamiento del paciente en su día a día.

Finalmente, hasta nuestro conocimiento, éste es el primer estudio que analiza perfiles de personalidad, utilizando la aproximación del AMTP, utilizando una perspectiva del policonsumo. Desde este punto de vista, consideramos que el presente trabajo adopta una visión próxima a los contextos terapéuticos, identificando y comparando los perfiles de policonsumo que presentan los pacientes

Con el objetivo de contextualizar los resultados obtenidos, se realiza en primer lugar un breve resumen de cuáles han sido los principales hallazgos encontrados en relación con los objetivos específicos marcados. Seguidamente, se desarrollan de forma global, las implicaciones de estos resultados a nivel metodológico, teórico y clínico. Se finaliza el capítulo con las conclusiones generales y líneas futuras planteadas para la continuación de esta línea de investigación.

5.1.2. DISCUSIÓN EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

El primer objetivo específico se planteó aportar evidencias psicométricas de la adaptación al castellano del PID-5 SF. En relación al estudio de fiabilidad como consistencia interna, los resultados suponen una evidencia parcialmente a favor de las hipótesis planteadas. Según Nunnally & Bernstein (1994), coeficientes alfas de Cronbach por encima de .70 se consideran adecuados. Estos valores son superados por 13 de las 25 facetas. Sin embargo, el número de ítems de esta versión (4 por facetas) puede justificar los valores moderados de consistencia interna, encontrando valores por encima de .65 en 21 facetas. El estudio de Maples et al. (2015) no informa de los valores de cada una de las facetas, aportando un rango de valores entre $\alpha=.67$ to $\alpha=.91$, siendo similares a los encontrados en este estudio. Valores de consistencia interna inferiores y que concuerdan con otros estudios realizados con la versión de 220 ítems se encuentran en las facetas de grandiosidad, (Strickland et al., 2013) suspicacia (Anderson, 2013; Griffin, 2014) e irresponsabilidad (Bach et al., 2015; De Clercq et al., 2014; Keeley et al., 2014; Sellbom et al., 2013; Van den Broeck, Bastiaansen, Rossi, Dierckx, & De Clercq, 2013; Van den Broeck et al., 2014). Cabe señalar valores inferiores y no esperados de consistencia interna en la faceta de pensamientos y creencias inusuales. Este resultado puede deberse al ítem 150 “*A veces influyo en los demás simplemente enviando mis pensamientos*”. El valor de correlación ítem – total corregida más bajo puede indicar una necesidad de revisión de la redacción del ítem.

Con respecto a la fiabilidad test-retest, la revisión de la literatura ha mostrado que este procedimiento sólo había sido empleado en una muestra con estudiantes (Dhillon & Bagby,

2015). Complementar el estudio de la fiabilidad como estabilidad de la medida constituye una aportación relevante sobre muestras clínicas de pacientes, especialmente en consumidores de drogas. La administración del retest tras un periodo de dos semanas aporta información sobre la estabilidad de la medida. De esta forma, una adecuada fiabilidad informa acerca de que los enunciados de los ítems pueden estar midiendo efectivamente un constructo como ‘rasgo’. En cambio, una baja fiabilidad abre la hipótesis de que algunos enunciados pudieran estar siendo comprendidos como un ‘estado’ concreto de los pacientes en el momento de la evaluación. Los resultados encontrados apoyan la estabilidad de las puntuaciones para la mayoría de las facetas. Sin embargo, como se ha observado, las facetas de ansiedad distractibilidad, labilidad emocional, disregulación perceptual y sumisión han mostrado valores bajos de fiabilidad por este procedimiento. Una posible explicación a este resultado pueda deberse al mimetismo de los síntomas del abandono del consumo de la sustancia, que pueden verse alterados en el periodo de dos semanas. Los efectos agudos del consumo o del abandono del consumo de sustancias pueden producir síntomas psiquiátricos como ansiedad o disforia, entre otros (Brady, & Sinha, 2005; Quello, Brady, & Sonne, 2005). Esto explicaría los valores bajos de correlación para estas facetas, presentándose de manera diferencial entre el test y el retest.

Desde el punto de vista de la estructura interna, los resultados aportados con el Análisis Factorial Confirmatorio da apoyo a dos estructuras teóricas, avalando las hipótesis planteadas. En primer lugar, se comprobó la estructura de cinco factores correlacionados. Dicha estructura había sido analizada previamente a través de análisis factorial exploratorio (Anderson et al., 2013; Krueger et al., 2012; Griffin & Samuel, 2014; Quilty, Ayearst, Chimielewsky, Pollock, & Bagby, 2013; Thomas, 2013; Wright et al., 2012; Wrightm & Simms, 2014), no existiendo

estudios que la analizaran sobre muestras consumidoras de drogas. Por ello, el empleo del AFC sobre esta muestra aporta más evidencias sobre la estructura teórica de los dominios de personalidad en muestras clínicas y con alta comorbilidad. Además, el resultado supone un apoyo a la relación que presenta las puntuaciones de este instrumento con los modelos de cinco factores de personalidad.

Por otro lado, en este estudio también se ha contrastado la estructura jerárquica que establece dos factores de segundo orden: internalizante y externalizante. La dimensión internalizante representa la propensión a experimentar estados de ánimos unipolares y trastornos de ansiedad y aquí aparece vinculado a las dimensiones de afecto negativo y desapego. La dimensión externalizante representa la propensión a experiencias de trastornos desinhibitorios (Clark, 2005; Krueger & Markon 2006) y aquí aparece vinculado a los dominios de desinhibición y antagonismo. Existen diversos estudios previos que han contrastado esta estructura (Clercq et al., 2013, Morey et al., 2013; Van der Broeck, et al., 2014). Con respecto a los anteriores, en este estudio se han realizado dos aportaciones novedosas. La primera es contrastar desde un punto de vista confirmatorio esta estructura utilizando el PID-5 en su versión de 100 ítems, lo que aporta una evidencia de validez en cuanto a la estructura del instrumento. En segundo lugar, el resultado supone un apoyo a la relación de las puntuaciones con modelos de personalidad que se centran en niveles superiores de la jerarquía, proporcionando un marco general al funcionamiento de la personalidad y a los trastornos psicopatológicos (Krueger & Markon 2006).

Por último, el presente estudio evidencia las relaciones entre las puntuaciones PID-5-SF y los indicadores WHODAS 2.0 de la funcionalidad de estos pacientes con trastorno por consumo

de sustancias. Para estos tipos de pacientes, tanto el consumo de sustancias como los trastornos de la personalidad tienen un impacto en los resultados relacionados con el estado psicosocial y su calidad de vida (Lozano, Rojas y Fernández-Calderón, 2017; Vélez-Moreno et al., 2016). Sin embargo, hasta la fecha, la relación entre la discapacidad funcional y las facetas de la personalidad aún no se ha analizado en profundidad. En este sentido, el presente proporciona nuevas pruebas de que algunas de las facetas se relacionan más fuertemente que otras con varios dominios del estado funcional de los pacientes. Específicamente, las facetas de la personalidad están más directamente relacionadas con las dimensiones de comprensión, comunicación y participación en la sociedad. Estos resultados son parcialmente consistentes con los reportados por Keeley et al. (2014) con una muestra clínica. Estos autores informan que las facetas están más estrechamente relacionadas con los dominios de la WHODAS 2.2 de “comprensión y comunicación”, “llevarse bien con las personas” y “participar en la sociedad”. Del mismo modo, en una muestra de estudiantes universitarios, Wright et al. (2012) encontraron que los rasgos de personalidad identificados en el DSM-5 están relacionados principalmente con el deterioro interpersonal. De manera similar, en la presente muestra de pacientes con diagnóstico dual, también se observa que las puntuaciones en las facetas del PID-5-SF están relacionadas principalmente con aspectos de las relaciones interpersonales de estos pacientes, lo que constituye una evidencia de validez, consistente con la mostrada por otros autores.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

El segundo objetivo específico de este trabajo es establecer los puntos de corte funcionales para el diagnóstico de los TP utilizando la información obtenida con la WHODAS 2.0, y discutir su congruencia con puntos de corte normativos.

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

En términos generales, los resultados apoyan las hipótesis formuladas, y muestran que el PID-5 tiene buena capacidad discriminativa de la disfuncionalidad evaluada por el WHODAS 2.0 en la mayor parte de facetas. Estudios previos muestran como las puntuaciones en las facetas de personalidad han mostrado relación con las puntuaciones de la WHODAS 2.0, particularmente en las dimensiones de comprensión y comunicación, relaciones, participación en sociedad (Díaz-Batanero et al., 2017; Keeley, Flanagan y McCluskey, 2014). Se observa además mayor capacidad discriminativa en las facetas vinculadas a la afectividad negativa (depresión, ansiedad, perseveración, sumisión, inseguridad de separación y suspicacia). Esta dimensión ha sido anteriormente asociada a la mayor parte de trastornos de personalidad, y predictivo de mayores niveles de patología y disfuncionalidad (Kotov et al., 2017). Por el contrario, las facetas de búsqueda de atención, insensibilidad, grandiosidad, hostilidad, impulsividad, evitación de la intimidad, manipulación, afectividad restringida y perfeccionismo rígido no tienen capacidad discriminativa en términos de discapacidad funcional. Congruentemente, trabajos previos encontraron que la búsqueda de atención, la afectividad restringida, manipulación y el perfeccionismo rígido mostraban niveles similares entre las muestras clínica y comunitaria (Gutiérrez et al., 2015; Watson, Stasik, Ro y Clark, 2013). Posiblemente la elevación de estas facetas no ocasione una dificultad en el funcionamiento normal de los pacientes.

Por otro lado, se ha mostrado que en 16 de las 25 facetas los puntos de corte obtenidos utilizando este criterio funcional superan los valores correspondientes a la puntuación T65 (criterio normativo). Ello se debe, en gran medida, a que se ha primado la especificidad frente a la sensibilidad, con el objetivo de reducir los falsos positivos. Consideramos que esta aproximación es prudente con respecto al criterio T65 para su empleo en muestras clínicas,

pudiendo estar este último criterio más indicado para estudios epidemiológicos poblacionales. En estos últimos, es poco probable que las muestras de población normativa presenten diversidad sintomática. Samuel et al. (2013) realizó un estudio analizando el impacto que tiene sobre el diagnóstico distintos puntos de corte. Sin embargo, nuestro trabajo constituye el primero con el PID-5 que estima el punto de corte usando una medida de discapacidad funcional. Un criterio de discapacidad funcional como el propuesto en este estudio podría ser excesivamente exigente para detectar posibles casos de personas con trastornos de personalidad, que requerirían una evaluación posterior. En cambio, en muestras clínicas puede resultar más apropiado primar la especificidad para detectar el trastorno. Esto permitiría a los terapeutas planificar una intervención más orientada hacia aquellos trastornos que originan una mayor discapacidad funcional en la vida diaria de los pacientes.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Finalmente, el tercer objetivo específico de este trabajo analiza que facetas estarían asociadas a los distintos perfiles de consumo en un grupo de pacientes diagnosticados con SUD.

En relación a los perfiles de consumo, se observa cuatro clases latentes: un primer clúster con un perfil de policonsumo (POLI), en el que todos los pacientes presentan trastorno por consumo de cocaína, un 93.1% a cannabis y un 59.8% a alcohol. En el segundo cluster también se observa una mayoría de pacientes con trastorno por consumo de cocaína (91.1%) y un 55.6% con trastorno por consumo de heroína (grupo COC-HER) Los clústeres 3 y 4 corresponden a pacientes con trastorno por consumo de alcohol (ALC) y cannabis (CAN) exclusivamente, respectivamente. en este trabajo se adopta una visión próxima a los contextos terapéuticos, identificando y comparando los perfiles de policonsumo que presentan los pacientes. Las clases

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

observadas muestran un perfil similar a los descritos en estudios previos, donde emergen perfiles de policonsumidores y perfiles de consumidores de cocaína y heroína (EMCDDA, 2013; Beswick et al., 2001; Fernández-Calderón, Fernández, Ruiz-Curado, Verdejo-García & Lozano, 2015) habitual en Andalucía.

La comparación de las puntuaciones de cada uno de los cluster obtenidos con respecto a las puntuaciones normativas en las facetas del PID-5 (Gutiérrez et al., 2017) apoyan parcialmente las hipótesis establecidas en este trabajo. En primer lugar, la clase latente POLI, integrada por pacientes con trastorno por consumo de cocaína y cannabis principalmente, muestra tamaños del efecto moderados-altos y altos coherentes en todas las facetas correspondientes al trastorno antisocial, límite y esquizotípico en la comparación con la muestra normativa. Así, por un lado, tanto el trastorno de personalidad antisocial como el trastorno límite han sido identificados clásicamente como trastornos del ‘cluster B’, fuertemente asociados al consumo de cocaína (Bradizza, Stasiewicz, & Paas, 2006; Chen et al., 2011; Trull, et al., 2000). Por otro lado, la literatura especializada señala que el trastorno por uso del cannabis también se encuentra asociado consistentemente al trastorno esquizotípico y el límite (Kerridge et al., 2018; Raynal & Chabrol, 2016). Además, se observa un mayor número de facetas desadaptativas en este grupo, congruente con los estudios que informan mayores alteraciones de la personalidad en pacientes policonsumidores (Graña, Muñoz & Navas, 2009; Kotov, Gamez, Schimdt & Watson, 2010; Lackner, Unterrainer & Neubauer, 2013; Preti, Prunas, Ravera & Madeddu, 2011, Martinotti et al., 2009).

La segunda clase latente COC-HER muestra un perfil, previamente descrito (EMCDDA, 2013; Beswick et al., 2001; Fernández-Calderón, Fernández, Ruiz-Curado, Verdejo-García & Lozano, 2015), y habitual de consumo en Andalucía. Este grupo presenta un patrón de puntuaciones en comparación con la población normativa menos definido. Atendiendo a los tamaños del efecto, se obtienen tamaños moderados-elevados en cuatro de las facetas correspondiente al trastorno límite y en tres facetas correspondiente al trastorno esquizotípico. Ambos trastornos han sido asociados en la literatura especializada a los pacientes con dependencia a opiáceos (Kerridge et al., 2015; Saha et al., 2016) y cocaína (Grant et al., 2016). Sin embargo, de forma adicional, hay que señalar que en esta clase latente se observan puntuaciones más acentuadas en los dominios de afecto negativo, desinhibición y psicoticismo. Este resultado ha sido reportado en consumidores de opioides en algunos trabajos dentro del modelo de cinco factores (Carter et al., 2001; Kornør & Nordvik, 2007; Terracciano et al., 2008).

En los pacientes de la clase latente ALC se observan tamaños del efecto moderados y elevados en todas las facetas requeridas para el trastorno límite, a excepción de hostilidad. La asociación de este trastorno en pacientes con trastorno por uso de alcohol también ha sido descrita previamente (Chen et al., 2011; Grant et al., 2004). De forma añadida, este grupo también puntúa más elevado en cuatro de las facetas requeridas para el trastorno esquizotípico (pensamientos inusuales, excentricidad, abandono y suspicacia). En esta misma línea, Chen et al., (2011) encontró relación entre el trastorno por uso de alcohol y síntomas psicóticos. Asimismo, los tamaños del efecto observados para las facetas de este trastorno reflejan en esta clase latente una mayor prominencia de las facetas del dominio de afecto negativo. Este resultado sería congruente con trabajos previos (Kotov et al., 2010, Ruiz et al., 2008), si bien

Creswell et al. (2015) apunta a la necesidad de considerar la varianza compartida entre este dominio y el resto.

Finalmente, en este estudio emerge una clase latente asociada a pacientes con consumo de cannabis exclusivamente. Como se ha mostrado, estos pacientes son los más jóvenes, y conformado por pacientes de tratamiento ambulatorio y las USMC. Desde el punto de vista de las facetas, es el grupo con menor diferencias respecto a la población normativa, no llegando a delimitar claramente ningún trastorno de personalidad. No obstante, sí se observan tamaños del efecto moderados-altos en comparación con la población normativa en facetas correspondientes al trastorno esquizotípico, lo cual es parcialmente congruente con los resultados de estudios previos con consumidores de cannabis (Hasin et al., 2016; Pulay et al., 2009). Desde el punto de vista de los dominios, se observan tamaños del efecto moderados-altos en desapego y psicoticismo. Este resultado es congruente con los estudios realizados con el modelo de cinco factores, donde se señala baja extraversión y elevada apertura a la experiencia en este grupo de consumidores (Flory et al., 2002; Mercado et al., 2016; Terraciano et al., 2008).

La comparación entre las clases latentes, controlando por edad y sexo, también ha mostrado resultados de interés para la comprensión de las diferencias entre estos grupos de consumidores. En términos de trastornos, la comparación POLI-CAN refleja que en la primera clase latente los pacientes presentan más prominencia en las facetas relacionadas con el trastorno antisocial y del trastorno límite. En relación al trastorno antisocial, Chen et al. (2011) encontraron una mayor prevalencia de este trastorno en pacientes con dependencia a cannabis en comparación con otros grupos de consumidores, mientras que otros autores no observan

diferencias significativas cuando comparan estos grupos de pacientes (Mariani et al., 2008; Skodol et al., 1999). En cambio, en el estudio de Skodol et al. (1999) sí se detecta asociación del trastorno límite a la dependencia a estimulantes y no a cannabis. Por lo tanto, los resultados de este estudio difieren de los observados previamente hasta ahora. Otra de las diferencias ha sido la observada entre las clases latentes ALC-CAN en relación a las facetas relacionadas con el trastorno evitativo. Los pacientes agrupados en la clase latente ALC reflejan rasgos más prominentes hacia dicho trastorno, no detectadas previamente en la literatura especializada.

Desde el punto de vista de los dominios, en el presente estudio los resultados sugieren por un lado la relevancia del dominio de afecto negativo y la desinhibición en todos los pacientes, salvo en el grupo de consumidores de cannabis. Diversos trabajos han señalado especialmente el papel del afecto negativo en el desarrollo de numerosos trastornos, incluido el trastorno por uso de sustancias (Terracciano et al., 2008; Kotov, Gámez, Schimdt y Watson, 2010; Ruiz, Pincus y Schinka, 2008). Nuestros resultados por tanto, apoyarían el rol de esta dimensión en la severidad del trastornos.

También los resultados del trabajo muestran puntuaciones más elevadas en desapego en los pacientes con trastorno por uso de alcohol. Este resultado, difiere de trabajos anteriores (Creswell et al. 2015; Few et al, 2013). Sin embargo, dentro del marco del modelo de cinco factores Sher, Grekin & Williams (2005) señalan que los resultados inconsistentes encontrados en la relación entre trastorno por uso de alcohol y extraversión pueden estar relacionado con la fase del trastorno. Mientras que sujetos con mayores puntuaciones en extraversión pueden tener mayor predisposición a consumir alcohol, es posible que en tanto el trastorno avanza, los pacientes con trastorno por uso de alcohol desarrollen un descenso en la sociabilidad. Finalmente, hay que señalar que el grupo CAN es el que muestra puntuaciones menos elevadas

en comparación con el resto de pacientes en los dominios de afecto negativo, desapego, antagonismo y desinhibición, resultado en la línea de Terraciano et al., (2008). Este resultado además muestra, que en este trabajo este grupo es el que menos difiere en dominios y facetas respecto a las puntuaciones normativas.

5.2. CONCLUSIONES

A partir de los resultados de esta investigación se derivan las siguientes conclusiones:

1. La adaptación al castellano del PID-5SF es un instrumento que presenta una moderada consistencia interna, pero adecuada, considerando el reducido número de ítems que contiene cada faceta.
2. El estudio de estabilidad test retest, muestra valores bajos de fiabilidad por este procedimiento en las facetas de ansiedad distractibilidad, labilidad emocional, desregulación perceptual y sumisión. Cabría considerar la posible influencia de los efectos del consumo o de retirada del consumo de los pacientes consumidores en tratamiento en la evaluación de estas facetas.
3. La estructura factorial de la adaptación al castellano del PID-5SF es coherente con el planteamiento conceptual de la versión original (Krueger et al., 2012) y con los modelos jerárquicos emergentes en psicopatología: MATP (APA, 2014) e HiTOP (Kotov et al., 2017).
4. Las puntuaciones de la adaptación al castellano del PID-5SF presentan relación con la discapacidad funcional, evaluada por la WHODAS 2.2, particularmente en el

funcionamiento psicosocial, evaluado por los dominios de comunicación y participación en la sociedad.

5. Los puntos de corte establecidos de acuerdo a criterios funcionales, exceden a los criterios normativos en la mayoría de las facetas del PID-5SF, especialmente aquellas facetas vinculadas al afecto negativo.
6. El grupo de consumidores con un perfil de policonsumo muestra mayor número de facetas desadaptativas en comparación con el resto de grupos, mostrando también tamaños del efecto moderados-altos y altos coherentes en todas las facetas correspondientes al trastorno antisocial, límite y esquizotípico.
7. Los pacientes con consumo exclusivo de alcohol muestran un perfil compatible con rasgos del trastorno límite y esquizotípico.
8. Los pacientes con consumo conjunto de cocaína y heroína presentan un perfil menos definido con rasgos incluidos en los trastornos límite y esquizotípico.
9. Los pacientes con consumo exclusivo de cannabis son el grupo con un perfil más similar al del grupo normativo, con determinadas facetas elevadas, presentes en el trastorno esquizotípico.
10. Todos los grupos de consumidores, a excepción de los consumidores de cannabis, presentan elevaciones en las dimensiones de desinhibición y afecto negativo, siendo estas dos dimensiones las que parecen estar implicadas en el trastorno por uso de sustancias con mayor severidad.
11. Se observa puntuaciones más elevadas en el dominio de desapego en los pacientes con trastorno por uso de alcohol que puede estar asociada a la fase de la adicción de estos pacientes.

5.3. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

La presente tesis doctoral constituye un conjunto de evidencias empíricas con implicaciones a distintos niveles: metodológico, teórico y clínico.

A nivel metodológico, el desarrollo y adaptación de instrumentos de evaluación permite la profundización en el conocimiento del fenómeno de la comorbilidad, a la vez que proporciona herramientas de utilidad para el ámbito aplicado. El estudio de las propiedades psicométricas de la adaptación al castellano del PID-5SF permite incorporar esta herramienta en el contexto español.

Por otro lado, en relación al estudio de la capacidad discriminativa, cada año son diversos los artículos que se publican alertando sobre la brecha entre la investigación y la práctica clínica en salud mental, que engloba tanto a los tratamientos farmacológicos, como a las intervenciones psicológicas y los instrumentos de evaluación. En el caso concreto de los instrumentos de evaluación, esta reiterada llamada de atención contrasta con que son muchos los artículos que se publican sobre propiedades psicométricas, pero son pocos los artículos centrados en dotar de significado clínico a las puntuaciones de los instrumentos. Esto está generando un banco de instrumentos de evaluación que cada año se agranda y que encuentra su nicho en el campo de la investigación, pero que poco contribuye a la práctica clínica diaria, como ya han manifestado diversos autores (p.e. Bowling, 2014; Streiner, Norman y Cairner, 2015). En este sentido,

consideramos que los resultados obtenidos contribuyen a estrechar la distancia entre ambos ámbitos.

A nivel teórico, las evidencias aportadas en relación a la estructura interna contribuyendo al conocimiento de los trastornos mentales en modelos jerárquicos dimensionales como el AMTP. Gran parte de la evidencia empírica obtenida en las últimas décadas sobre la nosología de los trastornos mentales apunta hacia la organización de éstos de acuerdo a una estructura jerárquica (Forbush & Watson, 2013; Krueger y Markon, 2006; Markon, 2010; Kotov, et al., 2011; Røysamb et al., 2011; Wright et al, 2013). También, numerosas evidencias sobre esta organización jerárquica están surgiendo desde el campo genético (p. e. Gustavson, Franz, Panizzon, Lyons y Kremen, 2019; Marceaa, Laurent et al., 2015), neurobiológico (Kendler et al., 2011; Krueger et al., 2018; Markon et al., 2011; Waszczuk et al, 2018), o clínico (Eaton, Krueger, Oltmans, 2011; Kramer, Krueger & Hicks, 2008). Los resultados aportados en la presente tesis doctoral suponen otra evidencia adicional a la organización de los trastornos de personalidad de acuerdo a la estructura jerárquica, evidenciando dos factores de segundo orden (internalizante y externalizante). Esta estructura jerárquica permite contextualizar dentro de un modelo teórico el fenómeno de la comorbilidad. Incluso, esta organización de los trastornos se ha mostrado invariante en relación al género. Esto es, a pesar de las prevalencias diferenciales de numerosos trastornos entre hombres y mujeres (Kessler et al., 2003; Van de Velde, Bracke y Levecque, 2010), las diferencias se explican por las diferencias en los niveles de las dimensiones y no por una estructura diferencial de relaciones entre trastornos (Kramer, Krueger, & Hicks,

2008). Estas evidencias consideramos pueden ser integradas hacia la búsqueda de mejores sistemas de clasificación psiquiátricos.

En cuanto a las *implicaciones clínicas*, la adaptación al castellano del PID-5SF supone una aportación a contextos clínicos. Organismos como el National Institute of Mental Health (NIMH) han hecho una llamada para el desarrollo de sistemas diagnósticos y de intervención transdiagnósticos (Insel et al., 2013). La literatura sugiere que múltiples intervenciones diseñadas para tratar un trastorno específico, han mostrado resultados beneficiosos para abordar otros trastornos considerados distintos desde los modelos categóricos (Weitz et al., 2018). De esta forma, las propuestas terapéuticas transdiagnósticas centran el foco, no tanto en la categoría diagnóstica concreta de un paciente, sino en la evaluación e intervención de las dimensiones sintomatológicas subyacentes, comunes de cada uno de los trastornos psicológicos (Barlow et al., 2017). Un ejemplo de este tipo de intervenciones es el Protocolo Unificado, que está mostrando mejoras en una alta variedad de pacientes con un menor coste (Bullis et al., 2015; García-Escalera et al., 2017; Leichsring y Salzer, 2014; Norton y Paulus, 2016). El PID-5SF, al plantear la evaluación dimensional de la sintomatología de múltiples trastornos de forma simultánea, podrían ser utilizado como herramientas de diagnóstico de acuerdo a las orientaciones transdiagnósticas señaladas anteriormente.

También los resultados obtenidos en relación al estudio de perfiles, los resultados de la presente tesis doctoral contribuyen a la identificación de perfiles de personalidad ligados a los distintos perfiles de consumo. Esta información puede ser utilizada para desarrollar programas de prevención en aquellos sujetos con perfiles de riesgo en estudios poblacionales. La presencia de puntuaciones elevadas en rasgos vinculados a la impulsividad, inestabilidad emocional y

antisocialidad podrían suponer la identificación de grupos de riesgo en el desarrollo de problemas adictivos. También, en las fases iniciales de atención a los pacientes que acuden a los servicios de drogodependencias, una evaluación previa de la personalidad resulta fundamental para el abordaje terapéutico (Bagby et al., 2008; Quilty et al., 2008), permitiendo personalizar la intervención en los rasgos patológicos.

