

Adaptación española del *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ-4+)

N. Calvo Piñero, **, X. Caseras Vives, ***, F. Gutiérrez Ponce de León, **** y R. Torrubia Beltri*

* Unidad de Psicología Médica. Universidad Autónoma de Barcelona. ** Centro de Psicología Clínica. St. Boi del Llobregat.

*** Servicio de Psiquiatría y Psicología. Instituto Universitario Dexeus. **** Instituto Clínico de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.

Spanish version of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+)

Resumen

Introducción. Entre los instrumentos diagnósticos de trastorno de la personalidad (TP) de más uso en los últimos años se encuentra el Personality Diagnostic Questionnaire. En su última versión (PDQ-4+) este instrumento combina la rapidez y comodidad de uso de un cuestionario autoadministrado con el control del efecto de la sintomatología de estado de una entrevista. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados preliminares de la adaptación española del PDQ-4+.

Metodología. Se administró el cuestionario del PDQ-4+ a una muestra de 159 pacientes psiquiátricos ambulatorios; una submuestra de 47 también fue evaluada mediante la escala heteroadministrada de significación clínica.

Resultados. Los resultados pusieron de manifiesto que las propiedades psicométricas obtenidas en la versión española son similares a otras versiones publicadas anteriormente (inglesa, italiana, china y noruega). La consistencia interna resultó, en general, aceptable, siendo la escala de TP obsesivo-compulsivo la que mostraba un alfa de Cronbach más baja. La elevada prevalencia de TP detectada al administrarse el cuestionario del PDQ-4+ se reducía de manera considerable al aplicar la escala de significación clínica, ajustándose más los resultados a lo esperable según los estudios epidemiológicos.

Discusión. En general, el cuestionario del PDQ-4+ es un buen instrumento de cribaje a nivel clínico, mejorando hasta comportarse como una buena herramienta diagnóstica siguiendo criterios DSM-IV cuando se administra la escala de significación clínica.

Palabras clave: trastornos de la personalidad, PDQ-4+, personalidad, diagnóstico, evaluación.

Summary

Introduction. The Personality Diagnostic Questionnaire is one of the most frequently used instruments for diagnosing personality disorders (PD). Its last version (PDQ-4+) combines the easy applicability of a questionnaire with the control of state symptoms interference of an interview. The aim of this paper is to present preliminary results on the Spanish version of the PDQ-4+.

Method. 159 psychiatric outpatients were assessed using the questionnaire of PDQ-4+. Among them, a sample of 47 were also evaluated using the short interview of clinical significance that completed the PDQ-4+.

Results. Results obtained were very similar to that from previous research, indicating similar psychometric properties of the PDQ-4+ Spanish version, to English, Italian, Chinese and Norway versions. In general, the internal consistency was acceptable; the obsessive-compulsive PD scale showing the lowest Cronbach's alpha. The high prevalence of PD obtained with the PDQ-4+ questionnaire was dramatically reduced when the clinical significance scale was added. These results are in more agreement with previous epidemiological studies.

Discussion. Overall, the PDQ-4+ questionnaire seems a good screening instrument in clinical use. Best results are obtained when the clinical significance scale is also administered.

Key words: personality disorders, PDQ-4+, personality, diagnostic, assessment.

CORRESPONDENCIA:

N. Calvo.
Unitat de Psicologia Médica.
Facultat de Medicina (UAB).
Campus de Bellaterra, s/n.
08193 Bellaterra (Barcelona).
Correo electr3nico: nataliac@copc.es.

INTRODUCCIÓN

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en su cuarta edición (DSM-IV)¹ define los trastornos de la personalidad (TP) como «un patr3n permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia

o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto». Este mismo manual define 10 trastornos específicos de la personalidad, agrupables en tres *clusters*: *cluster* A (ex-céntricos) que incluye los TP paranoide, esquizoide y esquizotípico; el B (dramáticos) que englobaría los TP histriónico, narcisista, límite y antisocial; y el C (ansiosos) que lo compondrían los TP por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivos. Al mismo tiempo considera una categoría de TP no especificado para los casos en que valorándose patología de personalidad no se llegan a cumplir el número mínimo de criterios exigibles para ninguno de los diagnósticos antes mencionados. Finalmente, el DSM-IV incluye en su apéndice B los trastornos depresivo y pasivo-agresivo (negativista) de la personalidad como categorías diagnósticas de TP para estudios posteriores.