5.4. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Si bien el presente estudio presenta resultados de interés y novedosos bajo una perspectiva psicométrica y clínica con el PID-5 en su versión de 100 ítems, este estudio no está exento de *limitaciones*. Una de estas limitaciones puede establecerse en el tamaño de la muestra. El estudio se ha realizado con una muestra de 282 pacientes, frente a otros estudios psicométricos con el PID-5 que se han realizado con muestras de tamaño superior. No obstante, la mayoría de los anteriores se han realizado con muestras no clínicas. Los estudios con muestras clínicas con el PID-5 realizados hasta la fecha cuentan con tamaños de muestras entre 91 (Keeley, Flanagan, & McCluskey, 2014) y 628 (Wright & Simms, 2014) pacientes. Tan solo en cuatro estudios el tamaño muestral es superior a nuestro estudio (Anderson et al., 2015; Bagby, Sellbom, et al., 2014; Wright & Simms, 2014; Yam & Simms 2014). A pesar de esta limitación, consideramos que el tamaño de la muestra es suficiente para aplicar satisfactoriamente los análisis estadísticos ejecutados. Previsiblemente, incrementar el tamaño de la muestra contribuiría a mejorar la fiabilidad estimada al incrementarse la variabilidad. Por otro lado, hay

que señalar que la muestra ha sido obtenida en un estudio multicéntrico, incrementando la representatividad del perfil clínico de la muestra.

También en relación a la muestra, es de interés señalar la proporción desigual de hombres y mujeres en la muestra. El 85% de la muestra está formada por hombres. Esta distribución asimétrica, habitual entre consumidores de sustancias (OEDA, 2017) no ha permitido analizar el posible impacto del género en los resultados, si bien ésta ha sido controlada en los análisis de regresión logística.

Por otro lado, la naturaleza egosintónica de muchos de los rasgos de personalidad deriva con frecuencia en sesgos o errores de las respuestas de éstos (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2006). Por ello, evaluar los rasgos de la personalidad exclusivamente en base a auto-informes supone una importante limitación (Echeburúa, Amor, y Corral, 2003). Estudios futuros deberían complementar los datos obtenidos en el auto-informe con información provista por otros informantes cercanos al paciente (familia, amigos, etc.). Esto podría mejorar la evaluación del paciente en cuanto al funcionamiento asociado a facetas como grandiosidad o insensibilidad. Además, un uso óptimo de múltiples fuentes de datos podría mejorar la predicción del comportamiento en la evaluación psicopatológica (Ready, Watson, & Clark, 2002).

Por otro lado, aunque los dominios del DSM-5 pueden ser considerados como variantes extremas y patológicas de los del modelo de cinco factores, esta correspondencia no es completamente isomórfica en todas las dimensiones (Nestadt et al., 2008). Un ejemplo señalado es la falta de correspondencia completa entre “Psychoticism y Openness” (Griffin & Samuel,

2014; Wright & Simms, 2014; Suzuki et al., 2015). Algunos autores consideran que psicoticismo puede ser una modalidad disfuncional del mismo mecanismo que produce apertura a la experiencia y que se caracteriza por elevada apophenia que implica una tendencia a identificar erróneamente como reales patrones que no lo son (DeYoung, Carey, Krueger & Ross, 2016). De este modo, los pacientes con TUS parecen presentar las características patológicas de “openness”, que coinciden con “psychoticism”, sin que aparezcan las más adaptativas.

Otro aspecto señalado en cuanto a la falta de correspondencia total entre ambos modelos, es que las dimensiones definidas dentro del modelo de cinco factores son bipolares, siendo desadaptativas las puntuaciones extremas de ambos polos (Widiger & Mullins-Sweatt, 2009), no siendo así desde el MATP, donde cada dominio tendría tan sólo un extremo desadaptativo. Finalmente, algunos estudios han encontrado además que los instrumentos diseñados para ambos modelos difieren en términos de precisión y sensibilidad, siendo más sensibles las pruebas del modelo de cinco factores (por ejemplo, el IPIP-NEO) en los niveles superiores e inferiores de responsabilidad y amabilidad (Suzuki, Samuel, Pahlen & Krueger, 2015). Estos aspectos hacen que la discusión de los resultados encontrados en relación al modelo de cinco factores deba ser tomados con cautela y haciendo necesario seguir aportando evidencias dentro del MATP.

Así pues, aún teniendo en cuenta las limitaciones señaladas, consideramos que los resultados obtenidos avalan convenientemente el empleo del PID-5 en su versión de 100 ítems en este perfil de pacientes, así como los resultados obtenidos a nivel teórico en relación a los perfiles de personalidad de los pacientes en función de su perfil de consumo.

Atendiendo a *futuras líneas de investigación*, además de las derivadas de las limitaciones indicadas anteriormente, cabría continuar con el estudio de la utilidad clínica del instrumento.

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

Como señala el Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN), para que un instrumento pueda ser aplicado en el ámbito clínico es necesario que se aporten evidencias empíricas en relación a la interpretación de las puntuaciones, especialmente la sensibilidad e interpretabilidad de sus puntuaciones (Mokkink et al., 2016). Esto es, se trata de determinar la capacidad de las puntuaciones del instrumento para discriminar distintos grados de severidad de las patologías evaluadas, que requerirán de diferente grado de intervención terapéutica. En segundo lugar, es también fundamental determinar cómo las variaciones de las puntuaciones de un sujeto tras una intervención, o simplemente como evolución de la patología, pueden ser atribuibles a cambios clínicos efectivos de los pacientes y no a fluctuaciones debidas al error de medida de los instrumentos (Wise, 2004, Mancheño et al., 2018). Y, finalmente, es necesario analizar en qué medida los distintos niveles de puntuaciones del instrumento tienen un correlato sustantivo con medidas interpretables de discapacidad, impacto de la enfermedad y calidad de vida (Gatchel, Lurie y Mayer, 2010). A este respecto, el DSM y la CIE señalan la importancia de valorar no sólo los diagnósticos de los pacientes, sino aspectos centrales como la funcionalidad y su calidad de vida a través de instrumentos, como, por ejemplo, la WHODAS-II y el EQ-5D (APA, 2013; WHO, 2017). En la presente tesis doctoral se ha iniciado el estudio de la capacidad discriminativa del PID-5 del deterioro funcional medido con la WODAS-II, pero cabría continuar aportando evidencias que complementen las aportadas en este trabajo. Para ello sería necesario incorporar estudios de tipo longitudinal que permitan un análisis de la evolución de las puntuaciones del PID-5 tras la intervención, así como los correlatos de las modificaciones con medidas de funcionalidad.

Autores como Wise vienen señalando desde el año 2004 la necesidad de aportar instrumentos que evalúen la severidad de los trastornos y cuyas puntuaciones evidencien

correlatos con medidas de funcionalidad y calidad de vida para que tengan una utilidad práctica en el ámbito clínico (Wise, 2004). Estos resultados permitirían que el PID-5 pueda ser incorporado como una herramienta útil al proceso de toma de decisiones clínicas, particularmente en relación a la aplicación del tratamiento, evaluación del mismo y predicción de necesidades asistenciales futuras (First et al., 2004; Pincus, et al., 2004; Mullins-Sweatt y Widiger, 2009).

Otra de las líneas futuras de trabajo que podrían apuntarse es el estudio de la estructura de personalidad desde la perspectiva del análisis de redes empíricas. Si se analiza todos los modelos planteados en el siglo pasado en relación a la personalidad - tanto los categóricos como ahora el modelo dimensional del DSM-5 – éstos están basados en la idea de que los síntomas de cualquier trastorno mental son indicadores de una variable latente subyacente con entidad propia que puede ser medida a través de esos indicadores (Borsboom 2008). Este paradigma tradicional ha estado muy influenciado por un lado por los modelos médicos donde una causa orgánica (enfermedad) ocasiona un conjunto de síntomas, y por otro lado por las herramientas psicométricas y analíticas disponibles hasta la fecha (Borsboom & Cramer, 2013). Los modelos de variable latente han jugado un papel sustancial en la explicación de los fenómenos psicológicos en el último siglo (Borsboom et al. 2003). Sin embargo, recientemente, empiezan a surgir críticas que afirman que no hay evidencia suficiente para pensar que la mayor parte de los trastornos DSM no sean más que meras etiquetas y no verdaderos trastornos (Hyman, 2010).

Los análisis de redes empíricas han permitido dar un giro a los modelos psicopatológicos (Schmittmann et al., 2013), sugiriendo que la variable latente (trastorno) no sería la causa común de la covariación entre síntomas sino que los trastornos mentales son un conjunto de síntomas

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

que ocurren de forma simultánea de una forma no arbitraria, relacionándose entre sí (Borsboom 2008; Borsboom et al. 2003; Borsboom & Cramer, 2013; Schmittmann et al., 2013). Sería este patrón de relaciones lo que podría definir como un trastorno. Por tanto, desde esta óptica, el interés se centra en estudiar las relaciones entre los diferentes síntomas (McNally, 2016). Diversos autores han aplicado el análisis de redes para explorar las interacciones causales entre síntomas en trastornos como la depresión (Fried, Epskamp, Nesse, Tuerlinckx & Borsboom, 2016), esquizofrenia (van Kampen, 2014), trastorno por uso de sustancias (Rhemtulla et al., 2016), pero aún no hay estudios que hayan aplicado esta herramienta analítica al estudio de la personalidad. La aplicación del análisis de redes al estudio del MATP supondría una contribución teórica de gran interés.

REFERENCIAS

Referencias



-
- Abdi, R., & Chalabianloo, G. (2017). A preliminary study of adaptation and psychometric properties of the short form adult version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Personality Inventory fifth edition DSM-5 (PID-5-BF). *Quarterly Journal of Psychology Modern Researches*, 11(45), 131–154.
- Aguilar, I. (2016). El abordaje del término patología dual en la legislación y planificación autonómica. *Revista española de drogodependencias*, (3), 85-96.
- Aharonovich, E., Nguyen, H.T., Nunes, E.V. (2001). Anger and depressive states among treatment-seeking drug abusers: Testing the psychopharmacological specificity hypothesis. *American Journal of Addiction*, 10, 327–334.
- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM–5 (PID–5): Current status and future directions. *Journal of personality assessment*, 98(1), 62-81.
- Álvaro-Brun, E., & Vegue-González, M. (2008). Validez del Cuestionario Internacional Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10(2), 12-17.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association APA (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ªed.revisada) (DSM-III-R)*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ed). Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)] Madrid: Panamericana.
- Anderson, J. L., & Sellbom, M. (2015). Construct validity of the DSM–5 section III personality trait profile for borderline personality disorder. *Journal of personality assessment, 97*(5), 478-486.
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Ayearst, L., Quilty, L. C., Chmielewski, M., & Bagby, R. M. (2015). Associations between DSM–5 Section III personality traits and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory–2– Restructured Form (MMPI–2– RF) scales in a psychiatric patient sample. *Psychological Assessment, 27*, 801–815.
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Veltri, C. O., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2013). On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets implications for assessment of DSM-5 personality traits. *Assessment, 20*(3), 286-294.
- Anderson, J. L., Sellbom, M., & Salekin, R. (2016). Utility of the personality inventory for DSM-5 brief form (PID-5-BF) in the measurement of maladaptive personality and psychopathology. *Assessment, 29*, 1-12
- Anderson, J., Snider, S., Sellbom, M., Krueger, R., & Hopwood, C. (2014). A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures. *Psychiatry Research, 216*(3), 363-372.
- Arenas, F., del Valle, M., López, R., Martín, J., & Tirado, P. (2003). *Programa de intervención. comunidad terapéutica en Andalucía*. Sevilla: Consejería de asuntos sociales. Comisionado para las drogodependencias, Junta de Andalucía.

- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., ... & Babin, F. (2013). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 6*(3), 121-128.
- Arias-Horcajadas, F., Basurte, I., Vega, P., & Mesias, B. (2017). Madrid Study (Spain) on the Prevalence and Characteristics of Outpatients with Dual Disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment, 16*(4), 187–200.
- Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., & Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of general psychiatry, 57*(10), 979-986.
- Ashton, M. C., Lee, K., de Vries, R. E., Hendrickse, J., & Born, M. P. (2012). The maladaptive personality traits of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in relation to the HEXACO personality factors and schizotypy/dissociation. *Journal of Personality Disorders, 26*(5), 641.

B

- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., . . . DeHert, M. (2015). The construct validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a clinical sample. *Assessment, 23*(1), 42-51.
- Bach, B., Maples, J., Bo, S., & Simonsen, E. (2016). The alternative DSM-5 personality disorder traits criterion: A comparative examination of the three self-report forms in a danish population. *Personality disorders: Theory, research, and treatment, 2*, 124-135.

Referencias

- Bach, B., Sellbom, M., Simonsen, E. (2017). Personality inventory for DSM-5 (PID-5) in clinical versus nonclinical individuals: Generalizability of psychometric features. *Assessment*, 1-11.
- Bagby, R. M., Sellbom, M., Ayearst, L. E., Chmielewski, M. S., Anderson, J. L., & Quilty, L. C. (2014). Exploring the hierarchical structure of the MMPI-2-RF personality psychopathology five in psychiatric patient and university student samples. *Journal of personality assessment*, 96(2), 166-172.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF: Manual for administration, scoring and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Bender, D. (2007). Alianza terapéutica. En. JM Oldham, AE Skodol y D Bender, *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 407-422). Madrid. Elseiver Masson.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2), 238.
- Beswick, T., Best, D., Rees, S., Coomber, R., Gossop, M., & Strang, J. (2001). Multiple drug use: patterns and practices of heroin and crack use in a population of opiate addicts in treatment. *Drug and Alcohol Review*, 20(2), 201-204.
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health: investigating health and health services*. McGraw-hill education (UK).
- Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., & Paas, N. D. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. *Clinical psychology review*, 26(2), 162-178.
- Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1483-1493.
- Brugha, T. S., Bebbington, P. E., & Jenkins, R. (1999). A difference that

- matters: comparisons of structured and semi-structured psychiatric diagnostic interviews in the general population. *Psychological Medicine*, 29(5), 1013-1020.
- Brugha, T. S., Jenkins, R., Taub, N., Meltzer, H., & Bebbington, P. E. (2001). A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Psychological medicine*, 31(6), 1001-1013.
- Bo, S., Bach, B., Mortensen, E. L., & Simonsen, E. (2015). Reliability and hierarchical structure of DSM–5 pathological traits in a Danish mixed sample. *Journal of Personality Disorders*. Advance online publication.
- Boog, M., Van Hest, K. M., Drescher, T., Verschuur, M. J., & Franken, I. H. (2018). Schema modes and personality disorder symptoms in alcohol-dependent and cocaine-dependent patients. *European addiction research*, 24(5), 226-233.
- Bornovalova, M. A., & Daughters, S. B. (2007). How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 27(8), 923-943.
- Borsboom, D. (2008). Latent variable theory. *Measurement*, 6, 23-53.
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 9, 91-121.
- Borsboom, D., Mellenbergh, G. J., & Van Heerden, J. (2003). The theoretical status of latent variables. *Psychological review*, 110(2), 203.

-
- Calvo, N., Valero, S., Sáez-Francàs, N., Gutiérrez, F., Casas, M., & Ferrer, M. (2016). Borderline personality disorder and personality inventory for DSM-5 (PID-5): dimensional personality assessment with DSM-5. *Comprehensive psychiatry*, 70, 105-111.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. A., & Barros-Bermúdez, J. A. (2008). Consistencia interna del cuestionario autoadministrado de la entrevista clínica estructurada para trastornos del eje II del DSM-IV. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 378-84.
- Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(5).
- Cardenal, V., Sánchez, M. P., & Ortiz-Tallo, M. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Tea Ediciones.
- Carter, J. A., Herbst, J. H., Stoller, K. B., King, V. L., Kidorf, M. S., Costa Jr, P. T., & Brooner, R. K. (2001). Short-term stability of NEO-PI-R personality trait scores in opioid-dependent outpatients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 255.
- Carrà, G., Johnson, S., Bebbington, P., et al. (2012), 'The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: Findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC)', *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262(7), pp. 607–16.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... & Moffitt, T. E. (2014). The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137.

- Clark L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 505–21.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236(4800), 410-416.
- Combaluzier, S., Gouvernet, B., Menant, F., & Rezrazi, A. (2016). Validation d'une version française de la forme brève de l'inventaire des troubles de la personnalité pour le DSM-5 (PID-5 BF) de Krueger. *L'Encéphale*.
- Comisionado para las Drogodependencias. (2003). *Catálogo de Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía*. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S. y Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSMIV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 566-76.
- Conway, C. C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Hallquist, M. N., Kotov, R., ... & Sunderland, M. (2019). A hierarchical taxonomy of psychopathology can transform mental health research. *Perspectives on psychological science*, 14(3), 419-436.
- Conway, K. P., Swendsen, J. D., Rounsaville, B. J., & Merikangas, K. R. (2002). Personality, drug of choice, and comorbid psychopathology among substance abusers. *Drug and alcohol dependence*, 65(3), 225-234.
- Colpaert, K., De Maeyer, J., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2013). Impact of addiction severity and psychiatric comorbidity on the quality of life of alcohol-, drug-and dual-dependent persons in residential treatment. *European Addiction Research*, 19(4), 173-183.

Referencias

- Costa, P. T., Jr., y McCrae, R. R. (1999). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Manual*. Madrid: TEA
- Crego, C., Gore, W. L., Rojas, S. L., & Widiger, T. A. (2015). The discriminant (and convergent) validity of the Personality Inventory for DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6 (4), 321-335.
- Creswell, K. G., Bachrach, R. L., Wright, A. G., Pinto, A., & Ansell, E. (2016). Predicting problematic alcohol use with the DSM-5 alternative model of personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(1), 103.
- Crocker, A. G., Mueser, K. T., Drake, R. E., Clark, R. E., McHugo, G. J., Ackerson, T. H., & Alterman, A. I. (2005). Antisocial personality, psychopathy, and violence in persons with dual disorders: A longitudinal analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 32(4), 452-476.
- Chan, Y. F., Dennis, M. L. y Funk, R. R. (2008) Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 34, 14-24.
- Chen, K. W., Banducci, A. N., Guller, L., Macatee, R. J., Lavelle, A., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2011). An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug & Alcohol Dependence*, 118(2), 92-99.

D

-
- De Clercq, B., De Fruyt, F., De Bolle, M., Van Hiel, A., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2014). The hierarchical structure and construct validity of the PID-5 trait measure in adolescence. *Journal of Personality, 82*(2), 158-169.
- De Fruyt, F., De Clercq, B., De Bolle, M., Wille, B., Markon, K., & Krueger, R. F. (2013). General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. *Assessment, 20*, 295-307.
- Dell'Osso, L., & Pini, S. (2012). What did we learn from research on comorbidity in psychiatry? Advantages and limitations in the forthcoming DSM-V era. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH, 8*, 180.
- DeYoung, C. G., Carey, B. E., Krueger, R. F., & Ross, S. R. (2016). Ten aspects of the Big Five in the Personality Inventory for DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 7*(2), 113
- Dhillon, S., & Bagby, R. M. (2015). The internal and one-week retest reliability of the PID-5 domains and facets. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Toronto Scarborough, Toronto, Canada.
- Díaz-Batanero, C., Ramírez-López, J., Domínguez-Salas, S., Fernández-Calderón, F., & Lozano, Ó. M. (2019). Personality inventory for DSM-5-short form (PID-5-SF): Reliability, factorial structure, and relationship with functional impairment in dual diagnosis patients. *Assessment, 26*(5), 853-866.
- Dorans, N.J., & Walker, M.E. (2007). Sizing up linkages. In Dorans, N.J., Pommerich, M., Holland, P.W., (Eds). *Linking and Aligning Scores and Scales*. New York: Springer. p. 179-98.

Referencias

- Dornbach-Bender, A., Ruggero, C. J., Waszczuk, M. A., Gamez, W., Watson, D., & Kotov, R. (2017). Mapping emotional disorders at the finest level: Convergent validity and joint structure based on alternative measures. *Comprehensive psychiatry*, 79, 31-39.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia bulletin*, 24(4), 589-608.

E

- Easton, C., Meza, E., Mager, D., Ulüg, B., Kilic, C., Göğüş, A., & Babor, T. F. (1997). Test-retest reliability of the alcohol and drug use disorder sections of the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN). *Drug and Alcohol Dependence*, 47(3), 187-194.
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., & Oltmanns, T. F. (2011). Aging and the structure and long-term stability of the internalizing spectrum of personality and psychopathology. *Psychology and Aging*, 26(4), 987.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Corral, P. (2003). Autoinformes y entrevistas en el ámbito de la psicología clínica forense: Limitaciones y nuevas perspectivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 503-522
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32(3), 255-264.
- Esbec, E., & Robles, J. L. (2013). Evaluación de los trastornos de la personalidad en Psiquiatría Forense. *Psiquiatría Legal y Forense*, 141-178.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013). Comorbid substance use and mental disorders in Europe: A review of the data. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg

F

Fassino, S., Daga, G. A., Delsedime, N., Rogna, L., & Boggio, S. (2004). Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(1), 73-80.

Farmer, R. F., & Chapman, A. L. (2002). Evaluation of DSM-IV personality disorder criteria as assessed by the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 285-300.

Fernández, J.J. (2002). Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 18, 421-427

Fernández-Calderón, D., Fernández, F., Ruiz-Curado, S., Verdejo-García, A., & Lozano, Ó. M. (2015). Profiles of substance use disorders in patients of therapeutic communities: Link to social, medical and psychiatric characteristics. *Drug & Alcohol Dependence*, 149, 31-39.

Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional*. Madrid: Instituto IAP.

Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. P., ... & MacKillop, J. (2013). Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 122(4), 1057.

Referencias

- First, M. B., Pincus, H. A., Levine, J. B., Williams, J. B., Ustun, B., & Peele, R. (2004). Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry, 161*(6), 946-954.
- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2002). The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid psychopathology: Results from a community sample. *Experimental and clinical psychopharmacology, 10*(4), 425.
- Flynn, P. M., & Brown, B. S. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(1), 36-47.
- Fried, E. I., Epskamp, S., Nesse, R. M., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of affective disorders, 189*, 314-320.
- Forbes, M. K., Tackett, J. L., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2016). Beyond comorbidity: Toward a dimensional and hierarchical approach to understanding psychopathology across the life span. *Development and Psychopathology, 28*(4pt1), 971-986.
- Forbush, K. T., & Watson, D. (2013). The structure of common and uncommon mental disorders. *Psychological Medicine, 43*(1), 97-108.
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5): Predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment, 20*, 689-708.

- Fossati, A., Somma, A., Borroni, S., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017). The Personality Inventory for DSM-5 Brief Form: Evidence for Reliability and construct validity in a sample of community-dwelling Italian adolescents. *Assessment, 24* (6), 615-631.
- Frances, A. (1982). Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: A comparison. *Comprehensive Psychiatry, 23*(6), 516-527.

G

- Gatchel, R. J., Lurie, J. D., & Mayer, T. G. (2010). Minimal clinically important difference. *Spine, 35*(19), 1739-1743.
- Goldberg, L. R. (2006). Doing it all bass-ackwards: The development of hierarchical factor structures from the top down. *Journal of Research in Personality, 40*(4), 347-358.
- Gomez, R., Watson, S., & Stavropoulos, V. (2019). Personality inventory for DSM-5, brief form: Factor structure, reliability, and coefficient of congruence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*.
- González-Saiz, F., Lozano, O. M., Martín, J., Bilbao, I., Ballesta, R., Gutiérrez, J. (2011) Comorbilidad psiquiátrica en una muestra de pacientes con dependencia de opiáceos tratados con buprenorfina sublingual en régimen de comunidad terapéutica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 04*, 81-7.
- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of abnormal psychology, 122* (3), 816 – 821

Referencias

- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Grant, B. F., Saha, T. D., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Jung, J., ... & Hasin, D. S. (2016). Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions—III. *JAMA psychiatry*, 73(1), 39-47.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2005). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(4), 361-368.
- Graña, J. L., Muñoz, J. J., & Navas, E. (2009). Normal and pathological personality characteristics in subtypes of drug addicts undergoing treatment. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 418-423.
- Greenfield, S.F. & Weiss, R.D. (2015). Emerging topics in addiction. Introduction. *Harvard review of Psychiatry*, 23(2), 61-62
- Griffin, S. A., & Samuel, D. B. (2014). A closer look at the lower-order structure of the Personality Inventory for DSM-5: Comparison with the Five-Factor Model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), 406.
- Gual, A. (2007). Dual diagnosis in Spain. *Drug and Alcohol Review*, 26(1), 65-71.
- Gunderson, J.G. y Gabbard, G.O. (2002). *Psicoterapia en los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Ars Médica

- Gustavson, D. E., Franz, C. E., Panizzon, M. S., Reynolds, C. A., Xian, H., Jacobson, K. C., ... & Kremen, W. S. (2019). Genetic and environmental associations among executive functions, trait anxiety, and depression symptoms in middle age. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 127-142.
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E. ... (2017). Psychometric properties of the Spanish PID-5 in a clinical and a community sample. *Assessment*, 24 (3), 326 - 336.

H

- Hasin, D., Fenton, M. C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., ... & Grant, B. (2011). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of general psychiatry*, 68(11), 1158-1167.
- Hasin, D. S., Kerridge, B. T., Saha, T. D., Huang, B., Pickering, R., Smith, S. M., ... & Grant, B. F. (2016). Prevalence and correlates of DSM-5 cannabis use disorder, 2012-2013: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *American Journal of Psychiatry*, 173(6), 588-599.
- Haw, C. M., & Hawton, K. (2011). Problem drug use, drug misuse and deliberate self-harm: trends and patient characteristics, with a focus on young people, Oxford, 1993–2006. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(2), 85-93.
- Hirsch, J. A., Nicola, G., McGinty, G., Liu, R. W., Barr, R. M., Chittle, M. D., & Manchikanti, L. (2016). ICD-10: history and context. *American Journal of Neuroradiology*, 37(4), 596-599.

Referencias

- Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R., ... & Bornovalova, M. A. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and mental health, 12*(1), 82-86.
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Ansell, E. B., ... & Shea, M. T. (2011). Pathological personality traits among patients with absent, current, and remitted substance use disorders. *Addictive behaviors, 36*(11), 1087-1090
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of abnormal psychology, 121*(2), 424.
- Hopwood, C. J., & Sellbom, M. (2013). Implications of DSM-5 personality traits for forensic psychology. *Psychological Injury and Law, 6*(4), 314-323.
- Hopwood, C. J., Wright, A. G., Krueger, R. F., Schade, N., Markon, K. E., & Morey, L. C. (2013). DSM-5 pathological personality traits and the personality assessment inventory. *Assessment, 20*(3), 269 – 285
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal, 6*(1), 1-55.
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology, 6*, 155-179.