Esta clasificación puramente categorial de los trastornos de la personalidad propuesta en el DSM-IV ha recibido múltiples críticas en los últimos años, en buena parte debido a que se trata de una clasificación ateorica basada únicamente en la observación clínica. En la actualidad algunos autores proponen un acercamiento dimensional a los TP, que permita definirlos a partir de un modelo teórico de base empírica²⁻⁴. Aun así, las categorías contempladas en el DSM-IV continúan siendo la pauta diagnóstica utilizada en la práctica clínica a nivel internacional. Por ello es necesario disponer de instrumentos de evaluación válidos que permitan hacer un diagnóstico lo más preciso y fiable posible basado en esos criterios.

Dado que hasta hace relativamente poco no existían instrumentos diagnósticos validados en muestras españolas, es habitual que en la práctica clínica se realice el diagnóstico de TP basándose únicamente en la intuición del clínico. El peligro de esta estrategia diagnóstica reside en su falta de fiabilidad, ya que en las pocas veces que ha sido puesta a prueba empíricamente, se ha demostrado una escasísima coincidencia diagnóstica entre observadores⁵. Esto subraya la necesidad de desarrollar y/o adaptar instrumentos diagnósticos de TP a nuestro medio. En la actualidad, únicamente se dispone de la entrevista semiestructurada SCID-II en su versión para DSM-III-R, validada en población española⁶. Existen traducciones de la entrevista IPDE⁷ y de la SCID-II para DSM-IV⁸, pero desconocemos la existencia de estudios de estandarización en población española. El uso de estas entrevistas ha sido escaso fuera del ámbito de la investigación, debido en parte al elevado coste de tiempo que supone su administración. Para salvar esta dificultad, pueden usarse los cuestionarios de autoinforme desarrollados para el diagnóstico de los TP. El problema de éstos reside en la mayor influencia que el estado psicopatológico del paciente puede ejercer sobre la evaluación, implicando un número muy importante de diagnósticos falsos positivos y de comorbilidad diagnóstica entre TP⁵.

El *Personality Diagnostic Questionnaire 4+* (PDQ-4+)⁹ es un cuestionario de autoinforme complementado con una breve entrevista de significación clínica que permite realizar diagnóstico de TP siguiendo los criterios del

DSM-IV. El diagnóstico se basa fundamentalmente en las respuestas al cuestionario, sirviendo la breve entrevista posterior para corroborar que se cumplen las exigencias de TP. Este hecho ofrece la ventaja de permitir un destacable ahorro de tiempo en la administración respecto las entrevistas diagnósticas como la SCID-II o la IPDE, y el control sobre el posible efecto de la sintomatología de estado en la autovaloración del paciente que no poseen los cuestionarios. Por ello, se trata de un instrumento muy útil tanto a nivel clínico como de investigación. El PDQ-4+ consta de 12 escalas de TP: 10 referidas a las categorías diagnósticas que el DSM-IV contempla en su capítulo de TP, y dos dirigidas a evaluar las categorías de TP que aparecen en el apéndice de diagnósticos en estudio. Al mismo tiempo, contempla dos escalas de control de la respuesta: una de conformidad social y otra de respuestas infrecuentes.

Existen pocos estudios publicados hasta la fecha sobre el PDQ-4+, aunque sí los hay sobre sus antecesores: el *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ) y el *Personality Diagnostic Questionnaire-Revised* (PDQ-R), los cuales han sido ampliamente utilizados en la investigación de los trastornos de personalidad. El PDQ¹⁰ fue el primer instrumento de autoinforme que evaluó los TP según los criterios diagnósticos del DSM-III. El PDQ permitía obtener una puntuación para cada una de las 11 categorías diagnósticas de TP existentes, así como en una escala de desajuste/malestar, otra de deseabilidad social y una última de mentiras. La aparición del DSM-III-R fue acompañada de la revisión del PDQ, convirtiéndose en el PDQ-R¹¹. Éste incluía una escala para cada una de las 11 categorías diagnósticas de TP más otras dos para cada una de las categorías en estudio (autodestructiva y sádica), una de desajuste/malestar y dos escalas nuevas de control de respuesta (*Too Good* y *Suspect Questionnaire*). Ambos cuestionarios han mostrado, en diversos estudios con muestras clínicas, una adecuada estabilidad temporal (fiabilidad test-retest), una consistencia interna general aceptable (alfa de Cronbach) y una buena capacidad predictiva de la presencia de TP, con una buena sensibilidad y moderada especificidad. Aun así, con ellos se siguen obteniendo unas mayores prevalencias de TP (probablemente falsos positivos) que mediante el uso de entrevistas clínicas como la SCID-II¹²⁻¹⁹.