I

Insel, T. (2013). Transforming diagnosis. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>.

Insel, T. R., & Wang, P. S. (2010). Rethinking mental illness. *Jama*, 303(19), 1970-1971.

J

Jang, K. L., Vernon, P. A., & Livesley, W. J. (2000). Personality disorder traits, family environment, and alcohol misuse: A multivariate behavioural genetic analysis. *Addiction*, 95(6), 873-888.

Javaras, K. N., Zanarini, M. C., Hudson, J. I., Greenfield, S. F., & Gunderson, J. G. (2017). Functional outcomes in community-based adults with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 89, 105-114.

K

Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & McCluskey, D. L. (2014). Functional impairment and the DSM-5 dimensional system for personality disorder. *Journal of personality disorders*, 28(5), 657.

Referencias

- Keeley, J. W., Webb, C., Peterson, D., Roussin, L., & Flanagan, E. H. (2016). Development of a response inconsistency scale for the personality inventory for DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, 98(4), 351–359.
- Kendler, K. S. (1990). Toward a scientific psychiatric nosology: strengths and limitations. *Archives of General Psychiatry*, 47(10), 969-973.
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Røysamb, E., Neale, M. C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). The structure of genetic and environmental risk factors for syndromal and subsyndromal common DSM-IV axis I and all axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 29-39.
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., & Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*, 60(9), 929-937.
- Kessler, R. C. (2004). *The epidemiology of dual diagnosis*. *Biological Psychiatry*, 56(10), 730–737.
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J.J., et al (2003). Cross-national comparisons of comorbidities between substance use disorders and mental disorders: Results from the international consortium in psychiatric epidemiology. En Bukoski WJ, Sloboda Z, editors. *Handbook for Drug Abuse Prevention Theory, Science, and Practice*. New York: Plenum Publishers, pp. 448 – 471.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-27.

- Kessler, R.C. & Üstün, T.B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2):93-121
- Kerridge, B. T., Pickering, R., Chou, P., Saha, T. D., & Hasin, D. S. (2018). DSM-5 cannabis use disorder in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions-III: gender-specific profiles. *Addictive behaviors*, 76, 52-60.
- Kerridge, B. T., Saha, T. D., Chou, S. P., Zhang, H., Jung, J., Ruan, W. J., ... & Hasin, D. S. (2015). Gender and nonmedical prescription opioid use and DSM-5 nonmedical prescription opioid use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *Drug & Alcohol Dependence*, 156, 47-56
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Kienast, T., & Foerster, J. (2008). Psychotherapy of personality disorders and concomitant substance dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(6), 619-624.
- Kienast, T., & Foerster, J. (2008). Psychotherapy of personality disorders and concomitant substance dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(6), 619-624.
- Kim, T. H. H. Y. R., & Hwang, S. T. (2018). Construction and Validation of the Korean Version of the Personality Inventory for DSM-5 Short Form. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 37(3), 396-410.

Referencias

- Kornør, H., & Nordvik, H. (2007). Five-factor model personality traits in opioid dependence. *BMC psychiatry*, 7(1), 37. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-7-37>.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 136(5), 768.
- Kotov, R., Krueger, R. F., & Watson, D. (2018). A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*, 17(1), 24.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Eaton, N. R. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454.
- Kraemer, H. C. (2015). Research domain criteria (RDoC) and the DSM—two methodological approaches to mental health diagnosis. *JAMA psychiatry*, 72(12), 1163-1164.
- Kraemer, H. C., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *Journal of psychiatric research*, 38(1), 17-25.
- Kramer, M. D., Krueger, R. F., & Hicks, B. M. (2008). The role of internalizing and externalizing liability factors in accounting for gender differences in the prevalence of common psychopathological syndromes. *Psychological Medicine*, 38(1), 51-61.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879 - 1890.

- Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., ... & Bagby, R. M. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry, 17*(3), 282-293.
- Krueger, R. F., Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 111–33.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2011). A dimensional-spectrum model of psychopathology: progress and opportunities. *Archives of General Psychiatry, 68*(1), 10-11.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 477-501.
- Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences, 30*(7), 1245-1259.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of abnormal psychology, 116*(4), 645.

-
- Lackner, N., Unterrainer, H. F., & Neubauer, A. C. (2013). Differences in Big Five personality traits between alcohol and polydrug abusers: Implications for treatment in the therapeutic community. *International Journal of Mental Health and Addiction, 11*(6), 682-692.
- Lilienfeld, S. O., & Treadway, M. T. (2016). Clashing diagnostic approaches: DSM-ICD versus RDoC. *Annual review of clinical psychology, 12*, 435-463.
- López-Ibor, J., Pérez-Urdániz, A., & Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los Trastornos de la Personalidad: Módulo DSM-IV*. Versión española. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., ... & Jacobsberg, L. B. (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*(3), 215-224.
- Lorenzo-Seva, U., & Ten Berge, J. M. (2006). Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology, 2*(2), 57-64.
- Lowmaster, S. E., Hartman, M. J., Zimmermann, J., Baldock, Z. C., & Kurtz, J. E. (2019). Further Validation of the Response Inconsistency Scale for the Personality Inventory for DSM-5. *Journal of Personality Assessment, 1*-8.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review, 31*(1), 52-68.

Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: An expert consensus approach. *Journal of abnormal psychology, 110*(3), 401.

M

Mackesy-Amiti, M. E., Donenberg, G. R., & Ouellet, L. J. (2012). Prevalence of psychiatric disorders among young injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence, 124*(1-2), 70-78.

Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27*(2), 101-114.

Mancheño, J. J., Cupani, M., Gutiérrez-López, M., Delgado, E., Moraleda, E., Cáceres-Pachón, P., ... & Rojas, Ó. M. L. (2018). Classical test theory and item response theory produced differences on estimation of reliable clinical index in World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Journal of clinical epidemiology, 103*, 51-59.

Mancheño, J.J., Navas-León, S., Fernández-Calderón, F., Gutiérrez, M.L., Sánchez-García, M., Díaz-Batanero, C., Moraleda-Barreno, E., Ramírez-López, J., Lorca, J.A. & Lozano, O.M. (sometido) Comparing the therapeutic progress of dual pathology patients receiving treatment in addiction centers, mental health services, and in a coordinated manner: Outcomes related to psychological distress, functional disability, and treatment retention. *European Psychiatry*.

Referencias

- Maples, J. L., Carter, N. T., Few, L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., ... & Krueger, R. F. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychological assessment, 27*(4), 1195.
- Marceau, E. M., Meuldijk, D., Townsend, M. L., Solowij, N., & Grenyer, B. F. (2018). Biomarker correlates of psychotherapy outcomes in borderline personality disorder: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 94*, 166-178.
- Mariani, J. J., Horey, J., Bisaga, A., Aharonovich, E., Raby, W., Cheng, W. Y., ... & Levin, F. R. (2008). Antisocial behavioral syndromes in cocaine and cannabis dependence. *The American journal of drug and alcohol abuse, 34*(4), 405-414.
- Markon, K. E., Chmielewski, M., & Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review. *Psychological Bulletin, 137*, 1093-1093. doi:10.1037/A0025727
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *Journal of personality and social psychology, 88*(1), 139.
- Martín-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, J. M., Ímaz, M. L., Navinés, R., ... & Torrens, M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *The European Journal of Psychiatry, 20*(3), 147-156.
- Martínez-González, J.M. y Trujillo, H.M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Martinotti, G., Carli, V., Tedeschi, D., Di Giannantonio, M., Roy, A., Janiri, L., & Sarchiapone, M. (2009). Mono-and polysubstance dependent subjects differ on social factors, childhood trauma, personality, suicidal behaviour, and comorbid Axis I diagnoses. *Addictive behaviors, 34*(9), 790-793.

- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American psychologist*, 52(5), 509.
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and individual differences*, 36(3), 587-596.
- McCreadie, R. G. (2002). Use of drugs, alcohol and tobacco by people with schizophrenia: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 181(4), 321-325.
- McKibbin, C., Patterson, T. L., & Jeste, D. V. (2004). Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(6), 405-413.
- McNally, R. J. (2016). Can network analysis transform psychopathology? *Behaviour Research and Therapy*, 86, 95-104.
- Mèlich, M. T. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-319.
- Mercado, A., Rogers, D. L., Rodriguez, C. C., Villarreal, D., Terracciano, A., & Nguyen-Finn, K. (2016). Personality and Substance Use in Mexicans and Mexican-Americans. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(6), 907-920
- Merikangas, K. R., & McClair, V. L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human genetics*, 131(6), 779-789.
- Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., ... & Kolody, B. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive behaviors*, 23(6), 893-907.

Referencias

- Minkoff, K. (2001). Best practices: developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric services, 52*(5), 597-599.
- Miller, J. D., Bagby, R. M., Pilkonis, P. A., Reynolds, S. K., & Lynam, D. R. (2005). A simplified technique for scoring DSM-IV personality disorders with the five-factor model. *Assessment, 12*, 404-415.
- Millon, T., Strack, S., Millon- Niedbala, C. M., & Grossman, S. D. (2008). Using the Millon College Counseling Inventory to assess student mental health needs. *Journal of College Counseling, 11*(2), 159-172.
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Bouter, L. M., de Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2016). The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian journal of physical therapy, 20*(2), 105-113.
- Montalvo, J. F., & Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11*(1), 1-12.
- Morey, L.C. (1991). *Personality Assessment Inventory – Professional Manual*. Florida, USA: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Morey, L. C., Benson, K. T., Busch, A. J., & Skodol, A. E. (2015). Personality disorders in DSM-5: emerging research on the alternative model. *Current psychiatry reports, 17*(4), 1-9.
- Morey, L. C., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2013). The hierarchical structure of clinician ratings of proposed DSM–5 pathological personality traits. *Journal of abnormal psychology, 122*(3), 836.

- Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B., Drake, R. E., Covell, N. H., & Essock, S. M. (2006). Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia bulletin*, *32*(4), 626-636.
- Mullins-Sweatt, S. N., & Widiger, T. A. (2009). Clinical utility and DSM-5. *Psychological assessment*, *21*, 302, 312.
- Muñiz, J., & Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del psicólogo*, *31*(1), 108-121.
- Murray, M. G., Anthenelli, R. M., & Maxwell, R. A. (2000). Use of health services by men with and without antisocial personality disorder who are alcohol dependent. *Psychiatric Services*, *51*(3), 380-382.
- Muthén, B., & Asparouhov, T. (2011). Beyond multilevel regression modeling: Multilevel analysis in a general latent variable framework. In Hox, J., & Roberts, J. K. (Eds.). (*Handbook of advanced multilevel analysis*, 15-40. New York: Taylor Francis Psychology Press.

N

- Navarro-Mateu, F., Morán-Sánchez, I., Alonso, J., Tormo, M. J., Pujalte, M. L., Garriga, A., ... & Navarro, C. (2013). Cultural adaptation of the Latin American version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI)(v 3.0) for use in Spain. *Gaceta sanitaria*, *27*(4), 325-331.
- Nestadt, G., Costa, P. T., Hsu, F. C., Samuels, J., Bienvenu, O. J., & Eaton, W. W. (2008). The relationship between the five-factor model and latent Diagnostic and Statistical

Referencias

- Manual of Mental Disorders, personality disorder dimensions. *Comprehensive psychiatry*, 49(1), 98-105.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O., & Weaver, T. (2010). The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(4), 453-460.
- NIDA. (2018, February 27). *Common Comorbidities with Substance Use Disorders*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders> el 2 de diciembre de 2019.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). The assessment of reliability. *Psychometric theory*, 3(1), 248-292.



Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2017). *Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*.

O'Connor, B. P. (2002). A quantitative review of the comprehensiveness of the five-factor model in relation to popular personality inventories. *Assessment*, 9(2), 188-203.

Organización Mundial de la Salud (1990). *Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta*. Génova: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10)*, Vol. 1. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (1994) *Substance Misuse Research: Co-morbid Mental Health and Substance Misuse in Scotland*. Scottish Executive Publications, pp 1-5.

Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V., & Sánchez, M. P. (2011). *Inventario de evaluación de la personalidad. Manual Técnico*. Madrid: TEA Ediciones.

P

Papan Thaipisuttikul, P. I., Waleeprakhon, P., Wisajun, P., & Jullagate, S. (2014). Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 2097.

Pedrero, E. J., Puerta, C., Lagares, A., & Maldonado, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 241-255.

Peled, A. (2012). Personality disorders disturbances of the physical brain. *Medical hypotheses*, 79(4), 487-492.

Perkins, E. R., Latzman, R. D., & Patrick, C. J. (2019). Interfacing neural constructs with the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology: ‘Why’ and ‘how’. *Personality and mental health*.

Picci, R. L., Vigna-Taglianti, F., Oliva, F., Mathis, F., Salmaso, S., Ostacoli, L., ... & Furlan, P. M. (2012). Personality disorders among patients accessing alcohol detoxification treatment: prevalence and gender differences. *Comprehensive psychiatry*, 53(4), 355-363.

Referencias

- Preti, E., Prunas, A., Ravera, F., & Madeddu, F. (2011). Polydrug abuse and personality disorders in a sample of substance-abusing inpatients. *Mental health and substance use, 4*(3), 256-266
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three- year drinking outcomes. *Alcoholism: clinical and experimental research, 22*(6), 1300-1311.
- Pulay, A. J., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., ...& Hasin, D. S. (2009). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 11*(2), 53-67.



- Quello, S. B., Brady, K. T., & Sonne, S. C. (2005). Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Science & Practice Perspectives, 3*(1), 13.
- Quilty, L. C., Ayearst, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G., & Bagby, R. M. (2013). The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment, 20*(3), 362-369.

R

-
- Raine, A. (2008). From genes to brain to antisocial behavior. *Current Directions in Psychological Science*, *17*(5), 323-328.
- Raynal, P., & Chabrol, H. (2016). Association between schizotypal and borderline personality disorder traits, and cannabis use in young adults. *Addictive behaviors*, *60*, 144-147.
- Rassool G.H. (2002). *Dual Diagnosis: Substance Misuse and Psychiatric Disorders*. Blackwell Science Ltd, Oxford.
- Ready, R. E., Watson, D., & Clark, L. A. (2002). Psychiatric patient–and informant–reported personality: Predicting concurrent and future behavior. *Assessment*, *9*(4), 361-372.
- Regier, D. A., & Narrow, W. E. (2002). Defining clinically significant psychopathology with epidemiologic data. *Defining psychopathology in the 21st century. DSM–V and beyond*, 19-30.
- Rhemtulla, M., Fried, E. I., Aggen, S. H., Tuerlinckx, F., Kendler, K. S., & Borsboom, D. (2016). Network analysis of substance abuse and dependence symptoms. *Drug and alcohol dependence*, *161*, 230-237.
- Riegel, K. D., Preiss, M., Ksinan, A., Michalec, J., Samánková, D., & Harsa, P. (2017). Psychometric properties of the Czech version of the Personality Inventory for DSM-5: internal consistency, validity and discrimination capacity of the measure. *Ceskoslovenska Psychologie*, *61*(2), 128.

Referencias

- Rodriguez-Llera, M. C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Silva, T. C., Sánchez-Niubó, A., Torrens, M., & Itinere Investigators. (2006). Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug and Alcohol Dependence*, *84*(1), 48-55.
- Rodriguez-Llena MC, Domingo- Grant, B. F., Saha, T. D., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Jung, J., ... & Hasin, D. S. (2016). Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions—III. *JAMA psychiatry*, *73*(1), 39-47.
- Rogers, R., Salekin, R. T., & Sewell, K. W. (1999). Validation of the Millon Clinical Multiaxial Inventory for Axis II disorders: Does it meet the Daubert standard? *Law and Human Behavior*, *23*(4), 425-443.
- Roncero, C., Collazos, F., Valero, S., & Casas, M. (2007). Consumo de cannabis y desarrollo de psicosis: estado actual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *35*(3).
- Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L., & Rolland, J. P. (2015). The psychometric properties of the French version of the Personality Inventory for DSM–5. *PLoS ONE*, *10*, e0133413.
- Røyamb, E., Kendler, K. S., Tambs, K., Ørstavik, R. E., Neale, M. C., Aggen, S. H., ... & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). The joint structure of DSM-IV Axis I and Axis II disorders. *Journal of abnormal psychology*, *120*(1), 198.
- Ruggero, C. J., Kotov, R., Hopwood, C. J., First, M., Clark, L. A., Skodol, A. E., ... & Docherty, A. (2019). Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. *Journal of consulting and clinical psychology*, *87*(12), 1069.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., & Schinka, J. A. (2008). Externalizing pathology and the five-factor model: A meta-analysis of personality traits associated with antisocial

personality disorder, substance use disorder, and their co-occurrence. *Journal of Personality Disorders*, 22, 365–388.

Ryder, A. G., Costa Jr, P. T., & Bagby, R. M. (2007). Evaluation of the SCID-II personality disorder traits for DSM-IV: Coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment. *Journal of Personality Disorders*, 21(6), 626-637.

S

Saha, T. D., Kerridge, B. T., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Zhang, H., Jung, J., ... & Hasin, D. S. (2016). Nonmedical prescription opioid use and DSM-5 nonmedical prescription opioid use disorder in the United States. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(6), 772.

Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical psychology review*, 28(8), 1326-1342.

Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Thomas, K. M., & Ruggero, C. J. (2013). Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in DSM-5. *Assessment*, 20(3), 353-361.

Samuels, J. (2011). Personality disorders: epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223-233.

San Narciso, G. I., Gutiérrez, E., Saiz, P. A., González, M. R., & Bobes, J. (2000). Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes heroinómanos mediante el International Personality Disorders Examination (IPDE). *Adicciones*, 12(1), 43-56.

Referencias

- Santamaría, P. (2009). *Adaptación española del MMPI-2-RF*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2009). Nuevos baremos para la adaptación española del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R): fiabilidad y datos normativos en voluntarios de la población general. *Clínica y salud*, 20(2), 131-144.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 23(8), 1055-1085.
- Sellbom, M., Carragher, N., Sunderland, M., Calear, A. L., & Batterham, P. J. (2019). The role of maladaptive personality domains across multiple levels of the HiTOP structure. *Personality and mental health*.
- Schmittmann, V. D., Cramer, A. O., Waldorp, L. J., Epskamp, S., Kievit, R. A., & Borsboom, D. (2013). Deconstructing the construct: A network perspective on psychological phenomena. *New ideas in psychology*, 31(1), 43-53.
- Schuckit, M. A., Danko, G. P., Smith, T. L., Bierut, L. J., Bucholz, K. K., Edenberg, H. J., ... & Allen, R. (2008). The prognostic implications of DSM-IV abuse criteria in drinking adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 97(1-2), 94-104.
- Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G., Kramer, J., Bucholz, K. K., McCutcheon, V., ... & Hesselbrock, M. (2018). A 22- year follow- up (range 16 to 23) of original subjects with baseline alcohol use disorders from the collaborative study on genetics of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 42(9), 1704-1714.
- Sellbom, M., Anderson, J. L., & Bagby, R. M. (2013). Assessing DSM-5 Section III personality traits and disorders with the MMPI-2-RF. *Assessment*, 20, 709-722.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI):

- the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59(20):22–33.
- Sher, K. J., Grekin, E. R., & Williams, N. A. (2005). The development of alcohol use disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 493-523.
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, 8, 317-344.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., & Gallaher, P. E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 733-738.
- Somma, A., Borroni, S., Maffei, C., Giarolli, L. E., Markon, K. E., Krueger, R. F., & Fossati, A. (2017). Reliability, Factor Structure, and Associations With Measures of Problem Relationship and Behavior of the Personality Inventory for DSM-5 in a Sample of Italian Community-Dwelling Adolescents. *Journal of personality disorders*, 31(5), 624-646.
- Somma, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Fossati, A. (2019). Item Response Theory Analyses, Factor Structure, and External Correlates of the Italian Translation of the Personality Inventory for DSM-5 Short Form in Community-Dwelling Adults and Clinical Adults. *Assessment*, 1073191118781006.
- Spitzer, R. L., First, M. B., Williams, J. B., Kendler, K. S., Pincus, H. A., & Tucker, G. (1992). Now is the time to retire the term "organic mental disorders." *The American journal of psychiatry*, 149(2), 240–244
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., 1990b. *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders SCID-II*. American Psychiatric Press, Washington, DC

Referencias

- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of personality assessment*, 80(1), 99-103.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford University Press, USA.
- Strickland, C. M., Drislane, L. E., Lucy, M., Krueger, R. F., & Patrick, C. J. (2013). Characterizing psychopathy using DSM-5 personality traits. *Assessment*, 20(3), 327-338.
- Suzuki, T., Samuel, D. B., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2015). DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *Journal of abnormal psychology*, 124(2), 343.
- Szerman, N., Martinez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., ... & Casas, M. (2013). Rethinking dual disorders/pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(1), 1-10.
- Szerman, N., Basurte, I., Vega, P. y Arias, F. (2012). Trastornos de la personalidad y adicciones. En Haro, G., Bobes, J., Casas, M., Didia, J. y Rubio, G. (eds.) *Tratado sobre patología dual. Reintegrando la salud mental*. Castellón: Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.
- Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., ... & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105(6), 1117-1128.

T

-
- Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J., & Costa, P. T. (2008). Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC psychiatry*, 8(1), 22.
- Thimm, J. C., Jordan, S., & Bach, B. (2016). Hierarchical structure and cross-cultural measurement invariance of the Norwegian version of the Personality Inventory for DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, 99(2), 204 – 210.
- Thimm, J. C., Jordan, S., & Bach, B. (2016b). The Personality Inventory for DSM-5 Short Form (PID-5-SF): psychometric properties and association with big five traits and pathological beliefs in a Norwegian population. *BMC Psychology*, 4, 61.
- Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G., Markon, K. E., & Hopwood, C. J. (2013). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Assessment*, 20(3), 308-311.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 28(5), 734-750
- Toftdahl, N. G., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(1), 129-140.
- Torrens, M., Gilchrist, G. y Domingo-Salvany, A. (2011) Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 147–156.

Referencias

- Torrens, M., Martin-Santos, R., & Samet, S. (2006). Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. *Neurotoxicity Research*, 10(3-4), 253-261.
- Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D., & Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system?. *Substance Use & Misuse*, 47(8-9), 1005-1014.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of personality disorders*, 24(4), 412-426.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical psychology review*, 20(2), 235-253.
- Torrens, M., Martin-Santos, R., & Samet, S. (2006). Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. *Neurotoxicity Research*, 10(3-4), 253-261.

U

-
- Üstun, B. (2000). *WHODAS-II disability assessment schedule*. In NIMH Mental Health Research Conference.
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (Eds.). (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.



-
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social science & medicine*, *71*(2), 305-313.
- Van den Broeck, J., Bastiaansen, L., Rossi, G., Dierckx, E., & De Clercq, B. (2013). Age-neutrality of the trait facets proposed for personality disorders in DSM-5: A DIFAS analysis of the PID-5. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *35*(4), 487-494.
- Van den Broeck, J., Bastiaansen, L., Rossi, G., Dierckx, E., De Clercq, B., & Hofmans, J. (2014). Hierarchical structure of maladaptive personality traits in older adults: joint factor analysis of the PID-5 and the DAPP-BQ. *Journal of personality disorders*, *28*(2), 198.
- Van Den Bosch, L. M., & Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*(1), 67-71.
- van Kampen, D. (2014). The SSQ model of schizophrenic prodromal unfolding revised: An analysis of its causal chains based on the language of directed graphs. *European Psychiatry*, *29*(7), 437-448.
- Vélez-Moreno, A., González-Saiz, F., Rojas, A. J., Torrico-Linares, E., Fernandez-Calderon, F., Ramirez-Lopez, J., & Lozano, O. M. (2015). Reliability and validity of the Spanish version of the substance dependence severity scale. *European addiction research*, *21*(1), 39-46

Referencias

- Vélez-Moreno, A., González-Saiz, F., López, J. R., Linares, E. T., Fernández-Calderón, F., Rojas, A. J., & Lozano, Ó. M. (2013). Adaptación al español de la Substance Dependence Severity Scale: resultados preliminares. *Adicciones*, *25*(4), 339-347.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, *16*, 274-282
- Verheul, R., & Van den Brink, W. (2005). Causal pathways between substance use disorders and personality pathology. *Australian Psychologist*, *40*(2), 127-136.
- Verheul, R., & Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, *18*, 309–319
- Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano, O. M., Betanzos, P., Fernández, F., Bilbao-Acebos, I., Pérez, M., Verdejo, A. (2012) Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community: Substance-induced versus independent disorders. *Psychiatry Research*, *200*, 734-41.
- Vilar, A., Pérez-Sola, V., Blasco, M. J., Pérez-Gallo, E., Coma, L. B., Vila, S. B., ... & Forero, C. G. (2019). Investigación traslacional en psiquiatría: el marco Research Domain Criteria (RDoC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *12*(3), 187-195.
- Volkow, N. D., Koob, G., & Baler, R. (2015). Biomarkers in substance use disorders. *ACS chemical neuroscience*, *6*(4), 522-525.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, *374*(4), 363-371.



-
- Waszczuk, M. (2018). Redefining Phenotypes to Advance Psychiatric Genetics: Implications from Hierarchical Taxonomy of Psychopathology.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of abnormal psychology, 114*(4), 522.
- Watson, D., Stasik, S. M., Ro, E., & Clark, L. A. (2013). Integrating normal and pathological personality: Relating the DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. *Assessment, 20*, 312–326.
- Watters, C. A., & Bagby, R. M. (2018). A meta-analysis of the five-factor internal structure of the Personality Inventory for DSM–5. *Psychological assessment, 30*(9), 1255.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P. ... Ford, C. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry, 183*, 304–313.
- Widakowich, C. (2012). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 17*, 365-374.
- Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM—V and the classification of psychopathology. *Psychological bulletin, 126*(6), 946.
- Widiger, T. A., & Costa Jr, P. T. (2013). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. American Psychological Association.
- Widiger, T. A., Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (2002). A proposal for Axis II: Diagnosing personality disorders using the five-factor model. En P. T. Costa, Jr.

Referencias

- & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (p. 431–456). American Psychological Association.
- Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2009). Five-factor model of personality disorder: A proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 197-220.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Journal of abnormal psychology, 114*(4), 494.
- Widiger, T. A., Sellbom, M., Chmielewski, M., Clark, L. A., DeYoung, C. G., Kotov, R., ... & Samuel, D. B. (2019). Personality in a hierarchical model of psychopathology. *Clinical Psychological Science, 7*(1), 77-92.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of personality disorders, 19*(2), 110-130.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62*(2), 71.
- Wing, J. K., Babor, T., Brugha, T. S., Burke, J., Cooper, J. E., Giel, R., ... & Sartorius, N. (1990). SCAN: schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of general psychiatry, 47*(6), 589-593.
- Wing, J. K. (1998). SCAN and the PSE tradition. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology, 31*, 50-54.
- Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of personality assessment, 82*(1), 50-59.

- Wittchen, H. U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of psychiatric research, 28*(1), 57-84.
- Wittchen, H. U., Üstün, T. B., & Kessler, R. C. (1999). Diagnosing mental disorders in the community. A difference that matters? *Psychological Medicine, 29*(5), 1021-1027.
- Wright, A. G. Calabrese, W. R, Rudick, M. M., Yam, W. H., Zelanzy, K., Williams, T. F., Rotterdam, J. H. & Simms, L. J. (2015). Stability of the DSM-5 Section II pathological traits and their longitudinal associations with psychosocial functioning in personality disordered individuals. *Journal of abnormal Psychology, 124*(1), 199-207.
- Wright, A. G., Pincus, A. L., Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2012). An interpersonal analysis of pathological personality traits in DSM- 5. *Assessment, 19*, 263– 275.
- Wright, A. G., & Simms, L. J. (2014). On the structure of personality disorder traits: Conjoint analyses of the CAT-PD, PID-5 and NEO-PI3 trait models. *Personality Disorders: Theory, research and treatment, 5*, 43-54.
- Wright, A. G. C., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2012). The hierarchical structure of DSM–5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 951–957.



- Yam, W. H., & Simms, L. J. (2014). Comparing criterion-and trait-based personality disorder diagnoses in DSM-5. *Journal of abnormal psychology, 123*(4), 802.

Referencias

Yoshino, A., Fukuhara, T., & Kato, M. (2000). Premorbid risk factors for alcohol dependence in antisocial personality disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(1), 35-38.

Z

Zikos, E., Gill, K. J., & Charney, D. A. (2010). Personality disorders among alcoholic outpatients: prevalence and course in treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(2), 65-73.

Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J.,...Leising, D. (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal of Personality Disorders*, 28, 518– 540.

ANEXO 1

PID- 5

INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA EL DSM-5

Maples et al., 2015

Instrucciones

Este cuestionario contiene un número de afirmaciones que las personas podrían hacer sobre sí mismas. Debe usted describirse a sí mismo/a tan sinceramente como pueda. No hay respuestas correctas o incorrectas. Tómese su tiempo y lea cada afirmación cuidadosamente, seleccionando la respuesta que mejor le describa.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

Por ejemplo:

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

En los ejemplos de arriba, haga un círculo al número “3” para la primera afirmación, si piensa que la frase le describe bien. Si con la segunda afirmación está moderadamente en desacuerdo, haga un círculo en el número “1”.

Debe responder a todas las preguntas, incluso si no está completamente seguro de su respuesta. Si alguna pregunta describe situaciones y circunstancias que no le son familiares, intente imaginar cómo reaccionaría y responda en consecuencia. Si Vd. es un estudiante, por favor considere su lugar de estudios como empleo en las cuestiones referentes al empleo.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

2. Mucha gente me la tiene jurada.
4. Me parece que actúo totalmente por impulso.
9. Cambio lo que hago en función de lo que los demás quieren.
15. Normalmente hago lo que los otros piensan que debo hacer.
16. Generalmente hago las cosas por impulso, sin pensar en las consecuencias.
17. Aunque sabría hacerlo mejor, no puedo dejar de tomar decisiones precipitadas.
19. Me da igual hacer sufrir a los demás.
22. Siempre hago las cosas en caliente, sin pensarlas.
23. Nada parece interesarme demasiado.
25. La gente me ha dicho que pienso sobre las cosas de una manera muy rara.
26. Casi nunca disfruto de la vida.
38. Me enfado fácilmente.
39. No tengo límite a la hora de hacer cosas peligrosas.
40. Para ser sincero/a, soy más importante que los demás.
44. Es extraño, pero a veces objetos cotidianos parecen tener una forma diferente de la habitual.
48. Hago montones de cosas que otros consideran arriesgadas.
50. Me preocupa mucho estar solo/a.
53. A menudo invento cosas sobre mí mismo/a para ayudarme a conseguir lo que quiero.
60. Sigo enfocando las cosas de la misma manera, incluso cuando no funciona.
63. Hago lo que los demás me dicen que haga.
67. Me gusta correr riesgos.
70. Los demás parecen pensar que soy bastante raro/a o peculiar.
74. Me encanta atraer la atención de los demás.
79. Me preocupo mucho por cosas horribles que podrían ocurrir.
80. Me cuesta cambiar la manera en la que hago algo, incluso si no está funcionando.
81. El mundo sería mejor si yo estuviera muerto/a.
82. Mantengo la distancia con la gente.
84. No suelo emocionarme.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

89. Prefiero mantener las relaciones sentimentales fuera de mi vida.
91. No muestro intensamente mis emociones.
92. Tengo muy mal genio.
100. Me obsesiono con ciertas cosas y no puedo parar.
105. Si algo que hago no es totalmente perfecto, simplemente no es aceptable.
106. A menudo tengo experiencias poco corrientes, como sentir la presencia de alguien que en realidad no está.
107. Se me da bien hacer que la gente haga lo que yo quiero.
109. Siempre estoy preocupándome por algo.
114. Soy mejor que casi todo el mundo.
117. Siempre estoy alerta por si alguien trata de engañarme o perjudicarme.
118. Me cuesta mantener mi cabeza centrada en lo que debo hacer.
120. No estoy muy interesado/a en tener relaciones de pareja.
122. Me emociono fácilmente, a menudo por motivos muy pequeños.
123. Aunque ponga de los nervios a los demás, insisto lograr la absoluta perfección en todo lo que hago.
124. Casi nunca me siento feliz con mis actividades cotidianas.
125. Camelar a los demás me ayuda a conseguir lo que quiero.
127. Estar solo/a en la vida me da más miedo que cualquier otra cosa.
128. Me encallo en una manera de hacer las cosas, incluso cuando está claro que no funciona.
129. A menudo soy bastante descuidado/a con mis cosas y las de los demás.
130. Soy una persona muy ansiosa.
132. Me distraigo fácilmente.
133. Parece que siempre reciba un trato injusto de los demás.
134. No dudo en hacer trampa si eso me hace salir adelante.
136. No me gusta pasar tiempo con otra gente.
138. Nunca sé a dónde irán mis emociones en el próximo instante.
139. He visto cosas que no estaban realmente allí.
144. No puedo centrarme en las cosas durante mucho tiempo.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

145. Me mantengo alejado/a de las relaciones sentimentales.
146. No me interesa hacer amigos.
149. Haría casi cualquier cosa para evitar que alguien me abandone.
150. A veces puedo influir a otra gente simplemente enviándole mis pensamientos.
151. La vida me parece bastante deprimente.
152. Pienso sobre las cosas de una manera rara que no tiene sentido para la mayoría.
153. No me importa que mis acciones perjudiquen a otros.
154. A veces me siento "controlado/a" por pensamientos que son de alguna otra persona.
156. Hago promesas que en realidad no pienso cumplir.
157. Nada parece hacerme sentir bien.
158. Me irrito fácilmente por todo tipo de cosas.
159. Hago lo que quiero sin tener en cuenta lo peligroso que pueda ser.
160. A menudo olvido pagar mis facturas.
162. Se me da bien engañar a la gente.
163. Todo me parece sin sentido.
165. Me emociono por cualquier pequeñez.
166. No es tan importante si hiero los sentimientos de otras personas.
167. Nunca muestro mis emociones a los demás.
169. No valgo nada como persona.
170. Normalmente soy bastante hostil.
171. A veces me he esfumado para evitar responsabilidades.
173. Me gusta ser una persona que se hace notar.
174. Siempre estoy atemorizado/a o en ascuas por las cosas malas que pueden ocurrir.
175. Nunca quiero estar solo/a.
176. Sigo intentando hacer las cosas perfectas, incluso cuando ya están todo lo bien que pueden estar.
181. Mis emociones son impredecibles.
183. No me importan los problemas de los demás.
184. No reacciono demasiado ante cosas que parecen emocionar a otros.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

186. Evito los actos sociales.
187. Merezco un trato especial.
190. Sospecho que incluso mis supuestos "amigos" me engañan a menudo.
191. Ansío llamar la atención.
192. A veces pienso que alguien está quitando pensamientos de mi cabeza.
196. Simplemente no puedo soportar que las cosas estén fuera de su sitio.
197. A menudo he de tratar con gente que es menos importante que yo.
199. Incluso distracciones mínimas me apartan de mi tarea.
202. Intento hacer lo que otros quieren que haga.
203. Prefiero estar solo/a a tener una pareja sentimental.
205. A menudo tengo pensamientos que tienen sentido para mí pero que otros ven extraños.
206. Utilizo a la gente para conseguir lo que quiero.
209. He tenido algunas experiencias muy extrañas que son difíciles de explicar.
211. Me gusta llamar la atención sobre mí.
217. Las cosas que me rodean a menudo me parecen irreales, o más reales de lo normal.
218. Exagero las cosas si eso me beneficia.
219. Me resulta fácil aprovecharme de los demás.

HOJA DE RESPUESTAS PID-5 (Versión Maple et al., 2015)


Código Paciente: _____

Fecha: _____

2	0	1	2	3		117	0	1	2	3		170	0	1	2	3
4	0	1	2	3		118	0	1	2	3		171	0	1	2	3
9	0	1	2	3		120	0	1	2	3		173	0	1	2	3
15	0	1	2	3		122	0	1	2	3		174	0	1	2	3
16	0	1	2	3		123	0	1	2	3		175	0	1	2	3
17	0	1	2	3		124	0	1	2	3		176	0	1	2	3
19	0	1	2	3		125	0	1	2	3		181	0	1	2	3
22	0	1	2	3		127	0	1	2	3		183	0	1	2	3
23	0	1	2	3		128	0	1	2	3		184	0	1	2	3
25	0	1	2	3		129	0	1	2	3		186	0	1	2	3
26	0	1	2	3		130	0	1	2	3		187	0	1	2	3
38	0	1	2	3		132	0	1	2	3		190	0	1	2	3
39	0	1	2	3		133	0	1	2	3		191	0	1	2	3
40	0	1	2	3		134	0	1	2	3		192	0	1	2	3
44	0	1	2	3		136	0	1	2	3		196	0	1	2	3
48	0	1	2	3		138	0	1	2	3		197	0	1	2	3
50	0	1	2	3		139	0	1	2	3		199	0	1	2	3
53	0	1	2	3		144	0	1	2	3		202	0	1	2	3
60	0	1	2	3		145	0	1	2	3		203	0	1	2	3
63	0	1	2	3		146	0	1	2	3		205	0	1	2	3
67	0	1	2	3		149	0	1	2	3		206	0	1	2	3
70	0	1	2	3		150	0	1	2	3		209	0	1	2	3
74	0	1	2	3		151	0	1	2	3		211	0	1	2	3
79	0	1	2	3		152	0	1	2	3		217	0	1	2	3
80	0	1	2	3		153	0	1	2	3		218	0	1	2	3
81	0	1	2	3		154	0	1	2	3		219	0	1	2	3
82	0	1	2	3		156	0	1	2	3						
84	0	1	2	3		157	0	1	2	3						
89	0	1	2	3		158	0	1	2	3						
91	0	1	2	3		159	0	1	2	3						
92	0	1	2	3		160	0	1	2	3						
100	0	1	2	3		162	0	1	2	3						
105	0	1	2	3		163	0	1	2	3						
106	0	1	2	3		165	0	1	2	3						
107	0	1	2	3		166	0	1	2	3						
109	0	1	2	3		167	0	1	2	3						
114	0	1	2	3		169	0	1	2	3						

ANEXO 2

Personality Inventory for *DSM-5*–Short Form (PID-5-SF): Reliability, Factorial Structure, and Relationship With Functional Impairment in Dual Diagnosis Patients

Assessment
2019, Vol. 26(5) 853–866
© The Author(s) 2017
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1073191117739980
journals.sagepub.com/home/asm


Carmen Díaz-Batanero¹, Juan Ramírez-López², Sara Domínguez-Salas¹,
Fermín Fernández-Calderón¹, and Óscar M. Lozano¹

Abstract

Section III of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth edition (DSM-5)* has generated a personality paradigm consisting of 25 personality facets identified in five domains. The developed assessment instrument Personality Inventory for *DSM-5* (PID-5) has showed good psychometric properties, but the potential for certain improvements still remain. In this article, a sample of 282 dual diagnosis patients is used to provide evidence of the psychometric properties of the PID-5–Short Form. The mean value of Cronbach’s alpha coefficients reached .73 on the facets and .84 for domains and test–retest values ranged between .57 to .83 for facets and .70 to .87 for the domains. Confirmatory factor analyses conducted showed good fit on both models tested: the five correlated factor structure and hierarchical structure of personality traits. The WHODAS 2.0 domains of understanding and communicating, and participating in society, appear to show the strongest relationship with personality facets. In general, the PID-5–Short Form shows adequate psychometric properties for use in dual diagnosis patients.

Keywords

PID-5, personality disorders, reliability, validity evidence, dual disorders

In recent decades, various aspects of the diagnostic model of personality disorders included in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fourth edition–Text revision (DSM-IV-TR)* have sparked controversy. High rates of comorbidity, the heterogeneity observed among patients with the same diagnosis, and poor grounding of the cutoff points for differential diagnosis have raised question about the adequacy of the current nosological system (Skodol, 2012; Widiger & Samuel, 2005; Widiger & Trull, 2007). There has also been criticism of the overuse of the “personality disorder not otherwise specified” category, which indicates the inadequate coverage of different personality disorders (Verheul & Widiger, 2004, p. 309). Among the shortcomings of this system is diagnosis based on the notion that there exists some number of categorically defined personality types (Morey, Benson, Busch, & Skodol, 2015). To the contrary, however, available evidence suggests that personality traits vary along a continuum from normal to pathological (Markon, Krueger, & Watson, 2005).

These observations are promoting a paradigm shift toward a dimensional definition of personality characteristics, which is captured by Section III of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth edition (DSM-5)*; American

Psychiatric Association [APA], 2013). In this section, the diagnosis of personality disorders focuses on two key elements: the assessment of functional impairment of personality (Criterion A) and the identification of pathological personality traits (Criterion B). This dimensional approach involves assessing degree of maladaptive functioning in 25 personality facets configured in five domains (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012; Krueger & Markon, 2014).

To implement application of this dimensional personality model in clinical research and practice, the working group that drafted the *DSM-5* proposal developed as an assessment instrument the 220-item Personality Inventory for *DSM-5* (PID-5; Krueger et al., 2012). To select the items for this instrument, data sets of possible items were collected from

¹University of Huelva, Huelva, Spain

²Servicio Provincial de Drogodependencias de Huelva, Huelva, Spain

Corresponding Author:

Oscar M. Lozano, Department of Clinical and Experimental Psychology, University of Huelva, Avda. de las Fuerzas Armadas s/n, Huelva 21071, Spain.

Email: oscar.lozano@dpsi.uhu.es

three community samples. The most informative items (as defined by the psychometric framework of item response theory) with the largest factorial loading on the facets for which they had been written were selected. To date, the original instrument has been adapted for Spanish- (Gutiérrez et al., 2017), German- (Zimmermann et al., 2014), Dutch- (Bastiaens et al., 2016), Danish- (Bo, Bach, Mortensen, & Simonsen, 2015), Italian- (Fossati, Krueger, Markon, Borroni, & Maffei, 2013), Czech- (Riegel et al., 2017), and French-speaking populations (Combaluzier, Gouvernet, Menant, & Rezrazi, 2016; Roskam et al., 2015).

Systematic review of the PID-5 led Al-Dajani, Gralnick, and Bagby (2015) to conclude that this instrument shows generally adequate psychometric properties with respect to its internal consistency and reliability. With respect to its internal consistency, Cronbach's alpha values have been found to exceed .70 in most facets and domains (Anderson et al., 2015; De Fruyt et al., 2013; Fossati et al., 2013; Gore & Widiger, 2013; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock, & Bagby, 2013; Samuel, Hopwood, Krueger, Thomas, & Ruggero, 2013; Thimm, Jordan, & Bach, 2016a; Thomas et al., 2013; Watson, Stasik, Ro, & Clark, 2013; Wright, Thomas et al., 2012; Zimmermann et al., 2014). Test-retest reliability was reported as values exceeding .90 for the domains in an unpublished study by Dhillon and Bagby (2015) of 66 students. A recent study by Riegel et al. (2017) using the Czech version of the PID-5 reported retest correlations of .74 to .84 for the five domains in a sample of 33 patients. However, neither of these latter two studies explored the test-retest reliability of the 25 facets.

Regarding the structure of the PID-5, exploratory factor analyses have for the most part identified five factors (Anderson et al., 2013; Griffin & Samuel, 2014; Krueger et al., 2012; Quilty et al., 2013; Thomas et al., 2013; Wright, Thomas et al., 2012; Wright & Simms, 2014). These findings point to a connection between the personality model proposed in the *DSM-5* and the five-factor personality model. This factor structure was confirmed in confirmatory factor analyses (CFAs) reported by Fossati et al. (2013), Gore and Widiger (2013), and Bach, Sellbom, and Simonsen (2017), in which each facet appeared linked to its appropriate domain, with medium to high correlations between domains.

In addition, several studies have explored the hierarchical structure of personality traits using PID-5 scales. A study by Wright, Thomas et al. (2012) found a hierarchical structure with a primary factor considered to represent personality pathology and from which emerged internalizing and externalizing factors. The internalizing factor encompassed the Negative Affect and Detachment domains of the PID-5; the internalizing factor encompassed the Antagonism and Disinhibition domains; and the PID-5 Psychoticism domain merged separately. Gutiérrez et al. (2017) and Thimm et al. (2016a) obtained similar results using the

same method of analysis. Similar structures have been observed in other studies with other assessment instruments or analytical techniques (Bagby et al., 2014; De Clercq et al., 2014; Wright & Simms, 2014). This hierarchical structure, which has been widely examined in studies of mental disorders, can provide a useful framework for understand comorbidity (Krueger & Markon, 2014; Krueger, McGue, & Iacono, 2001).

With respect to the validity of the PID-5 in relation to other variables (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, 2014), several studies have shown correlations of PID-5 scores with scores obtained with personality measures based on the five-factor model (Few et al., 2013; Gore & Widiger, 2013; Griffin & Samuel, 2014; Quilty et al., 2013; Thomas et al., 2013; Zimmermann et al., 2014) and with other instruments that assess personality disorder according to the *DSM-IV* classification (Few et al., 2013; Fossati et al., 2013; Hopwood et al., 2013; Wright et al., 2015). However, few studies have examined relationships between the PID-5 scores and functional outcomes. From a clinical perspective, these PID-5 variables can provide useful information about a patient's mental state and guide patient intervention (Al-Dajani et al., 2015; Hopwood & Sellbom, 2013). In this regard, PID-5 findings confirm that patients with borderline personality disorder are likely to experience marked functional impairment, particularly in the social domain (Javaras, Zanarini, Hudson, Greenfield, & Gunderson, 2017). A study by Wright, Pincus et al. (2012) with 2,916 undergraduate students suggests that facets included in the Antagonism domain correlate highly with interpersonal impairment. Findings by Keeley, Flanagan, and McCluskey (2014), using World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 with a sample of 989 college students and 91 patients recruited in mental illness services, suggest that dimensions related to interpersonal impairment are more likely to correlate with facets of the PID-5 when compared with the mobility and self-care subscales. However, these authors suggest that extreme scores in the facets are linked with functional impairment in other areas as well.

Although these results speak to the psychometric soundness of the PID-5, it is important to note certain limitations of this measure and possible ways of improving it. The main limitation of the available PID-5 data are the restriction of studies mainly to student and community samples (Anderson et al., 2013; Ashton, Lee, de Vries, Hendrickse, & Born, 2012; Bagby et al., 2014; De Fruyt et al., 2013; Dhillon & Bagby, 2015; Gore & Widiger, 2013; Griffin & Samuel, 2014; Hopwood et al., 2013; Samuel et al., 2013; Sellbom, Anderson, & Bagby, 2013; Suzuki, Samuel, Pahlen, & Krueger, 2015; Wright, Pincus et al., 2012; Wright, Thomas et al., 2012). Although using nonpatient

samples in research on clinical assessment measures can provide valuable information, such restricted samples do not include participants who would be likely to show the upper levels of scores on facets of personality disorder (Al-Dajani et al., 2015).

Another limitation of the PID-5 is the time required to administer it. The 220-word length of the instrument can prove problematic in certain clinical or research evaluations settings in which numerous other measures must be administered as well (Mullins-Sweatt & Widiger, 2009). The PID-5–Brief Form was developed concurrently with the original version by extracting key items from of each of the five domains (APA, 2013; unpublished data, available from Krueger et al., 2012). The few studies published thus far with the resulting 25-item version of the PID-5 show reliability, internal structure, and validity comparable to the findings of the original version (Anderson, Sellbom, & Salekin, 2016; Combaluzier et al., 2016; Fossati, Somma, Borroni, Markon, & Krueger, 2017). However, the items that comprise this brief version do not adequately represent the content of the 25 PID-5 facets. Specifically, the facets of Restricted Affectivity, Rigid Perfectionism, Submissiveness, and Suspiciousness are not represented, whereas the facets of Withdrawal, Impulsivity, Eccentricity, and Perceptual Dysregulation are represented by two items each. This skewed representation would imply that the customary interpretation of this instrument should be based on the domains and not the facets.

Another short form version with 100 items, the PID-5-SF, has recently been published by Maples et al. (2015). This version was developed by applying item response theory to the full-length 220-item version of the PID-5. The PID-5-SF consists of four items for each of the 25 facets, selected on the basis of their relatively high parameters of discrimination and test information. This 100-item version of the PID-5 has shown psychometric properties similar to those of the 220-item version (Bach, Maples, Bo, & Simonsen, 2016; Thimm, Jordan, & Bach, 2016b). Considering its characteristics and administration time, it would appear to be the most efficient version of the PID-5. Beyond the studies cited, no others using this PID-5-SF version have been found.

In view of the psychometric studies conducted with the PID-5 and the need for additional psychometric information for the 100-item short form, the plan for the present study was to assess a sample of patients with dual diagnosis in order to (a) estimate the reliability of the PID-5-SF, as determined by the internal consistency and stability of its scores; (b) apply confirmatory models to provide evidence of both the internal and hierarchical structure of the five-factor model; and (c) examine the validity of the PID-5-SF by analyzing its relationship with measures of functional impairment.

Method

Participants

The sample consisted of 282 dual diagnosis patients in treatment, recruited from eight outpatient drug treatment centers (85 patients), two therapeutic communities (50 patients), and five community mental health centers (78 patients) in the Spanish province of Huelva. All participants had been diagnosed by clinicians as dual diagnosis patients. The Mini International Neuropsychiatric Interview was used to standardize these diagnoses. The participant data were collected between November 2015 and June 2017. During this period, 19 patients who met the criteria to participate in the study declined to do so.

Men constituted 86.4% of the sample, which had a mean age of 39.8 years ($SD = 10.76$). With respect to their level of education, 18.8% of the participants had not completed basic education, 54.9% had reached primary education, 23.4% had reached secondary education, and 2.9% of the participants had reached higher education. With respect to employment, 8.4% of participants were working at the time of their interview. Regarding their condition, 45.1% of the sample were being treated for alcohol abuse, 44.5% for cannabis abuse, 64.2% for cocaine abuse, and 25.7% for heroin abuse. A substantial portion of the sample (66.4%) of the sample was being treated for use of more than one psychoactive substance. As for the co-occurring disorders, 54.6% of the participating patients had mood disorders, 64.2% had an anxiety disorder, 28.7% had a psychotic disorder, 2.5% had an eating disorder, and 22.3% were diagnosed with antisocial personality disorder.

Measures

Personality Inventory for DSM-5–Short Form. The 100-item version of the PID-5 was administered to all participants. This measure assesses all the 25 facets identified in the *DSM-5*. Each facet was assessed with four items using a Likert response format, with scores ranging from 0 (*very false or often false*) to 3 (*very true or often true*). The adaptation developed by Gutiérrez et al. (2017) was used for translating the items into Spanish. The score for each facet was calculated by averaging the scores obtained on the four items related to that facet. Hence, the higher these average scores, the greater the presence of the facet to which they relate. In keeping with the PID-5 instructions, scores for the domains were then calculated by averaging the scores obtained for the facets.

To check concordance between PID-5 and PID-5-SF scores, a Reduction in Uncertainty (RiU) index was computed. This index provides information about the statistical certainty of an observed relationship between a predictor variable and a dependent variable. According to Dorans and

Walker (2007), $RiU = 1 - \sqrt{1-r^2}$, where r is the correlation coefficient between both test scores. When $r = 0$, there is a 0% reduction; when $r = 1$, there is 100% reduction. It is reasonable to expect that at least 50% of uncertainty reduction in one score has resulted from the other score. Correlation coefficients between the PID-5 and the PID-5-SF ranged from .85 (Perceptual Dysregulation) to .99 (Submissiveness). The RiU index between both versions ranged between 52.68% and 95.52%, except for Risk Taking and Perceptual Dysregulation, which showed coefficients of 48.46% and 46.52%, respectively.

World Health Organization Functional Impairment Assessment Schedule (WHODAS 2.0; Üstün et al., 2010). WHODAS 2.0 is a 36-item instrument for assessing functional impairment in the following areas: understanding and communicating, getting around, self-care, getting along with people, life activities, and participation in society. The total WHODAS 2.0 score is calculated by adding the scores for each area on a scale of 0 to 100. This scale was adapted for the Spanish-speaking population, and its psychometric properties have been examined in various population groups, including patients with psychiatric disorders (Federici, Meloni, & Presti, 2009). The total WHODAS 2.0 score is then transformed into an ordinal scale for measuring five degrees of functional impairment (WHO, 2010): little or no functional impairment (from 0% to 4%), mild impairment (from 5% to 24%), moderate impairment (from 25% to 49%), severe impairment (from 50% to 95%), and extreme impairment (from 96% to 100%). In the *DSM-5*, this scale is endorsed as a useful measure of disability associated mental disorders (APA, 2013).

Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998). This interview is recommended by the Substance Abuse and Mental Health Service Administration (United States) as an instrument of screening for people with substance abuse problems and comorbid psychiatric disorders to combine medical and psychiatric assessment (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009). The present study employed the Spanish version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (Ferrando, Bobes, Gibert, Soto, & Soto, 2000), which assesses Axis I psychiatric disorders according to *DSM-IV* criteria.

Procedure

The measures were administered by a psychologist with experience in patient assessment between 15 and 20 days after the beginning of the patient's treatment. The psychologist had previously received specific training in how to administer these tests. The interviews were conducted at the centers where the patients were being treated. At the beginning of the interview, the patients were informed by the

psychologist about the nature and objectives of the research being conducted and told them that the study findings would not be included in their treatment process, that the information collected would not be part of their medical record unless authorized them, that their participation was voluntary, and, if they wanted to participate, they would have to read and sign an informed consent form. Once the patient had signed, the interview was begun.

This study was approved by the ethics committee of the University of Huelva and the hospital to which the Mental Health Units belonged.

Analysis

Univariate and bivariate statistics were applied for the description of the sample. Reliability was calculated using two procedures: test-retest and internal consistency. Internal consistency was estimated using Cronbach's α coefficient. Mean interitem correlations and item-scale correlations were also computed. The test-retest procedure was carried out in a subsample of 65 patients, applying the Pearson correlation coefficient to the scores obtained with a 2-week interval. Differences in scores between two measures were analyzed using Cohen's d .

Evidence of validity based on internal structure was analyzed with a CFA. A preliminary examination of the data identified multivariate nonnormality (Mardia's coefficient = 17.14; $p < .001$). Accordingly, the maximum likelihood estimator with robust standard errors was used to conduct the factor analyses. Three models were compared as follows: Model 1 with five correlated factors; Model 2 with two second-order factors (externalizing and internalizing) and an overall higher order personality pathology factor; and Model 3 with two correlated second-order factors (externalizing and internalizing) and the Psychoticism domain correlated with these two factors. Several measures were used to identify model fit, including the χ^2 goodness-of-fit statistic, the root mean square error of approximation (RMSEA), and Bentler's (1990) comparative fit index (CFI) and nonnormed fit index (NNFI). Following Hu and Bentler's (1999) suggestions, CFI and NNFI values $\geq .95$ and RMSEA values close to .06 were considered indicators of good model fit.

To compare the factor structure of the Spanish PID-5-SF with the original PID-5 and original PID-5-SF, congruency coefficients (Lorenzo-Seva & ten Berge, 2006) with the factor loadings obtained in the study by Krueger et al. (2012) and Maples et al. (2015) were computed. Exploratory factor analysis was conducted using principal axis factoring with equamax rotation, which was the same analysis as that used by Maples et al. (2015).

Validity evidence based on the relationship with functional outcomes was obtained by computing the correlations between the subscales of WHODAS 2.0 and the facets of PID-5-SF.

Table 1. Summary Statistics and Internal Consistency ($N = 282$).

	<i>M</i>	<i>SD</i>	α	Mean interitem correlation	Mean item-scale correlation
Anhedonia	1.40	0.86	.73	.41	.52
Anxiousness	1.91	0.79	.68	.35	.47
Attention Seeking	0.76	0.86	.86	.62	.70
Callousness	0.47	0.59	.64	.32	.43
Deceitfulness	0.80	0.82	.77	.46	.57
Depressivity	0.94	0.92	.84	.56	.67
Distractibility	1.73	0.88	.77	.46	.56
Eccentricity	1.38	0.87	.74	.42	.53
Emotional Lability	1.68	0.84	.66	.32	.44
Grandiosity	0.56	0.62	.63	.29	.38
Hostility	1.15	0.89	.77	.47	.59
Impulsivity	1.66	0.87	.77	.46	.58
Intimacy Avoidance	0.98	1.06	.89	.67	.76
Irresponsibility	1.11	0.76	.59	.25	.34
Manipulativeness	0.78	0.82	.79	.48	.60
Perceptual Dysregulation	0.69	0.72	.66	.32	.46
Perseveration	1.45	0.85	.70	.37	.48
Restricted Affectivity	1.21	0.80	.65	.32	.44
Rigid Perfectionism	1.32	0.84	.67	.34	.47
Risk Taking	1.19	0.95	.82	.54	.62
Separation Insecurity	1.60	0.90	.72	.39	.52
Submissiveness	0.86	0.80	.80	.50	.61
Suspiciousness	1.31	0.81	.62	.29	.40
Unusual Beliefs and Experiences	1.09	0.77	.60	.27	.38
Withdrawal	1.19	0.80	.67	.34	.45
Negative Affect	1.73	0.64	.84		
Detachment	1.19	0.70	.86		
Antagonism	0.71	0.62	.88		
Disinhibition	1.50	0.04	.83		
Psychoticism	1.05	0.63	.80		

Results

Analysis of Items and Reliability of the PID-5-SF

Table 1 shows the descriptive statistics for the 25 facets, their discrimination index, and the internal consistency of the test. Cronbach's alpha coefficients of the facets range from $\alpha = .59$ (Irresponsibility) to $\alpha = .89$ (Intimacy Avoidance), with a mean value of $\alpha = .73$. Of the 25 facets, reliability values of less than $\alpha = .65$ were observed in the scales of Callousness, Grandiosity, Suspiciousness, and Unusual Beliefs and Experiences. For the domains, the values ranged from $\alpha = .80$ (Psychoticism) to $\alpha = .88$ (Antagonism), with a mean value of $\alpha = .84$. The mean item-scale correlation values were $>.30$ for all the facets, from $r = .38$ (Unusual Beliefs and Experiences and Grandiosity) to $r = .76$ (Intimacy Avoidance). The inter-item correlations were $>.30$ for all facets except for Grandiosity ($r = .29$), Irresponsibility ($r = .25$), and Suspiciousness ($r = .29$).

The test-retest reliability results are presented in Table 2, including descriptive summaries of the subsample ($n = 65$) on both occasions of their assessment and effect sizes. Cohen's d values were <0.30 on 20 facets, which can be interpreted as small according to standard rule-of-thumb for d (i.e., small <0.2 , medium = 0.5, and large >0.8). Small to medium effect sizes were observed for Anxiousness, Depressivity, Eccentricity, and Perceptual Dysregulation. Test-retest correlations for the facets showed values between $r = .57$ (Anxiousness) and $r = .83$ (Withdrawal). For the domains, the correlation values between the test and retest were in the range of $r = .70$ to $r = .87$.

Evidence of Validity Based on the Internal Structure of PID-5-SF

As a starting point, congruence coefficients of the factors of the PID-5-SF and the original PID-5 (Krueger et al., 2012) were computed. The factor congruence coefficients were

Table 2. Test–Retest Reliability ($n = 65$).

	Measure 1		Measure 2 (2 weeks interval)		<i>d</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Anhedonia	1.10	0.72	0.98	0.67	0.17	.723
Anxiousness	2.00	0.67	1.72	0.73	0.39	.569
Attention Seeking	0.93	0.86	0.84	0.81	0.10	.830
Callousness	0.52	0.67	0.45	0.58	0.11	.702
Deceitfulness	0.98	0.89	0.93	0.84	0.05	.833
Depressivity	0.71	0.77	0.49	0.64	0.31	.780
Distractibility	1.68	0.85	1.39	0.91	0.27	.614
Eccentricity	1.41	0.84	1.11	0.87	0.35	.811
Emotional Lability	1.69	0.74	1.62	0.78	0.09	.627
Grandiosity	0.54	0.61	0.43	0.54	0.19	.643
Hostility	1.05	0.78	1.08	0.73	0.03	.668
Impulsivity	1.66	0.89	1.60	0.81	0.07	.671
Intimacy Avoidance	0.67	0.87	0.68	0.88	0.01	.682
Irresponsibility	1.20	0.81	1.13	0.76	0.08	.746
Manipulativeness	1.03	0.91	0.94	0.91	0.09	.817
Perceptual Dysregulation	0.78	0.71	0.51	0.66	0.39	.653
Perseveration	1.38	0.85	1.22	0.73	0.20	.701
Restricted Affectivity	1.16	0.84	1.19	0.76	0.03	.756
Rigid Perfectionism	1.60	0.82	1.55	0.72	0.06	.613
Risk Taking	1.80	0.90	1.65	0.91	0.16	.749
Separation Insecurity	1.74	0.88	1.56	0.85	0.20	.676
Submissiveness	0.79	0.78	0.69	0.73	0.13	.605
Suspiciousness	1.40	0.89	1.21	0.81	0.26	.826
Unusual Beliefs and Experiences	0.98	0.82	0.90	0.79	0.09	.771
Withdrawal	0.89	0.78	0.77	0.75	0.15	.832
Negative Affect	1.73	0.57	1.67	0.60	0.10	.709
Detachment	0.97	0.62	0.80	0.60	0.27	.806
Antagonism	0.90	0.68	0.79	0.66	0.16	.875
Disinhibition	1.48	0.66	1.40	0.68	0.11	.803
Psychoticism	1.05	0.60	0.86	0.66	0.30	.817

.80 (Negative Affect), .85 (Detachment), .82 (Psychoticism), .87 (Antagonism), and .73 (Disinhibition), with a mean value of .81. Congruency coefficients with the loadings presented by Maples et al. (2015) with PID-5-SF were .95 (Negative Affect), .75 (Detachment), .88 (Psychoticism), .98 (Antagonism), and .88 (Disinhibition), with a mean value of .89.

The results of the CFA showed a good fit with Model 1, in which the structure of five correlated factors is tested: $S-B\chi^2(80) = 177.94$; CFI = .920, non-normed fit index (NNFI) = 0.901; Akaike information criterion (AIC) = 17.94; standardized root mean square residual (SRMR) = .067; RMSEA = .066 (90% confidence interval [CI: .05, .07]). The standardized factor loadings ranged from .41 (Intimacy Avoidance within the Detachment domain) to .83 (Anhedonia within Detachment). The values of covariance between factors ranged from .03 to .79 (see Figure 1).

Following the CFA analysis, the intraclass correlation coefficients (ICC) were calculated for each facet to determine the extent of systematic group-level variance among the different sampling groups used. The ICC values for all facets ranged from <.001 to .058 (Manipulativeness), with an average ICC of .017. Given the small ICC values of <.10 (Muthén & Asparouhov, 2011), it appears that there is insufficient between-group variation to warrant the use of multi-level analyses.

Hierarchical Structure of Personality Traits

Two hierarchical models with second-order internalizing and externalizing factors were compared. Both models showed identification problems for the involved equations. According to Bollen & Long (1992), in a second-order CFA the higher order factors must have at least three factors in

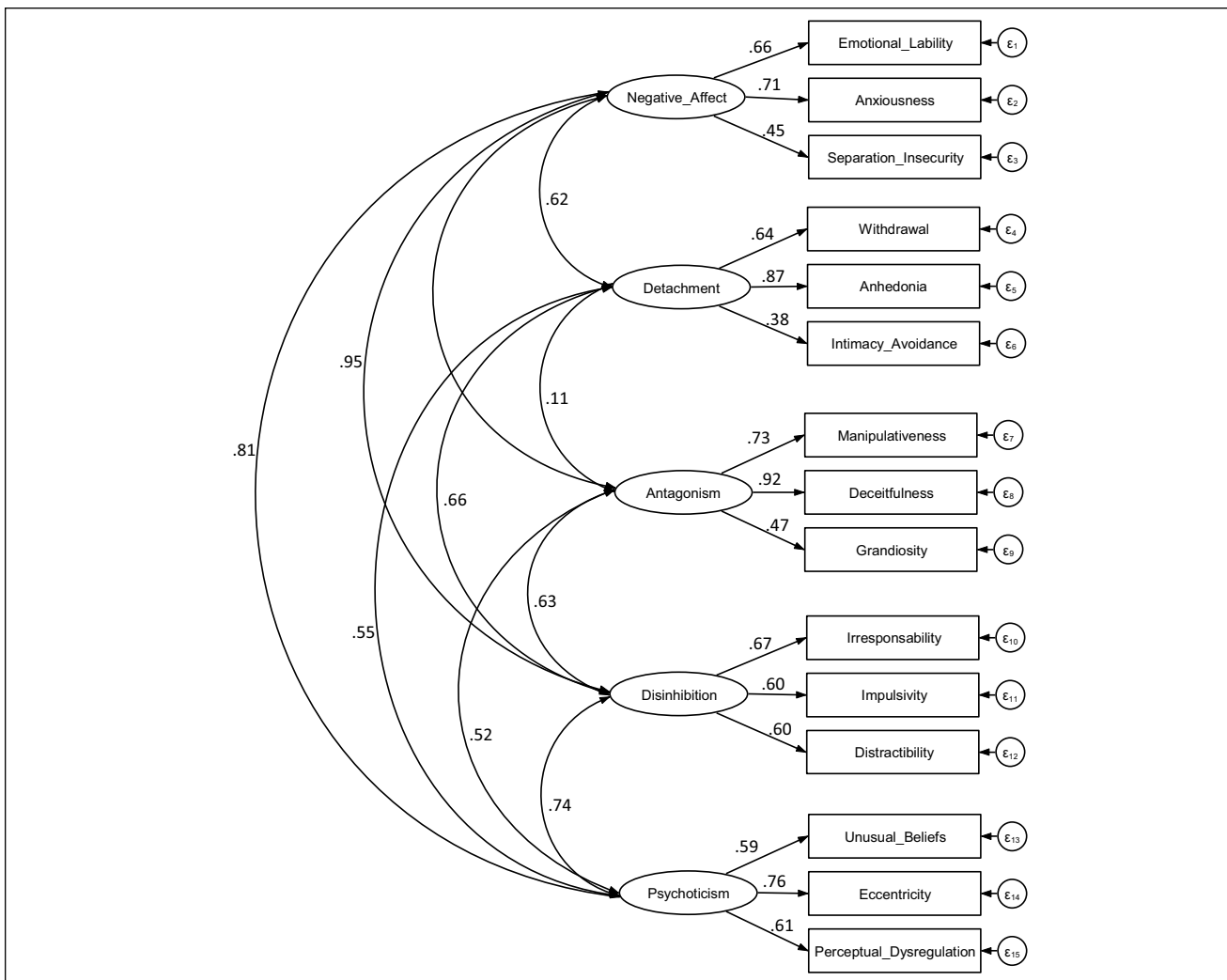


Figure 1. Factorial loading of Model 1.

the lower order. In this model, however, only two lower order factors appeared for each higher order factor. To address this problem of model identification, variances of error of the second-order factors were set so male them equal to one another. Once the identification problems had been resolved, Model 2, with an overall personality pathology factor, did not show a proper fit, $S-B\chi^2(80) = 194.40$; CFI = .898, NNFI = .854; AIC = 34.40; SRMR = .076, RMSEA = .07 (90% CI [.06, .09]). Finally, for Model 3, with two second-order factors correlated with the Psychoticism domain, the fit indices showed revealed that the proposed model was adequate, $S-B\chi^2(81) = 100.62$; CFI = .984, NNFI = 0.925; AIC = 61.37; SRMR = .076; RMSEA = .02 (90% CI [.01, .04]). The standardized factor loading ranged from .41 (Intimacy Avoidance within the Detachment domain) to .83 (Anxiousness within the Negative Affect domain). Covariance values between second-order factors and Psychoticism ranged from .89 to .91 (see Figure 2).

Evidence of Validity Based on Relations With Other Variables

Table 3 shows the Spearman correlations between the facets of PID-5 and the subscales of the WHODAS 2.0. Some facets failed to show a correlation with any of the scales of the WHODAS 2.0, including Attention Seeking, Callousness, Grandiosity, Impulsivity, Manipulativeness, Restricted Affectivity, and Rigid Perfectionism. On the other hand, the facets of Anxiousness and Depressivity did show significant correlations with all the scales of the WHODAS 2.0.

For the remaining facets, the WHODAS 2.0 understanding and communicating scale shows stronger correlations, with values between .30 (Perceptual Dysregulation) and .56 (Distractibility). The participation in society scale shows moderate correlation values with the other facets, from .31 (Unusual Beliefs and Experiences) to .55 (Anxiousness). In addition, the WHODAS 2.0 getting along with people and life

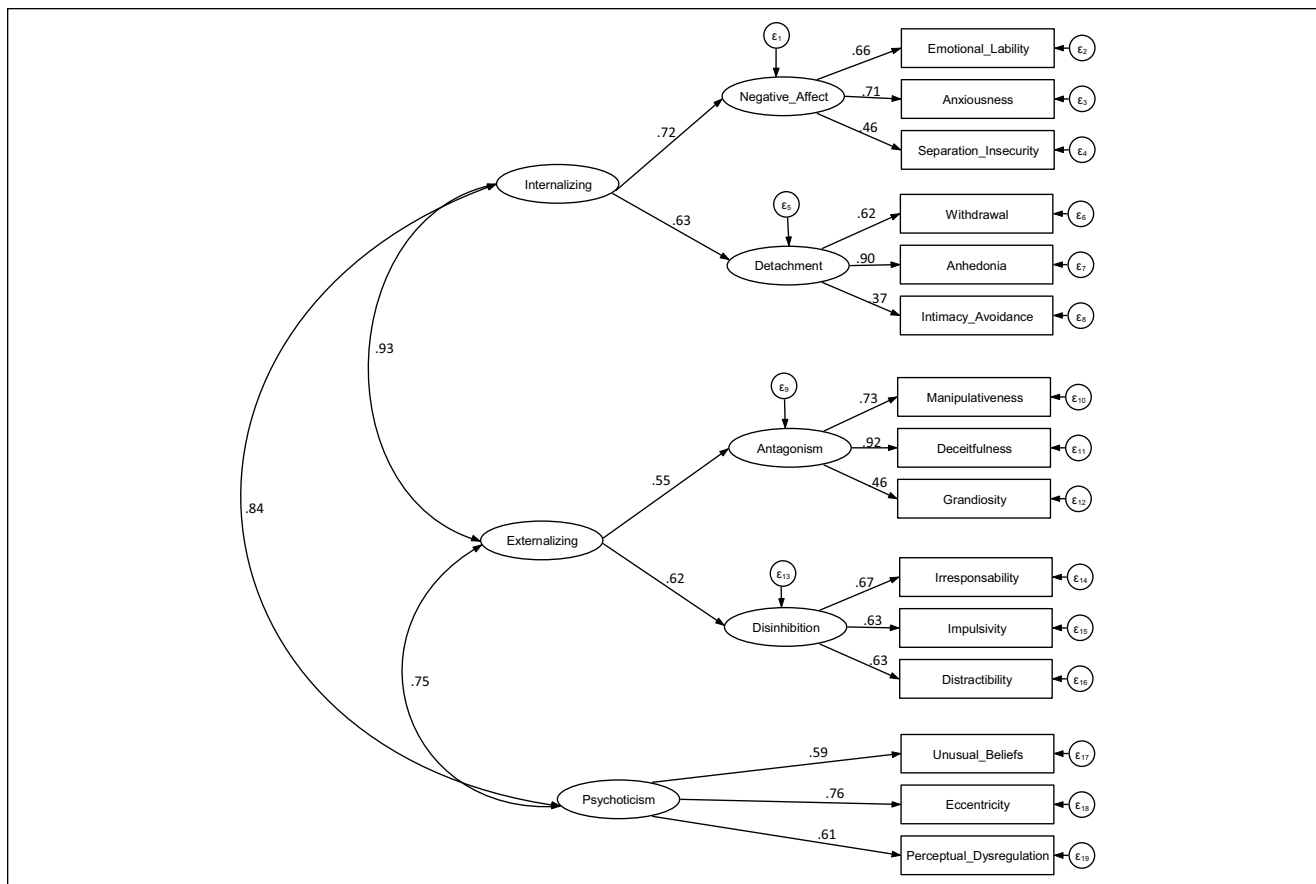


Figure 2. Factorial loadings of Model 3.

activities scales show some moderate correlations with certain facets (Anhedonia: $r = .36$ and $.38$, respectively; Eccentricity: $r = .40$ and $.43$; Irresponsibility: $r = .36$ and $.37$).

Discussion

This study intended to estimate the reliability and provide evidence of the validity of a 100-item short form version of the PID-5, the PID-5-SF. It is the first Spanish study of this version of the PID-5, and it is innovative in various ways compared with existing studies of it in the literature.

First, the present study was conducted with dual diagnosis patients, whereas the majority of PID-5-SF psychometric studies to date have used student and community samples (Anderson et al., 2013; Ashton et al., 2012; Bagby et al., 2014; De Fruyt et al., 2013; Dhillon & Bagby, 2015; Gore & Widiger, 2013; Griffin & Samuel, 2014; Hopwood et al., 2013; Samuel et al., 2013; Sellbom et al., 2013; Suzuki et al., 2015). There have been several studies of the PID-5-SF with clinical samples (Anderson et al., 2015; Bagby et al., 2014; Few et al., 2013; Quilty et al., 2013; Watson et al., 2013; Wright & Simms, 2014; Yam & Simms, 2014), but none has thus far focused specifically on patients with

drug use disorders. The present psychometric findings with a drug use sample is of interest for two reasons.

First, drug use patients have high rates of psychiatric comorbidity (Weaver et al., 2003), and this instrument is likely to be widely used in the assessment of these dual diagnosis patients. Therefore, as recommended by the American Educational Research Association et al. (2014) for the use of instruments, it is important to muster evidence confirming the interpretation of PID-5-SF scores obtained from these patients. Second, it is common in these patients to find that symptoms resulting from intoxication and withdrawal can mimic the symptoms of other mental disorders (Quello, Brady, & Sonne, 2005), and it is therefore important to provide psychometric evidence that relates to this fact. To this end, the present study included estimates of test-retest reliability to determine the stability of the obtained scores.

From the viewpoint of reliability and internal consistency, according to Nunnally and Bernstein (1994), Cronbach's alpha coefficients above $.70$ are considered adequate. This value is exceeded for 14 of the 25 facets. However, the number of items in this short form (4 per facet) warrants some moderation in the values of internal

Table 3. Zero-Order Correlations Between PID-5 Scores and WHODAS 2.0 Functioning Variables ($N = 282$).

	Understanding and communicating	Getting around	Self-care	Getting along with people	Life activities	Participation in society
Anhedonia	.403	.247	.268	.361	.382	.403
Anxiousness	.434	.386	.341	.404	.365	.551
Attention Seeking	.046	.011	.006	.073	.068	.102
Callousness	.064	-.005	-.008	.098	-.003	.048
Deceitfulness	.272	.069	.117	.282	.150	.208
Depressivity	.346	.434	.360	.465	.424	.403
Distractibility	.560	.225	.215	.347	.292	.422
Eccentricity	.513	.232	.266	.404	.425	.456
Emotional Lability	.192	.196	.293	.175	.233	.292
Grandiosity	.135	-.004	.041	.153	.072	.140
Hostility	.222	.089	.176	.188	.181	.208
Impulsivity	.163	.115	.184	.143	.120	.132
Intimacy Avoidance	.180	.150	.114	.259	.200	.154
Irresponsibility	.415	.265	.187	.357	.370	.447
Manipulativeness	.032	.103	.061	.175	.067	.065
Perceptual Dysregulation	.300	.136	.200	.289	.209	.397
Perseveration	.341	.227	.172	.381	.245	.321
Restricted Affectivity	.126	.173	.130	.158	.040	-.009
Rigid Perfectionism	.112	.058	.072	.136	.036	.004
Risk Taking	.231	.131	.086	.146	.117	.192
Separation Insecurity	.215	.229	.282	.248	.172	.186
Submissiveness	.410	.265	.207	.374	.288	.378
Suspiciousness	.325	.189	.205	.320	.148	.317
Unusual Beliefs and Experiences	.271	.257	.270	.200	.132	.312
Withdrawal	.370	.350	.320	.343	.265	.350

Note. PID-5 = Personality Inventory for DSM-5; WHODAS = World Health Organization Disability Assessment Schedule. For $r > .271$, $p < .01$; for $.270 > r > .205$, $p < .05$.

consistency, and 21 of the facets show an internal consistency of $\alpha > .65$. Maples et al. (2015) did not report the alpha values for each facet, but did report a .67 to .91 range, which is similar to the findings in the present study. Consistently with the present findings, Thimm et al. (2016b) found in a student sample alpha values $> .70$ for all facets except Suspiciousness and Perceptual Dysregulation. In other studies conducted with the 220-item version, lower internal consistency values have also been found for the facets of Grandiosity (Strickland, Drislane, Lucy, Krueger, & Patrick, 2013; Thimm et al., 2016a), Suspiciousness (Anderson et al., 2013; Griffin & Samuel, 2014; Thimm et al., 2016a), and Irresponsibility (Bach et al., 2016; De Clercq et al., 2014; Keeley et al., 2014; Sellbom et al., 2013; Van den Broeck, Bastiaansen, Rossi, Dierckx, & De Clercq, 2013; Van den Broeck et al., 2014). It should be noted that lower and unexpected internal consistency values were found for the facet of Unusual Beliefs and Experiences. This result may be due to Item 150, which is “Sometimes I can influence other people just by sending my thoughts to them.” The lower corrected item-scale correlation value

found on this item ($r = .27$) may indicate a need to review the wording of the item.

With respect to test–retest reliability, previous literature has reported retest correlations for domains (Dhillon & Bagby, 2015; Riegel et al., 2017). The present 2-week retest findings for the 25 facets is thus a significant contribution to the literature. Wright et al. (2015) explored the stability of personality traits over a period of 1.44 years and observed small effect sizes for all of the traits (except Submissiveness, Restricted Affectivity, Withdrawal, Irresponsibility, Rigid Perfectionism, and Risk Taking). The effect sizes observed for these facets in the present sample were $< .20$, which provides support for the stability of the measure. Such adequate reliability indicates that the statements of items may be effectively measuring a construct as a “trait.” However, the low reliability observed in facets such as Anxiousness and Distractibility suggests that some statements may be understood as a specific “state” of patients at the time of their assessment. As has been noted, the facets of Anxiousness, Depressivity, and Perceptual Dysregulation have shown lower retest reliability values and a moderate effect size.

One possible explanation for this result might be that the acute effects of substance use or withdrawal may cause such psychiatric symptoms of anxiety or dysphoria (Brady & Sinha, 2005; Quello et al., 2005). Also to bear in mind is the timing of the test–retest assessment, with the testing conducted 15 to 20 days after the start of the treatment and the retest 2 weeks later. Having begun their treatment, a majority of the patients are likely to have stopped using substances. It is possible that during this period of time until the first assessment, while clinical professionals are to stabilize the patients by adjusting drug doses, some withdrawal symptoms provoke anxiety, depression, or sensorial alteration symptoms (APA, 2013). During the retest, after at least 1 month of treatment, the patient's symptoms are likely to have become more stabilized. This could explain why the scores for these facets are higher on the test than on the retest, and hence, why such an effect size was observed. Thus, it should be considered that PID-5-SF can be trait-like in this population for some, but not for all, of its facets. In terms of clinical administration, it would be advisable to administer the PID-5-SF to such dual diagnosis patients after the acute effects of stopping drug use have passed. Further research is needed to test this possibility.

With respect to its internal structure, the CFA confirms the structure of the five correlated factors that had previously emerged in the exploratory factor analysis of the original PID-5 (Anderson et al., 2013; Fossati et al., 2013; Griffin & Samuel, 2014; Krueger et al., 2012; Quilty et al., 2013; Thomas et al., 2013; Wright, Thomas et al., 2012; Wright & Simms, 2014). However, no previous studies have analyzed this structure in samples of patients with drug use disorders. Hence, the CFA with the present sample provides additional evidence concerning on the factorial structure of personality domains in clinical samples with high comorbidity. The present also concur with findings obtained with the original version of the PID-5 and support the relationship between the scores on this instrument and the five-factor personality models.

The obtained index of factorial congruence demonstrates the comparability of the Spanish version of the PID-5-SF and both the version developed by Maples et al. (2015) and the original version of PID-5 developed by Krueger et al. (2012). Factorial congruence values ranged from .73 (Disinhibition) to .87 (Antagonism). Congruency coefficients with the loadings presented by Maples et al. (2015) ranged from .78 (Detachment) to .98 (Antagonism). Congruence coefficients in the range of .85 to .94 indicate fair similarity, and factors can be assumed equivalent when the values exceed .95 (Lorenzo-Seva & ten Berge, 2006). The present finding that the domains of Disinhibition and Detachment have relatively low congruence values is consistent with previous reports (Thimm et al., 2016b).

Of further note, the present study also compared the hierarchical structure established by the two second-order

factors of internalizing and externalizing. The internalizing factor represents the propensity to experience states of unipolar mood and anxiety disorders, which appear to be linked to the dimensions of Negative Affect and Detachment. The externalizing factor dimension represents the propensity to experience disinhibitory disorders (Clark, 2005; Krueger & Markon, 2006), which appear to be linked to the domains of Disinhibition and Antagonism. Several previous studies have analyzed this structure (De Clercq et al., 2014; Morey, Krueger, & Skodol, 2013; Thimm et al., 2016a; Van den Broeck et al., 2014). In this regard, the findings in the present study support the relationship of the PID-5SF scores with personality models that focus on higher levels of the hierarchy and thus provide a general framework for personality functioning and psychopathological disorders (Krueger & Markon, 2006).

A further highlight of the present study is the evidence of relationships between the PID-5-SF scores and the WHODAS 2.0 indicators of the functionality of these dual diagnosis patients. For these types of patients, both substance consumption and personality disorders have an impact on outcomes related to the psychosocial state of the patients and their quality of life (Lozano, Rojas, & Fernández-Calderón, 2017; Vélez-Moreno et al., 2017). However, to date, the relationship between functional malfunction and personality facets has not yet been deeply analyzed. In this regard, the present provides new evidence that some of the facets relate more strongly than others with several domains of the functional state of the patients. Specifically, the facets of personality are most directly related to the dimensions of understanding and communicating and participation in society. These results are partially consistent with those reported by Keeley et al. (2014) with a clinical sample. Keeley et al. (2014) found the facets to be most closely related to the domains of understanding and communicating, getting along with people, and participation in society. Similarly, with a sample of undergraduates, Wright, Pincus et al. (2012) found that the personality traits identified in the *DSM-5* are related primarily to interpersonal impairment. Similarly, in the present sample of patients with dual diagnosis, it is also noted that the facet scores of the PID-5-SF are related mainly to aspects of the interpersonal relationships of these patients, which constitutes validity evidence consistent with that shown by other authors.

Although this study presents novel and interesting results from a psychometric and clinical perspective with the PID-5 in its 100-item version, it is not without limitations. One of these limitations concerns the possibility that functioning might not be adequately assessed in this type of dual diagnosis patients when using self-report as the only test measure. The functioning associated with such facets such as Grandiosity or Callousness might better be assessed by complementing self-report measures with other sources of

information, such as family members' reports or register data. Optimal use of multisource data could improve prediction of behavior in the clinical assessment of psychopathology (Ready, Watson, & Clark, 2002).

A second limitation may be the sample size. The study was conducted with a sample of 282 patients, whereas previous PID-5 psychometric studies have been carried out with larger samples. However, the majority of these other studies were conducted on nonclinical samples. To date, studies conducted on clinical samples with the PID-5 have had sample sizes between 91 (Keeley et al., 2014) and 628 (Wright & Simms, 2014) patients. In only four studies has the sample size been greater than the one used in the present study (Anderson et al., 2015; Bagby et al., 2014; Wright & Simms, 2014; Yam & Simms, 2014). Despite this limitation, the present authors believe that their sample size was sufficient for successful implementation of the statistical analyses conducted. Increasing the sample size might have improved the estimated reliability of the scores, by increasing their variability (Streiner, 2003). On the other hand, it should be noted that the participants were located in several treatment centers, thereby increasing the representativeness of the sample's clinical profile. Therefore, although future studies with larger sample sizes might strengthen the psychometric foundations of this instrument, the present authors believe that the results obtained here support the use of the PID-5 in its 100-item version in evaluating patients with this profile.

Acknowledgments

We are grateful to Dr. Fernando Gutiérrez (Hospital Clinic de Barcelona) for providing us data from the 220-item version of the PID-5 to compute the congruence coefficients with the 100-item version.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This study has been funded by the grant "Análisis de la intervención de los pacientes con patología dual: Estudio longitudinal sobre los factores que intervienen en la estabilidad psicopatológica y la calidad de vida" (PI-0287-2014) from the Fundación Progreso y Salud.

References

- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2015). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment*. Advance online publication. doi:10.1080/00223891.2015.1107572
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *The standards for educational and psychological testing*. Retrieved from <http://www.apa.org/science/programs/testing/standards.aspx>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA.
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Ayearst, L., Quilty, L. C., Chmielewski, M., & Bagby, R. M. (2015). Associations between DSM-5 Section III personality traits and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2-Restructured Form (MMPI-2-RF) scales in a psychiatric patient sample. *Psychological Assessment*, 27, 801-815. doi:10.1037/pas0000096
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Veltri, C. O., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2013). On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets implications for assessment of DSM-5 personality traits. *Assessment*, 20, 286-294.
- Anderson, J. L., Sellbom, M., & Salekin, R. (2016). Utility of the Personality Inventory for DSM-5—Brief form (PID-5-BF) in the measurement of maladaptive personality and psychopathology. *Assessment*, 29, 1-12. doi:10.1177/1073191116676889
- Ashton, M. C., Lee, K., de Vries, R. E., Hendrickse, J., & Born, M. P. (2012). The maladaptive personality traits of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in relation to the HEXACO personality factors and schizotypy/dissociation. *Journal of Personality Disorders*, 26, 641-659.
- Bach, B., Maples, J., Bo, S., & Simonsen, E. (2016). The alternative DSM-5 personality disorder traits criterion: A comparative examination of the three self-report forms in a Danish population. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 124-135. doi:10.1037/per0000162
- Bach, B., Sellbom, M., & Simonsen, E. (2017). Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in clinical versus nonclinical individuals: Generalizability of psychometric features. *Assessment*. Advance online publication. doi:10.1177/1073191117709070
- Bagby, R. M., Sellbom, M., Ayearst, L. E., Chmielewski, M. S., Anderson, J. L., & Quilty, L. C. (2014). Exploring the hierarchical structure of the MMPI-2-RF personality psychopathology five in psychiatric patient and university student samples. *Journal of Personality Assessment*, 96, 166-172. doi:10.1080/00223891.2013.825623
- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., . . . DeHert, M. (2016). The construct validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 personality disorders (PID-5) in a clinical sample. *Assessment*, 23, 42-51. doi:10.1177/107319111557506
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bo, S., Bach, B., Mortensen, E. L., & Simonsen, E. (2015). Reliability and hierarchical structure of DSM-5 pathological traits in a Danish mixed sample. *Journal of Personality Disorders*. Advance online publication. doi:10.1521/pedi_2015_29_187
- Bollen, K. A., & Long, J. S. (1992). Tests for structural equation models: Introduction. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 123-131.

- Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1483-1493.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 505-521.
- Combaluzier, S., Gouvernet, B., Menant, F., & Rezzazi, A. (2016). Validation d'une version française de la forme brève de l'inventaire des troubles de la personnalité pour le *DSM-5* (PID-5 BF) de Krueger [Validation of a French translation of Krueger's Personality Inventory for *DSM-5* in its brief form (PID-5 BF)]. *L'Encéphale*. Advance online publication. doi:10.1016/j.encep.2016.07.006
- De Clercq, B., De Fruyt, F., De Bolle, M., Van Hiel, A., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2014). The hierarchical structure and construct validity of the PID-5 trait measure in adolescence. *Journal of Personality*, *82*, 158-169. doi:10.1111/jopy.12042
- De Fruyt, F., De Clercq, B., De Bolle, M., Wille, B., Markon, K., & Krueger, R. F. (2013). General and maladaptive traits in a five-factor framework for *DSM-5* in a university student sample. *Assessment*, *20*, 295-307. doi:10.1177/1073191113475808
- Dhillon, S., & Bagby, R. M. (2015). *The internal and one-week retest reliability of the PID-5 domains and facets*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Toronto Scarborough, Toronto, Ontario, Canada.
- Dorans, N. J., & Walker, M. E. (2007). Sizing up linkages. In N. J. Dorans, M. Pommerich & P. W. Holland (Eds.), *Linking and aligning scores and scales* (pp. 179-198). New York, NY: Springer.
- Federici, S., Meloni, F., & Lo Presti, A. (2009). International literature review on WODAS II. *Life Span and Disability*, *12*(1), 83-110.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). *1.1 MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional* [MINI International Neuropsychiatric Interview]. Madrid, Spain: Instituto IAP.
- Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. P., . . . MacKillop, J. (2013). Examination of the Section III *DSM-5* diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*, 1057-1069. doi:10.1037/a0034878
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the Personality Inventory for *DSM-5* (PID-5): Predicting *DSM-IV* personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, *20*, 689-708. doi:10.1177/1073191113504984
- Fossati, A., Somma, A., Borroni, S., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017). The Personality Inventory for *DSM-5* Brief Form: Evidence for reliability and construct validity in a sample of community-dwelling Italian adolescents. *Assessment*, *24*, 615-631. doi:10.1177/1073191115621793
- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The *DSM-5* dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*, 816-821. doi:10.1037/a0032822
- Griffin, S. A., & Samuel, D. B. (2014). A closer look at the lower-order structure of the Personality Inventory for *DSM-5*: Comparison with the Five-Factor Model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *5*, 406-412. doi:10.1037/per0000074
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., . . . Krueger, R. F. (2017). Psychometric properties of the Spanish PID-D in a clinical and a community sample. *Assessment*, *24*, 326-336. doi:10.1177/1073191115606518
- Hopwood, C. J., & Sellbom, M. (2013). Implications of *DSM-5* personality traits for forensic psychology. *Psychological Injury and Law*, *6*(4), 314-323. doi: 10.1007/s12207-013-9176-5
- Hopwood, C. J., Wright, A. G., Krueger, R. F., Schade, N., Markon, K. E., & Morey, L. C. (2013). *DSM-5* pathological personality traits and the Personality Assessment Inventory. *Assessment*, *20*, 269-285. doi:10.1177/1073191113486286
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*, 1-55.
- Javaras, K. N., Zanarini, M. C., Hudson, J. I., Greenfield, S. F., & Gunderson, J. G. (2017). Functional outcomes in community-based adults with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *89*, 105-114. doi:10.1016/j.jpsy-chires.2017.01.010
- Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & McCluskey, D. L. (2014). Functional impairment and the *DSM-5* dimensional system for personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *28*, 657-674.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for *DSM-5*. *Psychological Medicine*, *42*, 1879-1890. doi:10.1017/S0033291711002674
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *2*, 111-133. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the *DSM-5* personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 477-501. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732
- Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). The higher-order structure of common *DSM* mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, *30*, 1245-1259. doi:10.1016/S0191-8869(00)00106-9
- Lorenzo-Seva, U., & ten Berge, J. M. (2006). Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology*, *2*(2), 57-64.
- Lozano, O. M., Rojas, A. J., & Fernández-Calderón, F. (2017). Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: How it impacts on their health-related quality of life? *Journal of Mental Health*, *26*(2), 119-126. doi: 10.1080/09638237.2016.1177771
- Maples, J. L., Carter, N. T., Few, L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., . . . Krueger, R. F. (2015). Testing whether the *DSM-5* personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for *DSM-5*. *Psychological Assessment*, *27*, 1195-1210. doi:10.1037/pas0000120

- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 139-157. doi:10.1037/0022-3514.88.1.139
- Morey, L. C., Benson, K. T., Busch, A. J., & Skodol, A. E. (2015). Personality disorders in *DSM-5*: Emerging research on the alternative model. *Current Psychiatry Reports, 17*(4), 1-9. doi:10.1007/s11920.015.0558-0
- Morey, L. C., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2013). The hierarchical structure of clinician ratings of proposed *DSM-5* pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 836-841.
- Mullins-Sweatt, S. N., & Widiger, T. A. (2009). Clinical utility and *DSM-5*. *Psychological Assessment, 21*, 302-312. doi:10.1037/a0016607
- Muthén, B., & Asparouhov, T. (2011). Beyond multilevel regression modeling: Multilevel analysis in a general latent variable framework. In J. Hox & J. K. Roberts (Eds.), *Handbook of advanced multilevel analysis* (pp. 15-40). New York, NY: Taylor & Francis.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). The assessment of reliability. *Psychometric Theory, 3*, 248-292.
- Quello, S. B., Brady, K. T., & Sonne, S. C. (2005). Mood disorders and substance use disorder: A complex comorbidity. *Science & Practice Perspectives, 3*(1), 13-21.
- Quilty, L. C., Ayeart, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G., & Bagby, R. M. (2013). The psychometric properties of the Personality Inventory for *DSM-5* in an APA *DSM-5* field trial sample. *Assessment, 20*, 362-369. doi:10.1177/1073191113486183
- Ready, R. E., Watson, D., & Clark, L. A. (2002). Psychiatric patient- and informant-reported personality: Predicting concurrent and future behavior. *Assessment, 9*, 361-372. doi:10.1177/1073191102238157
- Riegel, K. D., Preiss, M., Ksinan, A., Michalec, J., Samánková, D., & Harsa, P. (2017). Psychometric properties of the Czech version of the Personality Inventory for *DSM-5*: Internal consistency, validity and discrimination capacity of the measure. *Ceskoslovenska Psychologie, 61*, 128-143.
- Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L., & Rolland, J. P. (2015). The psychometric properties of the French version of the Personality Inventory for *DSM-5*. *PLoS ONE, 10*, e0133413. doi:10.1371/journal.pone.0133413
- Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Thomas, K. M., & Ruggero, C. J. (2013). Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in *DSM-5*. *Assessment, 20*, 353-361. doi:10.1177/1073191113486182
- Sellbom, M., Anderson, J. L., & Bagby, R. M. (2013). Assessing *DSM-5* Section III personality traits and disorders with the MMPI-2-RF. *Assessment, 20*, 709-722. doi:10.1177/1073191113508808
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for *DSM-IV* and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(20), 22-33.
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in *DSM-5*. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 317-344.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment, 80*, 99-103.
- Strickland, C. M., Drislane, L. E., Lucy, M., Krueger, R. F., & Patrick, C. J. (2013). Characterizing psychopathy using *DSM-5* personality traits. *Assessment, 20*, 327-338. doi:10.1177/1073191113486691
- Suzuki, T., Samuel, D. B., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2015). *DSM-5* alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 124*, 343-354. doi:10.1037/abn0000035
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National findings* (Office of Applied Statistics, NSDUH Series H-34). Rockville, MD.
- Thimm, J. C., Jordan, S., & Bach, B. (2016a). Hierarchical structure and cross-cultural measurement invariance of the Norwegian version of the Personality Inventory for *DSM-5*. *Journal of Personality Assessment, 99*, 204-210. doi:10.1080/00223891.2016.1223682
- Thimm, J. C., Jordan, S., & Bach, B. (2016b). The Personality Inventory for *DSM-5* Short Form (PID-5-SF): Psychometric properties and association with Big Five traits and pathological beliefs in a Norwegian population. *BMC Psychology, 4*, 61. doi:10.1186/s40359-016-0169-5
- Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G., Markon, K. E., & Hopwood, C. J. (2013). The convergent structure of *DSM-5* personality trait facets and five-factor model trait domains. *Assessment, 20*, 308-311. doi:10.1177/1073191112457589
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., . . . Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization, 88*(11), 815-823. doi: 10.1590/S0042-96862010001100010
- Van den Broeck, J., Bastiaansen, L., Rossi, G., Dierckx, E., & De Clercq, B. (2013). Age-neutrality of the trait facets proposed for personality disorders in *DSM-5*: A DIFAS analysis of the PID-5. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*, 487-494.
- Van den Broeck, J., Bastiaansen, L., Rossi, G., Dierckx, E., De Clercq, B., & Hofmans, J. (2014). Hierarchical structure of maladaptive personality traits in older adults: Joint factor analysis of the PID-5 and the DAPP-BQ. *Journal of Personality Disorders, 28*, 198-211.
- Vélez-Moreno, A., Rojas, A. J., Rivera, F., Fernández-Calderón, F., Torrico-Linares, E., Ramírez-López, J., . . . Lozano, O. M. (2017). The impact of personality disorders and severity of dependence in psychosocial problems. *International Journal of Mental Health and Addiction, 15*(5), 1008-1022. doi: 10.1007/s11469-016-9696-9
- Verheul, R., & Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders, 18*, 309-319. doi:10.1521/pedi.2004.18.4.309
- Watson, D., Stasik, S. M., Ro, E., & Clark, L. A. (2013). Integrating normal and pathological personality: Relating the

- DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. *Assessment*, 20, 312-326.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., . . . Ford, C. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183, 304-313. doi:10.1192/bjp.183.4.304
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth edition*. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 494-504. doi:10.1037/0021-843X.114.4.494
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 71-83. doi:10.1037/0003-066X.62.2.71
- World Health Organization (WHO). (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Malta: WHO Press.
- Wright, A. G. C., Calabrese, W. R., Rudick, M. M., Yam, W. H., Zelanzy, K., Williams, T. F., . . . Simms, L. J. (2015). Stability of the DSM-5 Section III pathological personality traits and their longitudinal associations with psychosocial functioning in personality disordered individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 199-207. doi:10.1037/abn0000018
- Wright, A. G. C., Pincus, A. L., Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2012). An interpersonal analysis of pathological personality traits in DSM-5. *Assessment*, 19, 263-275. doi:10.1177/1073191112446657
- Wright, A. G. C., & Simms, L. J. (2014). On the structure of personality disorder traits: Conjoint analyses of the CAT-PD, PID-5, and NEO-PI3 trait models. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5, 43-54. doi:10.1037/per0000037
- Wright, A. G. C., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 951-957. doi:10.1037/a0027669
- Yam, W. H., & Simms, L. J. (2014). Comparing criterion-and trait-based personality disorder diagnoses in DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 802-808. doi:10.1037/a0037633
- Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J., . . . Leising, D. (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal of Personality Disorders*, 28, 518-540. doi:10.1521/pedi_2014_28_130

Capacidad discriminativa del deterioro funcional del Inventario de Personalidad DMS-5 Short Form en pacientes con trastorno por uso de sustancias

Discriminative capacity for functional impairment of the Personality Inventory for DSM-5 Short Form in patients with substance use disorder

ANA DE LA ROSA CÁCERES*, JUAN RAMÍREZ LÓPEZ**, FERMÍN FERNÁNDEZ CALDERÓN*,***, OSCAR M. LOZANO-ROJAS*,***, ENRIQUE MORALEDA-BARRENO*,***, CARMEN DÍAZ-BATANERO*,***.

*Departamento de Psicología Clínica y Experimental. Universidad de Huelva, Huelva, Spain; **Servicio Provincial de Drogodependencias de Huelva, Huelva, Spain; ***Centro de Investigación en Recursos Naturales, Salud y Medio Ambiente (RENSMA). Universidad de Huelva, Huelva, Spain.

La literatura especializada muestra que los Trastornos de Personalidad (TP) presentan una alta comorbilidad con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS). La mayor disfuncionalidad y peor respuesta terapéutica de pacientes comórbidos (Van Den Bosch y Verheul, 2007) apuntan la necesidad de evaluar la personalidad entre pacientes con TUS.

El Modelo Alternativo de Trastornos de Personalidad (MATP) propuesto en el DSM-5 propone la organización de los rasgos de personalidad de forma dimensional (Krueger y Markon, 2014). Uno de los instrumentos más empleados para evaluar este modelo es el Inventario de Personalidad DSM-5 (PID-5; Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol, 2012). Se ha señalado necesario encontrar fórmulas que concilien las propuestas dimensionales con las decisiones categoriales de la práctica clínica (Alarcón, 2010). En este sentido, se han planteado puntos de cortes normativos del PID-5 que pretenden facilitar las decisiones clínicas (Gutiérrez et al., 2017; Samuel, Hopwood, Krueger, Thomas y Ruggero, 2013).

A pesar de los estudios que muestran relación entre las elevaciones en los rasgos y el desajuste funcional y psicosocial (Keeley, Flanagan y McCluskey, 2014), hasta la fecha, ningún estudio ha analizado la capacidad discriminativa del deterioro funcional del PID-5. Este trabajo analiza la sensibilidad y especificidad de cada una de las facetas para detectar deterioro funcional en un grupo de pacientes con

TUS. Además, se compara el uso de un criterio funcional y otro normativo para establecer los puntos de corte que representan un funcionamiento patológico en las facetas del MATP.

178 pacientes con TUS asistentes a centros de tratamiento ambulatorio de adicciones. Los hombres constituyeron el 82.6% de la muestra, con edad media de 41.28 años ($SD = 11.24$).

Se administró la versión en castellano del PID-5-Short Form (Díaz-Batanero, Ramírez-López, Domínguez-Salas, Fernández-Calderón y Lozano, 2019). La discapacidad funcional se evaluó con el cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0; Üstün et al., 2010).

Los instrumentos fueron administrados por un psicólogo con experiencia en la evaluación de pacientes 15 días después del comienzo del tratamiento. Este estudio fue aprobado por el comité ético de la Universidad de Huelva.

Se estimaron las curvas ROC usando una puntuación total en la WHODAS 2.0 > 25 como umbral para clasificar los pacientes con discapacidad moderada a extrema (Üstün et al., 2010). Se estimaron los puntos de corte, según el criterio funcional con el mejor balance entre sensibilidad y especificidad, fijando una especificidad mínima de .70. Se compararon con los puntos de corte normativos, calculando las puntuaciones $T > 65$ (Gutiérrez et al., 2017).

Recibido: Junio 2019; Aceptado: Noviembre 2019.

Enviar correspondencia a: Carmen Díaz Batanero.

Dpto de Psicol. Clínica y Exper. Fac. de Educ., Psicol. y Cienc. de la Act. Física y Deporte. Campus del Carmen. Av. Fuerzas Armadas s/n, 21071 Huelva
E-mail: carmen.diaz@dpsi.uhu.es / Tel. 959218428. Fax 959219201.

El 35.4% de la muestra mostraron discapacidad moderada o extrema. Los valores AUC oscilan entre .503 (95% IC = [.41, .59]) (Búsqueda de atención) y .787 (Depresión) (95% IC = [.71, .86]) con un valor medio de .657. Valores de AUC > .7 fueron observados en: Anhedonia, Ansiedad, Depresión, Distractibilidad, Excentricidad, Irresponsabilidad, Perseveración y Sumisión. Sin embargo, seis facetas

no muestran capacidad discriminativa: Búsqueda de atención, Grandiosidad, Evitación de la intimidad, Manipulación, Afectividad restringida y Perfeccionismo rígido. Los puntos de corte usando el criterio funcional son superiores en las todas las facetas que resultan discriminativas del deterioro funcional respecto a los obtenidos según criterios normativos (excepto Sumisión y Asunción de riesgos).

Tabla 1. Resultados de los análisis ROC y puntos de corte estimados a través de los criterios normativos y de discapacidad funcional.

	AUC [CI95%]	p	Criterio funcional	Sensibilidad	Especificidad	Criterio normativo	Sensibilidad	Especificidad
Anhedonia	.744 [.66, .82]	<.001	1.87	.710	.722	1.25	.823	.583
Ansiedad	.770 [.70, .84]	<.001	2.37	.613	.765	1.78	.806	.574
Búsqueda de at.	.503 [.41, .59]	.949	0.87	.403	.722	1.49	.145	.835
Insensibilidad	.595 [.50, .68]	.036	0.62	.436	.748	0.64	.436	.748
Falsedad	.648 [.56, .73]	.001	0.87	.403	.739	1.02	.403	.774
Depresión	.787 [.71, .86]	<.001	1.12	.677	.765	0.95	.742	.696
Distractibilidad	.777 [.70, .84]	<.001	2.12	.677	.757	1.54	.855	.574
Excentricidad	.760 [.68, .83]	<.001	1.62	.678	.730	1.33	.726	.591
Labilidad emocional	.648 [.56, .73]	.001	2.12	.516	.722	2.03	.516	.722
Grandiosidad	.557 [.46, .64]	.209	0.87	.290	.782	1.24	.177	.896
Hostilidad	.688 [.60, .77]	<.001	1.62	.565	.765	1.56	.565	.765
Impulsividad	.642 [.55, .72]	.002	2.12	.403	.730	1.60	.758	.609
Evit. de la intimidad	.585 [.49, .67]	.078	1.87	.387	.765	1.15	.468	.643
Irresponsabilidad	.702 [.62, .78]	<.001	1.37	.532	.801	0.92	.774	.487
Manipulación	.574 [.48, .66]	.105	0.87	.355	.735	1.27	.226	.878
Disreg. Perceptiva	.635 [.54, .72]	.003	0.87	.403	.774	0.87	.403	.774
Perseveración	.713 [.63, .79]	.001	1.87	.565	.747	1.54	.662	.661
Afectividad restringida	.543 [.45, .63]	.346	1.62	.355	.725	1.41	.516	.614
Perfeccionismo ríg.	.574 [.48, .66]	.106	1.62	.339	.713	1.82	.290	.791
Asunción de riesgos	.631 [.54, .72]	.004	1.12	.532	.703	1.65	.323	.896
Ins. por separación	.677 [.59, .75]	<.001	2.12	.435	.774	1.61	.677	.643
Sumisión	.703 [.62, .78]	<.001	1.12	.548	.765	1.47	.468	.861
Susplicacia	.669 [.58, .75]	<.001	1.62	.468	.713	1.30	.629	.609
Creencias y experiencias inusual.	.639 [.55, .72]	.002	1.62	.3556	.783	1.03	.581	.574
Retraimiento	.684 [.60, .76]	<.001	1.62	.532	.735	1.23	.597	.835

Los resultados muestran que el PID-5 tiene buena capacidad discriminativa de la disfuncionalidad evaluada por el WHODAS 2.0 en la mayoría de facetas. Estudios previos han mostrado esta relación, particularmente en las dimensiones Comprensión y comunicación, Relaciones y Participación en sociedad (Díaz-Batanero et al., 2019; Keeley et al., 2014). Se observa mayor capacidad discriminativa en las facetas vinculadas a la afectividad negativa, dimensión asociada a mayores niveles de patología y disfuncionalidad (Watson, Stasik, Ro y Clark, 2013). Por el contrario, las facetas Búsqueda de atención, Insensibilidad, Grandiosidad, Hostilidad, Impulsividad, Evitación de la Intimidad, Mani-

pulación, Afectividad restringida y Perfeccionismo rígido no presentan capacidad discriminativa. Congruentemente, trabajos previos encontraron que Búsqueda de atención, Grandiosidad, Afectividad restringida, Evitación de la intimidad y Perfeccionismo rígido mostraban menores diferencias entre muestras clínicas y comunitarias (Gutiérrez et al., 2017).

17 de las 25 facetas muestran puntos de corte usando criterio funcional superiores a los obtenidos con criterios normativos y racionales (Samuel et al., 2013). Globalmente, se podría sugerir que el uso de criterios normativos sería más adecuado para estudios epidemiológicos poblacio-

nales. Sin embargo, los criterios funcionales podrían ser más útiles en muestras clínicas, permitiendo a los terapeutas planificar tratamientos más específicos para los trastornos que causan una mayor discapacidad funcional de los pacientes.

La evaluación del desajuste funcional exclusivamente con auto-informes puede suponer una limitación. Un uso óptimo de múltiples fuentes de datos podría mejorar la predicción del comportamiento en la evaluación psicopatológica y funcional. Estudios futuros deberían complementar los datos obtenidos con información provista por otros informantes cercanos.

Reconocimientos

Este estudio ha sido financiado por el proyecto “Estudio longitudinal sobre el efecto del tratamiento en la recuperación de la función ejecutiva en pacientes con adicción al alcohol y cocaína: implicaciones sobre los resultados del tratamiento” del Plan Nacional sobre Drogas (Q7150008F-2016/034).

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Referencias

- Alarcón, R. D. (2010). Hacia nuevos sistemas de diagnóstico: proceso, preguntas y dilemas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3, 37-39. doi:10.1016/j.rpsm.2009.07.001.
- Díaz-Batanero, C., Ramírez-López, J., Domínguez-Salas, S., Fernández-Calderón, F. y Lozano, Ó. M. (2019). Personality inventory for DSM-5—short form (PID-5-SF): Reliability, factorial structure, and relationship with functional impairment in dual diagnosis patients. *Assessment*, 26, 853-866.
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E.,... Krueger, R. F. (2017). Psychometric properties of the Spanish PID-5 in a clinical and a community sample. *Assessment*, 24, 326-336. doi:10.1177/1073191115606518.
- Keeley, J. W., Flanagan, E. H. y McCluskey, D. L. (2014). Functional impairment and the DSM-5 dimensional system for personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 28, 657-674. doi:10.1521/pedi_2014_28_133.
- Krueger, R. F. y Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 Personality Trait Model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477-501. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. y Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879-1890. doi:10.1017/S00332917111002674.
- Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Thomas, K. M. y Ruggero, C. J. (2013). Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in DSM-5. *Assessment*, 20, 353-361. doi:10.1177/1073191113486182.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J.,... Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 815-823. doi:10.2471/blt.09.067231.
- Van Den Bosch, L. M. y Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 67-71. doi:10.1097/YCO.0b013e328011740c.
- Watson, D., Stasik, S. M., Ro, E. y Clark, L. A. (2013). Integrating normal and pathological personality: Relating the DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. *Assessment*, 20, 312-326. doi:10.1177/1073191113485810.

Personality Traits among the Various Profiles of Substance Use Disorder Patients: New Evidence Using the DSM-5 Section III Framework

Enrique Moraleda^{a, b} Juan Ramírez López^c Fermín Fernández-Calderón^{a, b}
Óscar M. Lozano^{a, b} Carmen Diaz-Batanero^{a, b}

^aDepartment of Clinical and Experimental Psychology, University of Huelva, Huelva, Spain; ^bResearch Center for Natural Resources, Health and the Environment (RENSMA), University of Huelva, Huelva, Spain; ^cServicio Provincial de Drogodependencias de Huelva, Huelva, Spain

Keywords

Personality traits · Substance use disorder · Section III · DSM-5 · Dual diagnosis · Personality disorders · Impulsivity

Abstract

Background: The specialized literature provides solid evidence that substance use disorders (SUD) and personality disorders (PD) are interrelated. Given the relative novelty of the Alternative Model for PD, there are still few studies that have analyzed the relationship between the different facets, substance use disorder, and the various consumption profiles. **Objective:** This paper analyzes the relationship between the facets of the Alternative Model for PD and different substance use disorder profiles, using the facet scores obtained in a sample of substance use disorder patients and comparing these with normative scores. A comparison is also conducted between types of patients. **Method:** The Personality Inventory for DSM-5-SF was administered to a sample of 289 patients diagnosed with SUD who began treatment for alcohol (ALC), cannabis (CAN), cocaine (COC), or heroin (HER) use disorder. A latent class analysis was conducted and scores obtained for each of the classes were compared with normative scores. Logistic regression analyses were carried out to determine which facets and domains

show the greatest explanatory capacity of belonging to each latent class. **Results:** Four patient profiles were identified on the basis of their SUD: polydrug use (POLY), COC-HER, ALC, and CAN. When comparing the groups with the normative population, POLY presented higher scores on all the domains, COC-HER and ALC on all domains except antagonism, and CAN showed higher scores on detachment and psychoticism. The CAN cluster presented lower scores than the other 3 groups in different domains. No statistically significant differences were observed on any domain between the groups POLY and COC – HER, while differences were found between the classes POLY and ALC for the detachment domain. **Conclusions:** The results help to identify the personality profiles associated with various SUD profiles. In particular, patients from the groups POLY, COC-HER, and ALC present high scores on pathological facets related to borderline PD and schizotypal PD (all 3), and antisocial PD (POLY), while the CAN cluster is more normalized and its pathological facets are related to the schizotypal PD. Patients with POLY have a greater tendency toward pathological personality, with the involvement of a large number of facets, while COC-HER and ALC show a slightly less severe profile, and CAN users are characterized by lower scores, but high detachment and psychoticism.

© 2019 S. Karger AG, Basel

Introduction

The specialized literature provides solid evidence that substance use disorders (SUD) and personality disorders (PD) are interrelated. In addition to the commonly described biological and genotypic factors [1, 2], the prevalence rates reported in epidemiological studies indicate their concomitance. While the prevalence of each specific PD in the general population is between 1 and 5.9% [3], studies conducted in patients with alcohol use disorder (AUD) report rates of around 40% [4]. Among patients with SUD, these rates increase to 18–69% [5, 6]. Several authors have also shown that the presence of both disorders is related to higher rates of treatment abandonment [7–9], greater severity of dependence [10], and lower quality of life [11].

Moreover, some studies have revealed that there is a relationship between the different PDs and the main consumed substances. For example, among alcohol (ALC) and cocaine (COC) users, higher prevalence rates of antisocial PD and borderline PD disorders have been detected [12, 13] with ORs of 2.1 and 1.9, respectively [5]. However, the schizotypal PD has greater comorbidity with the use of cannabis (CAN) and opioids [14–17], although this latter relationship has been reported with less consistency.

Among the studies that have attempted to explain the common bases of both groups of disorders, one particular line of enquiry has focused on the use of dimensional models to explain which maladaptive personality variations occur in patients with SUD. In this regard, much of the research has been carried out within the framework of the Five Factor Model [18, 19], trying to identify the most outstanding personality traits in drug users. These studies have reported that ALC users show high scores on extraversion [20] and neuroticism [21] and low scores on agreeableness [21, 22] and conscientiousness [20–23]. In CAN users, high openness scores have been observed [20, 22, 24] and, with less consistency, low extraversion [20] and agreeableness [24]. Regarding COC and heroin (HER) users, several studies have found higher scores on neuroticism and lower scores on conscientiousness [22, 24–26].

The introduction of the Alternative Model for PD [27] in Section III of the DSM-5 has opened new perspectives for the integration of evidence related to the characterization of personality traits within the framework of PDs as clinical syndromes. To be more specific, the Alternative Model for PD proposes that personality is organized into 5 domains: negative affect, detachment, antagonism, dis-

inhibition, and psychoticism. Several authors have established that the domains defined in the Alternative Model for PD are organized as the maladaptive variants of the Five Factor Model [18]. According to empirical research, the negative affect domain is aligned with the dimension of neuroticism, detachment with extraversion, disinhibition with conscientiousness, antagonism with agreeableness, and psychoticism with openness, with the latter producing more inconsistent results [28, 29]. These observations allow for continued research to be carried out on the basis of the Five Factor Model. In addition, the Alternative Model for PD includes within these 5 domains a total of 25 facets that represent more specific aspects of personality [29, 30]. The presence of high scores on these facets allows for identifying the possible presence of 6 clinical syndromes or PDs [27]. Taking as an example one of the most prevalent PD among SUD patients, antisocial PD requires an elevated score on 4 or more of the following facets: hostility, deceitfulness, callousness, manipulativeness, impulsivity, risk taking, and irresponsibility. For schizotypal PD, an elevated score on 4 or more of the following facets is required: withdrawal, restricted affectivity, suspiciousness, unusual perceptions and beliefs, eccentricity, and perceptual dysregulation. In the case of borderline PD, an elevated score is required on 4 of the following facets: hostility, impulsivity, risk-taking, anxiousness, emotional lability, separation insecurity and depression, one of which must be hostility, impulsivity, or risk-taking.

Given the relative novelty of the Alternative Model for PD, there are still few studies that have analyzed the relationship between the different facets, SUD, and the various consumption profiles. In problematic ALC consumers, Creswell et al. [31] have found significant correlations between scores on the AUD Identification Test and all domains defined in the Alternative Model for PD, with the exception of detachment. More recently, Somma et al. [32] analyzed Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) scores in a sample of adolescent students, finding moderate correlations between some facets of the disinhibition domain (impulsivity and risk-taking) with the number of times they have been drunk. This last study also found a link between high scores on the facets of irresponsibility, risk-taking, and unusual perceptions and beliefs with a higher frequency in the use of illegal drugs. Finally, a study conducted with patients being treated for various mental disorders [33] found the disinhibition domain to be the greatest predictor of ALC and illegal drug use, although only one of the patients of the sample had a specific diagnosis of AUD.

Beyond the aforementioned works, to the best of our knowledge, no studies to date have explored the relationship between facets defined in the Alternative Model for PD and consumption profiles specifically in patients diagnosed with SUD. In addition, most of these studies – when using both the Alternative Model for PD and the Five Factor Model – analyzed the consumed substance in isolation. However, in reality, it has been shown that a high percentage of patients with SUD are for the most part polydrug users [34, 35]. In this regard, the specialized literature points out that polydrug users show greater personality imbalances than those who consume a single substance [36–39]. Therefore, it may be useful to identify the personality patterns that are related to polydrug use (POLY).

On the basis of the above literature review, the objective of this paper is to analyze the relationship between the facets of the Alternative Model for PD and various SUD profiles, comparing these scores with normative scores as well as conducting a comparison between types of patients. Considering the parallels indicated between the Five Factor Model and the Alternative Model for PD and the specific association between certain PDs and SUD with different substances, the following hypotheses are proposed: (i) there will be high scores on most of the facets among patients diagnosed with SUD when compared with normative population scores; (ii) patients consuming ALC and COC – who show higher rates of antisocial and borderline PD – will score high on the facets of hostility, impulsivity, risk-taking, deceitfulness, callousness, manipulateness, irresponsibility, anxiety, emotional lability, separation insecurity, and depression; (iii) CAN users – who show higher schizotypal PD rates – will have higher scores on the facets of unusual beliefs and experiences, eccentricity, perceptual dysregulation, restricted affectivity, withdrawal, and suspiciousness; and (iv) patients with a pattern of POLY will show a greater tendency toward PD and, therefore, show higher scores on a greater number of facets.

Materials and Methods

Participants

The sample consisted of 289 patients diagnosed with SUD who began their last treatment in specialized centers for drug addiction and mental health during the year prior to the study. In particular, 97 patients began treatment in an Outpatient Drug Treatment Center, 116 patients in 3 Therapeutic Communities, and 85 patients in 5 Community Mental Health Units, all of them in the region of Andalusia (Spain).

To participate in the study, patients had to meet the following inclusion criteria: (1) patients must be diagnosed with ALC, CAN, COC, or HER use disorder according to DSM-IV criteria; (2) patients must not present disorders due to mental retardation or other disorders related to learning; (3) patients must know how to read and write; and (4) patients who signed the informed consent.

The fieldwork was carried out between January 2016 and November 2017. During the study period, 19 patients who met the inclusion criteria refused to participate. The majority of these patients mainly pointed out the lack of time available to conduct the interview.

The sample was composed of 85.9% males with an average age of 39.94 years (SD 10.88), with 45.3% of the sample receiving treatment for ALC consumption, 46% for CAN use, 62.8% for COC use, 27.5% for HER use, while 57.4% were receiving treatment for more than one psychoactive substance. Of the sample, 45.6% of the participants had completed primary education and 16% were working at the time of the interview.

Instruments

Personality Inventory for DSM-5 (PID-5SF) [29, 40]

The Spanish version of this instrument was administered, whose psychometric properties have been compared by Díaz-Batanero et al. [41]. The instrument showed adequate internal consistency (Cronbach's alpha above 65 in 21 out of 25 facets assessed) and high stability in a 2-week test-retest study (effect size under 0.30 on most facets). Confirmatory Factor Analysis confirmed the structure of the 5 correlated factors that had previously emerged in the exploratory factor analysis of the original PID-5. Factorial congruence demonstrates the comparability between the Spanish version of the PID-5-SF and the original version of PID-5 [29]. Each of the DSM-5 facets is evaluated with 4 items using a Likert-type response format, with scores ranging between 0 and 3 (from "Very false or often false" to "Very true or often true"). The score on each facet is obtained through the average score of the 4 items of which it is composed. Higher scores are indicative of a greater presence of the evaluated facet. Following the instructions of the PID-5, the domain scores were obtained by calculating the average of the 3 facets established in the instrument.

Substance Use Disorders

The diagnosis of SUD was made by the therapeutic team of the treatment centers, following the criteria established in the diagnostic classification of the DSM-IV. This diagnosis was later compared with information gathered in the interview with the patients, where the Spanish version of the Substance Dependence Severity Scale was administered [42]. In the case of observing differences between the diagnosis provided by the clinician and the information given by the patients (<5%), the patient's diagnosis was analyzed individually by the research team and the clinical manager.

Procedure

The tests were administered by a psychologist with experience in the evaluation of patients, and the interviews were conducted in the centers where the patients received their treatment. Initially, the clinical professionals of the therapeutic centers informed the patients of the research that was being conducted and indicated that the study was external to their therapeutic process. Next, they were read the informed consent indicating that if they wanted to

participate, they should sign the form. This study has been approved by the Ethics Committee of the University of Huelva and the hospital center to which the Mental Health Units belong (Juan Ramón Jiménez hospital area, Huelva, Spain).

Analysis

First, a latent class analysis was applied to establish the profiles of the patients according to their SUD. Latent class analysis facilitates the extraction of distinct, meaningful subgroups based on the unobserved heterogeneity within a population, and on the similarity of their response profiles. For this, diagnoses were used for the following substances: ALC, CAN, COC, and HER. The optimal number of latent classes was evaluated through the adjustment of each of the models (from 2 to 5 classes) using the Bayesian Information Criterion (BIC) and Akaike Information Criteria (AIC). The BIC and AIC are descriptive fit indices where lower values indicate a better fit of the model. To determine the accuracy of latent classes in the sample employed, a cross-validation procedure was followed, selecting 60% of the sample at random.

To test if the facet scores on each class are statistically different from the normative scores, we used the community sample scores published by Martinotti et al. [38]. The differences between the latent classes in the scores on the facets and domains were analyzed by applying ANOVAS. To determine which facets and domains show the greatest explanatory capacity of belonging to each latent class, logistic regression analyzes were carried out, controlling for gender and age variables. Bonferroni correction was applied to adjust statistically significant results.

The latent class analysis was conducted with the Latent Gold 4.0 software, the logistic regressions with STATA version 14 and the remaining analyzes were conducted with the SPSS 22.0 software.

Results

Latent Class Results

The 2 and 3 class solutions obtained from latent class analysis showed an inappropriate fit ($p < 0.05$). Among the other 2 models assessed (4 and 5 classes), the solution of 4 classes showed a lower value of BIC and AIC. The assignment of belonging to each class was retained for those patients with a probability of belonging to at least one latent class equal to or >0.70 , leaving 36 patients that failed to meet this criterion (12.08%). For this solution, the average probability of belonging to each of the classes ranged between 0.799 and 0.987. Cross-validation analysis showed percentages of agreement of classification of patients in the same class of 80% for the first group and 100% for the remainder.

Latent class 1 was composed of 33.3% of the sample with a high conditional probability of having COC use disorder (conditional probability = 0.996), as well as CAN (conditional probability = 0.944) and, to a lesser extent, ALC (conditional probability = 0.624) and HER (condi-

tional probability 0.298). Latent class 2 consisted of 34.4% of the sample and was composed of patients with a high probability of presenting COC use disorder (conditional probability = 0.915) as well as a high probability of HER use (conditional probability = 0.590). In the case of class 3 (19.9% of the sample), this was exclusively composed of patients with AUD (conditional probability = 0.987); and finally, class 4 (14.5% of the sample) was exclusively composed of patients with CAN use disorder (conditional probability = 0.984).

Analysis of Socio-Demographic and Consumption Profiles

Table 1 shows the sociodemographic and consumption profile of the 4 classes analyzed. A first latent class with a profile of POLY was observed, in which all patients present COC use disorder, with 93.1% using CAN and 59.8% ALC. The second latent class also showed a majority of patients with COC use disorder (91.1%) and 55.6% with HER use disorder (COC-HER group). Classes 3 and 4 corresponded to patients with exclusive ALC and CAN SUD respectively. In terms of the sociodemographic profile, it was observed that the patients of the POLY and CAN classes had a lower mean age (Class 1: $M = 35.22$, $SD = 9.57$, Class 4: $M = 34.58$, $SD = 10.55$, $F_{3,258} = 25.70$, $p < 0.001$). In these classes, there were a higher percentage of single substance use patients (Class 1: 81.4%, Class 4: $M = 78.9\%$, versus Class 2: 55.1%, Class 3: 44.7%, $\chi^2 = 28.88$, $p < 0.001$; Table 1.

Differences between the Normative Population and Patients with SUD

Table 2 compares the facet and domain scores of the different latent classes with the normative scores reported in the study by Gutiérrez et al. [43]. In the POLY group, high and statistically significant scores ($p < 0.001$) were observed for all facets and domains, except for the facets of attention seeking, grandiosity, rigid perfectionism, and submissiveness. The observed effect sizes were >0.70 for all domains. For the facets, effect sizes >0.70 were observed in the facets of anhedonia, anxiousness, deceitfulness, depressivity, distractibility, eccentricity, impulsivity, irresponsibility, perseverance, separation insecurity, suspiciousness, and unusual perceptions.

The patients included in the COC-HER and ALC classes showed significantly higher scores than the normative population in all domains except antagonism. In this domain, patients in the COC-HER group only showed average scores higher than the normative scores on the

Table 1. Sociodemographic and consumption profile of each latent class

	Total (n = 262)	Class 1 (n = 87)	Class 2 (n = 90)	Class 3 (n = 47)	Class 4 (n = 38)	F/ χ^2	p value
<i>Drug receiving treatment, n (%)</i>							
Cocaine	169 (64.5)	87 (100.0)	82 (91.1)	0	0	230.16	<0.001
Heroin	82 (31.3)	32 (36.8)	50 (55.6)	0	0	64.56	<0.001
Cannabis	119 (45.4)	81 (93.1)	0	0	38 (100.0)	239.46	<0.001
Alcohol	99 (37.8)	52 (59.8)	0	47 (100.0)	0	173.01	<0.001
Male	223 (85.1)	77 (89.5)	76 (85.4)	35 (74.5)	35 (92.1)	7.177	0.066
Age	39.94 (10.55)	35.22 (9.57)	42.51 (8.35)	48.04 (9.85)	34.58 (10.55)	25.70	<0.001
Outpatients	115 (43.9)	20 (23.0)	52 (57.8)	28 (59.6)	15 (39.5)	107.87	<0.001
Mental health service	43 (16.4)	7 (8.0)	5 (5.6)	8 (17.0)	23 (60.5)		
Inpatients	104 (39.7)	60 (69.0)	33 (36.7)	11 (23.4)	0		
No studies	55 (21.0)	19 (22.1)	19 (21.3)	9 (19.1)	8 (21.1)	15.24	0.084
Primary ed.	117 (44.7)	38 (44.2)	42 (47.1)	19 (40.4)	19 (47.4)		
Secondary ed.	81 (30.9)	29 (33.7)	26 (29.2)	14 (29.8)	12 (31.6)		
University	7 (2.7)	0	2 (2.2)	5 (10.6)	0		
Employed	42 (16.0)	15 (17.4)	13 (14.6)	7 (14.9)	7 (18.4)	15.27	0.084
Unemployed	128 (28.9)	46 (53.5)	46 (51.7)	19 (40.4)	17 (44.7)		
Pensioned	80 (30.5)	18 (20.9)	27 (30.3)	21 (44.7)	14 (36.8)		
Other	10 (3.8)	7 (8.1)	3 (3.4)	0	0		
Single	170 (65.4)	70 (81.4)	49 (55.1)	21 (44.7)	30 (78.9)	28.88	0.001
Married	30 (11.5)	4 (4.7)	14 (15.7)	8 (17.0)	4 (10.5)		
Divorced	54 (20.8)	11 (12.8)	24 (27.0)	15 (31.9)	4 (10.5)		
Widowed	6 (2.3)	1 (1.2)	2 (2.2)	3 (6.4)	0		

facet of grandiosity, although with low effect sizes ($d = 0.32$). The ALC group did not differ significantly from the normative sample in either the antagonism domain or the facets included in this domain. In patients in the CAN group, scores on the psychoticism domains differed significantly from those observed in the normative population. All facets of this domain differed with respect to the normative population, with an effect size between $d = 0.66$ (eccentricity) and $d = 0.93$ (unusual perceptions; Table 2).

Differences in Personality Profiles between the Latent Classes

Table 3 shows the adjusted ORs (AOR) between the latent classes, adjusted for age and gender. Regarding the POLY group, no statistically significant differences were observed on the domain scores in comparison with the COC-HER class. Differences between the POLY and ALC class were found for the detachment domain (AOR 0.43, [0.21–0.86], $p < 0.001$). Statistically significant AORs were observed in the comparison between the POLY class and the CAN latent class for the negative affect domains (AOR 2.27, [1.23–4.48], $p < 0.001$). In relation to the facets, following the application of the p value correction for

multiple comparisons, no significant differences were found in any of the facets or for the comparison between POLY and either the COC-HER or ALC group. However, larger effect sizes were observed for depressivity (AOR 1.60, [1.09–2.35]), manipulativeness (AOR 1.56, [1.04–2.34]), and restricted affectivity (AOR 1.74, [1.12–2.71]) compared with the COC-HER group, and in risk-taking (AOR 1.92, [1.10–3.38]) and the facets of anxiousness and intimacy avoidance when compared with the ALC class. In the comparison between the POLY and the CAN latent class, significant differences were observed on 4 facets (anxiousness, callousness, manipulativeness, and risk-taking; Table 3).

Regarding the COC-HER latent class, significant differences were observed in comparison with the ALC latent class for the detachment domain (AOR 0.48, [0.28–0.82], $p < 0.05$). The greatest effect sizes were observed for the facets of intimacy avoidance (AOR 0.66, [0.41–0.92]) and withdrawal (AOR 0.58, [0.35–0.94]). Additionally, when compared with the CAN group – although the differences did not reach significance – patients in the COC-HER group presented higher effect sizes for anxiousness (AOR 1.77, [1.05–2.97]) and risk-taking (AOR 1.73, [1.20–2.85]).

Table 2. Facets and domains compared with normative scores

	Class 1		Class 2		Class 3		Class 4	
	mean (SD)	<i>d</i>	mean (SD)	<i>d</i>	mean (SD)	<i>d</i>	mean (SD)	<i>d</i>
Negative affect	1.79 (0.59)*	1.20	1.77 (0.63)*	1.10	1.81 (0.64)*	1.17	1.44 (0.77)	0.38
Detachment	1.15 (0.68)*	0.94	1.18 (0.66)*	1.02	1.57 (0.74)*	1.60	0.92 (0.66)	0.53
Antagonism	0.94 (0.72)*	0.70	0.63 (0.51)	0.20	0.61 (0.57)	0.14	0.61 (0.51)	0.15
Disinhibition	1.67 (0.66)*	1.08	1.49 (0.56)*	0.83	1.48 (0.69)*	0.69	1.35 (0.76)	0.41
Psychoticism	1.18 (0.63)*	1.15	1.01 (0.58)*	0.88	0.99 (0.65)*	0.78	1.01 (0.69)*	0.78
Anhedonia	1.44 (0.86)*	1.02	1.44 (0.79)*	1.09	1.72 (0.84)*	1.45	1.08 (0.95)	0.46
Anxiousness	1.99 (0.74)*	1.27	1.92 (0.76)*	1.15	2.07 (0.79)*	1.34	1.54 (0.91)	0.52
Attention seeking	0.93 (0.88)	0.16	0.65 (0.83)	0.20	0.57 (0.70)	0.34	0.83 (0.91)	0.03
Callousness	0.66 (0.67)*	0.68	0.43 (0.57)	0.28	0.42 (0.62)	0.24	0.37 (0.49)	0.17
Deceitfulness	1.04 (0.91)*	0.71	0.75 (0.70)	0.37	0.69 (0.74)	0.26	0.65 (0.75)	0.19
Depressivity	1.06 (0.96)*	0.76	0.86 (0.84)*	0.55	1.22 (0.95)*	0.99	0.72 (0.89)	0.33
Distractibility	1.91 (0.84)*	1.38	1.69 (0.85)*	1.07	1.69 (0.97)*	0.97	1.62 (0.95)*	0.90
Eccentricity	1.47 (0.89)*	1.05	1.38 (0.83)*	0.98	1.41 (0.86)*	0.99	1.22 (0.95)*	0.69
Emotional lability	1.69 (0.75)*	0.47	1.73 (0.88)*	0.47	1.82 (0.79)*	0.64	1.48 (1.02)	0.13
Grandiosity	0.66 (0.63)	0.01	0.49 (0.57)	0.32	0.52 (0.70)	0.24	0.58 (0.64)	0.15
Hostility	1.35 (0.87)*	0.49	1.14 (0.83)	0.20	1.08 (0.93)	0.10	0.99 (1.06)	0.01
Impulsivity	1.81 (0.80)*	1.25	1.73 (0.86)*	1.09	1.57 (0.89)*	0.86	1.51 (1.01)*	0.72
Intimacy avoidance	0.90 (0.90)	0.45	0.89 (1.07)	0.38	1.52 (1.23)*	1.01	0.64 (0.89)	0.10
Irresponsibility	1.30 (0.82)*	1.28	1.05 (0.66)*	1.05	1.16 (0.78)*	1.10	0.93 (0.83)*	0.70
Manipulativeness	1.10 (0.97)*	0.54	0.64 (0.70)	0.04	0.61 (0.68)	0.09	0.60 (0.71)	0.11
Perceptual dysregulation	0.82 (0.69)*	0.61	0.63 (0.70)	0.26	0.62 (0.72)	0.24	0.70 (0.82)	0.34
Perseveration	1.52 (0.86)*	0.72	1.41 (0.80)*	0.59	1.43 (0.90)	0.57	1.37 (0.90)	0.48
Restricted affectivity	1.25 (0.79)*	0.62	1.06 (0.81)	0.33	1.18 (0.82)	0.50	1.31 (0.76)*	0.73
Rigid perfectionism	1.42 (0.80)	0.34	1.33 (0.86)	0.20	1.25 (0.94)	0.08	1.20 (0.78)	0.02
Risk-taking	1.60 (0.96)*	0.61	1.16 (0.94)	0.02	0.77 (0.69)	0.63	0.81 (0.85)	0.48
Separation insecurity	1.70 (0.84)*	1.02	1.66 (0.90)*	0.92	1.54 (1.03)*	0.69	1.29 (0.90)	0.44
Submissiveness	0.89 (0.81)	0.09	0.94 (0.84)	0.16	1.01 (0.84)	0.26	0.82 (0.92)	0.01
Suspiciousness	1.55 (0.82)*	1.10	1.23 (0.71)*	0.72	1.21 (0.94)	0.53	1.26 (0.85)*	0.65
Unusual perceptions	1.25 (0.79)*	1.12	1.01 (0.71)*	0.81	0.95 (0.79)*	0.66	1.10 (0.75)*	0.93
Withdrawal	1.12 (0.85)*	0.60	1.21 (0.80)*	0.76	1.48 (0.80)*	1.17	1.04 (0.74)	0.54

* $p < 0.001$.

Finally, when the scores of the ALC group domains were compared with the CAN class, differences were observed in detachment (AOR 5.45, [1.94–15.34], $p < 0.01$; Table 3). Patients in the ALC group are also more likely to present higher scores than patients in the CAN group in intimacy avoidance and withdrawal with AOR values of 2.27 and 3.34, respectively, Table 3.

Discussion

In the present work, we have analyzed the relationship between the facets and domains defined by the Alternative Model for PD and the consumption profiles in a sample of patients with SUD. To our knowledge,

this is the first study conducted specifically on patients with SUD using an approach based on the Alternative Model for PD. In addition, instead of analyzing the SUD for each substance separately, this paper adopts a perspective that is closer to the therapeutic contexts, identifying and comparing the polydrug profiles of patients.

First, a comparison of the scores of the sample with respect to the normative scores [43] partially supports the first hypothesis proposed in this work. On the one hand, it is observed that all classes presented elevations with respect to the normative sample on 3 of the facets linked to the disinhibition domain (impulsivity, irresponsibility, and distractibility). These traits have consistently been identified in community drug-using samples [20–22, 24,

Table 3. OR (95% CI) of facets and domains scores by latent classes

	Class 1 vs. 2	Class 1 vs. 3	Class 1 vs. 4	Class 2 vs. 3	Class 2 vs. 4	Class 3 vs. 4
Negative affect	1.09 (0.64–1.86)	0.87 (0.43–1.76)	2.27 (1.23–4.48)*	0.92 (0.51–1.67)	1.89 (1.01–3.55)	2.32 (1.04–5.17)
Detachment	1.21 (0.73–2.00)	0.43 (0.21–0.86)*	1.60 (0.88–2.92)	0.48 (0.28–0.82)*	1.58 (0.78–3.21)	5.45 (1.94–15.34)*
Antagonism	1.68 (0.97–2.89)	1.44 (0.69–3.01)	2.39 (1.20–4.73)	0.94 (0.46–1.91)	1.51 (0.64–3.55)	1.50 (0.50–4.45)
Disinhibition	1.41 (0.83–2.40)	0.95 (0.47–1.91)	1.99 (1.11–3.53)	0.91 (0.49–1.68)	1.53 (0.79–2.95)	2.43 (1.01–5.85)
Psychoticism	1.56 (0.91–2.68)	0.91 (0.45–1.85)	1.52 (0.82–2.80)	0.91 (0.48–1.71)	0.88 (0.44–1.75)	1.33 (0.56–3.18)
Anhedonia	1.23 (0.82–1.85)	0.90 (0.53–1.52)	1.56 (0.99–2.47)	0.69 (0.44–1.09)	1.49 (0.87–2.55)	2.22 (1.13–4.35)
Anxiousness	0.94 (0.61–1.47)	0.51 (0.27–0.96)	2.02 (1.22–3.34)*	0.72 (0.44–1.90)	1.77 (1.05–2.97)	2.50 (1.25–5.00)
Attention seeking	1.27 (0.86–1.88)	1.02 (0.57–1.83)	1.19 (0.74–1.90)	1.02 (0.62–1.65)	0.92 (0.56–1.50)	1.19 (0.58–2.47)
Callousness	1.30 (0.75–2.24)	1.38 (0.65–2.94)	2.68 (1.22–5.91)*	0.89 (0.47–1.69)	2.04 (0.87–4.81)	2.00 (1.01–5.93)
Deceitfulness	1.29 (0.86–1.94)	1.33 (0.76–2.26)	1.79 (1.08–2.98)	0.99 (0.58–1.68)	1.54 (0.85–2.79)	1.49 (0.68–3.22)
Depressivity	1.60 (1.09–2.35)	1.06 (0.66–1.68)	1.47 (0.94–2.30)	0.70 (0.46–1.07)	1.07 (0.63–1.81)	1.89 (1.01–3.57)
Distractibility	1.26 (0.86–1.85)	0.85 (0.50–1.44)	1.45 (0.93–2.27)	0.84 (0.54–1.29)	1.16 (0.72–1.86)	1.99 (1.01–3.98)
Eccentricity	1.16 (0.79–1.70)	0.78 (0.46–1.30)	1.34 (0.87–2.07)	0.85 (0.53–1.33)	1.19 (0.72–1.94)	1.94 (0.99–3.82)
Emotional lability	1.14 (0.76–1.70)	1.07 (0.59–1.96)	1.32 (0.83–2.11)	0.97 (0.62–1.51)	1.20 (0.76–1.89)	1.65 (0.85–3.19)
Grandiosity	1.36 (0.78–2.38)	1.00 (0.48–2.05)	1.22 (0.65–2.30)	0.86 (0.47–1.55)	0.72 (0.35–1.48)	0.76 (0.34–1.71)
Hostility	1.14 (0.77–1.68)	1.38 (0.82–2.31)	1.57 (1.10–2.46)	1.01 (0.65–1.57)	1.44 (0.88–2.35)	1.14 (0.63–2.03)
Impulsivity	1.07 (0.73–1.57)	1.25 (0.73–2.14)	1.51 (0.96–2.38)	1.24 (0.80–1.92)	1.30 (0.83–2.04)	1.21 (0.66–2.20)
Intimacy avoidance	1.14 (0.81–1.61)	0.58 (0.37–0.90)	1.37 (0.86–2.20)	0.66 (0.41–0.92)	1.28 (0.79–2.06)	2.49 (1.37–4.50)*
Irresponsibility	1.39 (0.89–2.16)	0.84 (0.47–1.50)	1.85 (1.10–3.11)	0.75 (0.44–1.28)	1.39 (0.77–2.51)	2.27 (1.10–4.70)
Manipulativeness	1.56 (1.04–2.34)	1.46 (0.81–2.64)	2.30 (1.31–4.04)*	1.02 (0.59–1.77)	1.51 (0.79–2.86)	1.87 (0.74–4.66)
Perceptual dysregulation	1.43 (0.89–2.30)	1.07 (0.56–2.03)	1.26 (0.72–2.19)	0.95 (0.56–1.61)	0.83 (0.47–1.47)	0.96 (0.46–1.99)
Perseveration	1.07 (0.73–1.57)	0.99 (0.60–1.64)	1.21 (0.77–1.91)	0.90 (0.58–1.42)	1.14 (0.69–1.87)	1.34 (0.72–2.49)
Restricted affectivity	1.74 (1.12–2.71)	1.09 (0.62–1.91)	0.90 (0.54–1.48)	0.80 (0.50–1.28)	0.54 (0.31–0.95)	0.91 (0.45–1.82)
Rigid perfectionism	1.14 (0.77–1.68)	1.42 (0.83–2.43)	1.42 (0.86–2.33)	1.16 (0.76–1.77)	1.20 (0.71–2.04)	0.84 (0.45–1.60)
Risk-taking	1.33 (0.94–1.88)	1.92 (1.10–3.38)	2.78 (1.69–4.58)*	1.49 (0.93–2.37)	1.73 (1.20–2.85)	1.37 (0.66–2.82)
Separation insecurity	1.06 (0.73–1.55)	1.20 (0.75–1.91)	1.60 (1.11–2.76)	1.14 (0.76–1.71)	1.52 (0.94–2.44)	1.27 (0.74–2.19)
Submissiveness	0.97 (0.65–1.44)	0.80 (0.48–1.33)	1.09 (0.69–1.75)	0.93 (0.59–1.45)	1.17 (0.71–1.94)	1.42 (0.77–2.62)
Suspiciousness	1.40 (0.91–2.16)	0.96 (0.58–1.59)	1.65 (1.10–2.74)	0.90 (0.55–1.47)	0.98 (0.57–1.70)	1.14 (0.62–2.10)
Unusual perceptions	1.44 (0.94–2.21)	1.08 (0.61–1.92)	1.30 (0.78–2.14)	1.07 (0.64–1.79)	0.72 (0.40–1.29)	0.81 (0.39–1.66)
Withdrawal	0.99 (0.66–1.47)	0.46 (0.25–0.82)	1.08 (0.67–1.74)	0.58 (0.35–0.94)	1.10 (0.62–1.93)	3.34 (1.36–8.20)*

* $p < 0.001$.

32] and in specific groups of patients [21, 22, 25, 26, 32, 33]. In the present study, moreover, this relationship is shown in patients with different polydrug consumption profiles. On the other hand, however, variability between the different latent classes is observed in comparison with the normative scores. In particular, in the polydrug group, moderate-high and high effect sizes have been observed on all 5 domains and for 21 of the 25 facets; in contrast, there are no notable differences with respect to the normative population in the latent class of CAN users. These results are congruent with those of previous studies reporting greater personality alterations in polydrug patients [36–39]. In relation to the CAN group, the facets of unusual perceptions and eccentricity – in addition to those related to the impulsive component – are those that show the greatest effect sizes in this group. In this regard, work conducted within the framework of the Five Factor

Model has also indicated that these facets are mostly associated with CAN users [19, 20, 22].

Regarding the second hypothesis in relation to patients with ALC and COC use disorder, the results obtained are partially consistent with our prediction. On the one hand, significantly higher scores have been found on the facets of anxiousness, emotional lability, separation insecurity, depressivity, and impulsivity in the groups that consume ALC (ALC and POLY) and those that use COC (COC-HER and POLY), compared to normative scores. The elevations found on these facets, which are involved in the diagnosis of borderline PD according to the DSM-5 [27], constitute evidence consistent with the results of other studies linking the presence of this disorder with dependence on opioids [10, 12, 40], COC [5, 39, 44, 45] and ALC [5, 12, 45, 46]. However, among these 3 groups, only the POLY group presented high scores on

the facets of hostility, deceitfulness, callousness, manipulativeness, and risk-taking. According to the DSM-5, these facets are related to antisocial PD [27]. Taken together, these results suggest that the impulsive dimension linked to both antisocial and borderline PD is shared between the different patient profiles. In contrast, the antagonistic dimension linked to antisocial disorder appears to be more specific on patients with a polydrug profile. This observation could help to understand the inconsistent results found in previous studies comparing the prevalence of antisocial PD in different groups of patients [8, 47, 45]. Previous results might be ignoring that different components of the disorder (impulsive, antagonist) could be differentially related to specific profiles of consumption. In fact, this antagonistic component has been pointed out in previous works within more severe consumption profiles [48]. Future research is needed to deepen into this hypothesis.

Further, the results of this study provide support for our third hypothesis. The CAN group showed moderate-high effect sizes in comparison with the normative population on the facets of restricted affectivity, suspiciousness, unusual perceptions, and eccentricity. According to the Alternative Model of PD of the DSM-5, these facets are related to schizotypal disorder. These results are consistent with studies that associate CAN use with the presence of psychotic spectrum disorders [9, 16, 45, 49, 50]. Furthermore, in a nonhypothesized manner, moderate-high effect sizes for some of these facets were also found in the COC-HER and ALC classes (unusual perceptions, suspiciousness, withdrawal, and eccentricity). The presence of these psychotic symptoms in patients with AUD has been described previously [4, 8], although this result is more unexpected in the COC-HER group. The mixed consumption profile of the COC-HER group, previously described in other studies [51–53], might partially explain the presence of these facets.

Finally, in relation to the last hypothesis formulated, as indicated above, patients with polydrug user profile show a greater tendency toward PD when compared with the normative population. However, when this group is compared with the other groups of patients, these differences are markedly reduced. Thus, no significant differences have been observed in comparison with either the COC-HER group or the ALC group, while lower scores on negative affect were observed in comparison with the CAN class. A number of previous studies have emphasized the role of negative affectivity in various pathologies, but particularly in patients with SUD [24, 54, 55].

Our results support the role of this dimension in patients with a more severe pathology.

In terms of clinical implications, the results of this work contribute toward identifying the personality patterns linked to various SUD profiles. This information can be used for the development of prevention programs for those individuals who show these risk patterns in the general population. For instance, the presence of high scores on traits such as antisociality, impulsiveness, and affective instability would allow for identifying groups at risk of developing addiction problems. Although the presence of these pathological personality traits is not the only (or determining) factor for the development of an addictive disorder, this is an important risk factor [9] to be taken into account in the development of prevention programs that encourage more adaptive coping strategies. From a therapeutic perspective, the identification of personality patterns must be integrated into the psychological treatment received by patients with SUD. It is important to note that patients with psychiatric comorbidity show poorer therapeutic outcomes [7–9], and therefore having knowledge of their personality patterns can help to maximize the effectiveness of therapeutic interventions.

Although the present study has generated results of great interest for both research and clinical practice, it also presents certain limitations. First, although the DSM-5 domains can be considered as extreme and pathological variants of the Five Factor Model, this correspondence is not completely isomorphic across all dimensions [56]. A notable example is the lack of complete correspondence between Psychoticism and Openness [57–59]. Some authors consider that psychoticism can be a dysfunctional modality resulting from the same mechanism that produces openness and is characterized by elevated apophenia that entails a tendency to mistakenly identify connections between unrelated phenomena [60]. In this regard, patients with SUD appear to present the pathological characteristics of openness, which coincide with psychoticism, without appearing to be the most adaptive. In addition, the dimensions defined in the FFM are bipolar, these being extreme maladaptive scores of both poles [61] while the AMPD includes only one maladaptive pole for each domain. On the basis of these considerations, any discussion of the results found in relation to the FFM should be approached with caution.

Another limitation worth noting is that 85% of the participants in the study were men. While this asymmetric distribution of men and women has not allowed us to analyze the possible impact of gender on our results, this

variable was controlled in the logistic regression. Moreover, the percentage of men and women is similar to that observed in the demand for treatment for drug use in the general Spanish population (84% in Spain) [62].

In spite of the limitations indicated, we believe that the current work has generated findings that make a novel contribution to this field of research while also being potentially useful for clinical practice. These findings support the predictive utility of personality facets in the different consumption patterns of substance use disorder patients.

References

- 1 Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Sep;60(9):929–37.
- 2 Krueger RF, Markon KE, Patrick CJ, Benning SD, Kramer MD. Linking antisocial behavior, substance use, and personality: an integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *J Abnorm Psychol*. 2007 Nov;116(4):645–66.
- 3 Samuels J. Personality disorders: epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry*. 2011 Jun;23(3):223–33.
- 4 Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jul;65(7):948–58.
- 5 Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J, et al. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry*. 2016 Jan;73(1):39–47.
- 6 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 Aug;24(4):412–26.
- 7 Bradizza CM, Stasiewicz PR, Paas ND. Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. *Clin Psychol Rev*. 2006 Mar;26(2):162–78.
- 8 van den Bosch LM, Verheul R. Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. *Curr Opin Psychiatry*. 2007 Jan;20(1):67–71.
- 9 Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*. 2001 Aug;16(5):274–82.
- 10 Vélez-Moreno A, Rojas AJ, Rivera F, Fernández-Calderón F, Torrico-Linares E, Ramírez-López J, et al. The impact of personality disorders and severity of dependence in psychosocial problems. *Int J Ment Health Addict*. 2017;15(5):1008–22.
- 11 Colpaert K, De Maeyer J, Broekaert E, Vanderplasschen W. Impact of addiction severity and psychiatric comorbidity on the quality of life of alcohol-, drug- and dual-dependent persons in residential treatment. *Eur Addict Res*. 2013;19(4):173–83.
- 12 Boog M, van Hest KM, Drescher T, Verschuur MJ, Franken IH. Schema Modes and Personality Disorder Symptoms in Alcohol-Dependent and Cocaine-Dependent Patients. *Eur Addict Res*. 2018;24(5):226–33.
- 13 Chen KW, Banducci AN, Guller L, Macatee RJ, Lavelle A, Daughters SB, et al. An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug Alcohol Depend*. 2011 Nov;118(2-3):92–9.
- 14 Hasin DS, Kerridge BT, Saha TD, Huang B, Pickering R, Smith SM, et al. Prevalence and correlates of DSM-5 cannabis use disorder, 2012–2013: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Am J Psychiatry*. 2016 Jun;173(6):588–99.
- 15 Kerridge BT, Pickering R, Chou P, Saha TD, Hasin DS. DSM-5 cannabis use disorder in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions-III: gender-specific profiles. *Addict Behav*. 2018 Jan;76:52–60.
- 16 Pulay AJ, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009;11(2):53–67.
- 17 Saha TD, Kerridge BT, Goldstein RB, Chou SP, Zhang H, Jung J, et al. Nonmedical prescription opioid use and DSM-5 nonmedical prescription opioid use disorder in the United States. *J Clin Psychiatry*. 2016 Jun;77(6):772–80.
- 18 Widiger TA, Costa PT Jr. Integrating normal and abnormal personality structure: the Five-Factor Model. *J Pers*. 2012 Dec;80(6):1471–506.
- 19 Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Pers Disord*. 2005 Apr;19(2):110–30.
- 20 Flory K, Lynam D, Milich R, Leukefeld C, Clayton R. The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid psychopathology: results from a community sample. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2002 Nov;10(4):425–34.
- 21 Malouff JM, Thorsteinsson EB, Rooke SE, Schutte NS. Alcohol involvement and the Five-Factor model of personality: a meta-analysis. *J Drug Educ*. 2007;37(3):277–94.
- 22 Mercado A, Rogers DL, Rodriguez CC, Villarreal D, Terracciano A, Nguyen-Finn K. Personality and Substance Use in Mexicans and Mexican-Americans. *Int J Ment Health Addict*. 2016;14(6):907–20.
- 23 Hopwood CJ, Morey LC, Skodol AE, Sanislow CA, Grilo CM, Ansell EB, et al. Pathological personality traits among patients with absent, current, and remitted substance use disorders. *Addict Behav*. 2011 Nov;36(11):1087–90.
- 24 Terracciano A, Löckenhoff CE, Crum RM, Bivenvenu OJ, Costa PT Jr. Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*. 2008 Apr;8(1):22.
- 25 Carter JA, Herbst JH, Stoller KB, King VL, Kidorf MS, Costa PT Jr, et al. Short-term stability of NEO-PI-R personality trait scores in opioid-dependent outpatients. *Psychol Addict Behav*. 2001 Sep;15(3):255–60.
- 26 Kornor H, Nordvik H. Five-factor model personality traits in opioid dependence. *BMC Psychiatry*. 2007 Aug;7(1):37.

Acknowledgment

This study was supported by the “Longitudinal study about the effect of treatment on executive function recovery in patients with COC and ALC dependence: implications for treatment outcomes” funded by the Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Spain; grant number Q7150008F-2016/034).

Disclosure Statement

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of this article.

- 27 American Psychiatric Association. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders \(DSM-5\)](#). Washington: American Psychiatric Pub; 2013.
- 28 Al-Dajani N, Gralnick TM, Bagby RM. A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): current status and future directions. *J Pers Assess*. 2016;98(1):62–81.
- 29 Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med*. 2012 Sep;42(9):1879–90.
- 30 Krueger RF, Markon KE. The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10(1):477–501.
- 31 Creswell KG, Bachrach RL, Wright AG, Pinto A, Ansell E. Predicting problematic alcohol use with the DSM-5 alternative model of personality pathology. *Pers Disord*. 2016 Jan;7(1):103–11.
- 32 Somma A, Borroni S, Maffei C, Giarolli LE, Markon KE, Krueger RF, et al. Reliability, Factor Structure, and Associations With Measures of Problem Relationship and Behavior of the Personality Inventory for DSM-5 in a Sample of Italian Community-Dwelling Adolescents. *J Pers Disord*. 2017 Oct;31(5):624–46.
- 33 Few LR, Miller JD, Rothbaum AO, Meller S, Maples J, Terry DP, et al. Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *J Abnorm Psychol*. 2013 Nov;122(4):1057–69.
- 34 Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. *Hum Genet*. 2012 Jun;131(6):779–89.
- 35 McCabe SE, West BT, Jutkiewicz EM, Boyd CJ. Multiple DSM-5 substance use disorders: A national study of US adults. *Hum Psychopharmacol*. 2017 Sep;32(5):e2625.
- 36 Graña JL, Muñoz JJ, Navas E. Normal and pathological personality characteristics in subtypes of drug addicts undergoing treatment. *Pers Individ Dif*. 2009;46(4):418–23.
- 37 Lackner N, Unterrainer HF, Neubauer AC. Differences in Big Five personality traits between alcohol and polydrug abusers: implications for treatment in the therapeutic community. *Int J Ment Health Addict*. 2013;11(6):682–92.
- 38 Martinotti G, Carli V, Tedeschi D, Di Giannantonio M, Roy A, Janiri L, et al. Mono- and polysubstance dependent subjects differ on social factors, childhood trauma, personality, suicidal behaviour, and comorbid Axis I diagnoses. *Addict Behav*. 2009 Sep;34(9):790–3.
- 39 Preti E, Prunas A, Ravera F, Madeddu F. Polydrug abuse and personality disorders in a sample of substance-abusing inpatients. *Ment Health Subst Use*. 2011;4(3):256–66.
- 40 Maples JL, Carter NT, Few LR, Crego C, Gore WL, Samuel DB, et al. Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: an item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychol Assess*. 2015 Dec;27(4):1195–210.
- 41 Díaz-Batanero C, Ramírez-López J, Domínguez-Salas S, Fernández-Calderón F, Lozano OM. Personality Inventory for DSM-5 Short Form (PID-5-SF): Reliability, factorial structure and relationship with functional impairment in dual diagnosis patients. *Assessment*. 2017 Nov;1073191117739980.
- 42 Vélez-Moreno A, González-Saiz F, Rojas AJ, Torrico-Linares E, Fernández-Calderón F, Ramírez-López J, et al. Reliability and validity of the Spanish version of the substance dependence severity scale. *Eur Addict Res*. 2015;21(1):39–46.
- 43 Gutiérrez F, Aluja A, Peri JM, Calvo N, Ferrer M, Baillés E, et al. Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment*. 2017 Apr;24(3):326–36.
- 44 Kerridge BT, Saha TD, Chou SP, Zhang H, Jung J, Ruan WJ, et al. Gender and nonmedical prescription opioid use and DSM-5 nonmedical prescription opioid use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – III. *Drug Alcohol Depend*. 2015 Nov;156:47–56.
- 45 Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1999 May;156(5):733–8.
- 46 Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clin Psychol Rev*. 2000 Mar;20(2):235–53.
- 47 Mariani JJ, Horey J, Bisaga A, Aharonovich E, Raby W, Cheng WY, et al. Antisocial behavioral syndromes in cocaine and cannabis dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2008;34(4):405–14.
- 48 Carou M, Romero E, Luengo MA. Profiles of drug addict in relation to personality variables and disorders. *Addicciones*. 2017;29(2):113–24.
- 49 Raynal P, Chabrol H. Association between schizotypal and borderline personality disorder traits, and cannabis use in young adults. *Addict Behav*. 2016 Sep;60:144–7.
- 50 Large M, Sharma S, Compton MT, Slade T, Nielsen O. Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jun;68(6):555–61.
- 51 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. [Comorbid substance use and mental disorders in Europe: A review of the data](#). EMCDDA Papers. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013.
- 52 Beswick T, Best D, Rees S, Coomber R, Gosop M, Strang J. Multiple drug use: patterns and practices of heroin and crack use in a population of opiate addicts in treatment. *Drug Alcohol Rev*. 2001;20(2):201–4.
- 53 Fernández-Calderón D, Fernández F, Ruiz-Curado S, Verdejo-García A, Lozano OM. Profiles of substance use disorders in patients of therapeutic communities: link to social, medical and psychiatric characteristics. *Drug Alcohol Depend*. 2015 Apr;149:31–9.
- 54 Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2010 Sep;136(5):768–821.
- 55 Ruiz MA, Pincus AL, Schinka JA. Externalizing pathology and the five-factor model: a meta-analysis of personality traits associated with antisocial personality disorder, substance use disorder, and their co-occurrence. *J Pers Disord*. 2008 Aug;22(4):365–88.
- 56 Nestadt G, Costa PT Jr, Hsu FC, Samuels J, Bienvenu OJ, Eaton WW. The relationship between the five-factor model and latent Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition personality disorder dimensions. *Compr Psychiatry*. 2008 Jan-Feb;49(1):98–105.
- 57 Griffin SA, Samuel DB. A closer look at the lower-order structure of the Personality Inventory for DSM-5: comparison with the Five-Factor Model. *Pers Disord*. 2014 Oct;5(4):406–12.
- 58 Wright AG, Simms LJ. On the structure of personality disorder traits: conjoint analyses of the CAT-PD, PID-5, and NEO-PI-3 trait models. *Pers Disord*. 2014 Jan;5(1):43–54.
- 59 Suzuki T, Samuel DB, Pahlen S, Krueger RF. DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: an item-response theory analysis. *J Abnorm Psychol*. 2015 May;124(2):343–54.
- 60 DeYoung CG, Carey BE, Krueger RF, Ross SR. Ten aspects of the Big Five in the Personality Inventory for DSM-5. *Pers Disord*. 2016 Apr;7(2):113–23.
- 61 Widiger TA, Mullins-Sweatt SN. Five-factor model of personality disorder: a proposal for DSM-V. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5(1):197–220.
- 62 OEDA. Informe 2017: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. 2017 [updated 2017; cited]. Available from: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>.