Entre los pocos trabajos llevados a cabo usando el PDQ-4+ destacamos uno realizado sobre población no clínica y cuatro con muestras clínicas. El primero, realizado por Bagdy et al²⁰ con 99 estudiantes universitarios, pretendía examinar si las dos escalas de control de respuestas (deseabilidad social y respuestas infrecuentes) resultaban eficaces en la detección del fingimiento. De los resultados se desprendía que ninguna de las dos resultaba particularmente útil para ello, siendo una de las posibles explicaciones el número excesivamente bajo de ítems que las componen (cuatro y dos respectivamente). Al mismo tiempo, es importante señalar que en este estudio se obtenía una prevalencia de TP del 77%. Si tenemos en cuenta la población sobre la que se trabajaba, resulta evidente que el cuestionario PDQ-4+, por sí solo, sobrediag-

nostica cuando no se acompaña de su escala de significación clínica. Black y Moyer²¹ también obtuvieron unas prevalencias muy elevadas trabajando sobre 30 pacientes ludópatas: el 87% tenía al menos un trastorno de personalidad, siendo los más comunes los TP obsesivo-compulsivos (59%), por evitación (50%) y el esquizotípico (33%). Finalmente, Fossati et al²², Yang et al²³ y Wilberg et al²⁴ realizaron sendos trabajos de adaptación del PDQ-4+ al italiano, al mandarín y al noruego, respectivamente. El primero obtuvo unas fiabilidades alfa para las escalas que componen el cuestionario aceptables, a excepción de la de TP obsesivo-compulsivo que presentó un valor de 0,46. Como en los estudios citados previamente, la presencia de TP en la muestra (90,3%) indicaba un exceso de diagnósticos, sugiriendo una elevada tendencia a la obtención de falsos positivos. Finalmente, la concordancia diagnóstica del PDQ-4+ con la SCID-II resultó claramente inferior a lo que sería de esperar, indicando un escaso acuerdo entre ambos instrumentos. Por su parte, la versión china del PDQ-4+ obtuvo unos resultados similares en cuanto a fiabilidad y capacidades diagnósticas, y superiores respecto a la concordancia diagnóstica con otros instrumentos, en este caso con la *Personality Disorders Interview*²⁵. En ninguno de estos dos trabajos se hacía referencia al uso de la escala de significación clínica. En cambio, Wilberg et al²⁴ sí hacen mención de ésta, si bien su trabajo se centró únicamente en el cuestionario de auto-respuesta, comparándolo (en su versión noruega) con los criterios diagnósticos del *Longitudinal, Expert, All Data* (LEAD). Obtuvieron una consistencia interna aceptable ($\alpha > 0,70$ para tres de las doce escalas: paranoide, esquizotípico y por evitación), siendo la más baja la del TP obsesivo-compulsivo (0,42), un acuerdo diagnóstico entre los dos métodos escaso y una elevada prevalencia de TP entre los sujetos (el 91% eran diagnosticados con uno o más TP). Todos estos datos son similares a los obtenidos en los estudios ya señalados. Wilberg et al²⁴ concluyeron, coincidiendo con Hyler⁹, que el PDQ-4+ por sí solo es un buen instrumento de cribaje, pero sin la escala de significación clínica no resulta un método de diagnóstico adecuado.

En este trabajo se presentan los resultados preliminares de la adaptación del PDQ-4+ en lengua castellana, estudiándose al mismo tiempo el efecto que sobre el diagnóstico tiene el uso de la escala de significación clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra se obtuvo entre las personas que solicitan atención en tres centros de asistencia psiquiátrica y psicológica de la provincia de Barcelona. Después de una primera entrevista psiquiátrica, los pacientes eran citados otro día para completar de manera individual el PDQ-4+. Los criterios de exclusión establecidos fueron: presencia de diagnóstico de esquizofrenia, demencia o retraso mental. El total de pacientes evaluados fue de 159. De ellos, el 45,9% fueron hombres ($n = 73$) y el 54,1% mujeres ($n = 86$). La media de edad fue de 30,7

TABLA 1 Media y desviación estándar (DE) de criterios aceptados como verdadero y alfas de Cronbach para cada categoría de TP, para los tres *clusters* y para el total del PDQ-4+ ($n = 159$)

	Media	DE	α
Paranoide	2,72	1,98	0,72
Esquizoide	2,03	1,61	0,60
Esquizotípico	3,40	2,29	0,71
Histriónico	2,37	1,78	0,61
Narcisista	2,21	1,75	0,60
Límite	3,73	2,28	0,69
Antisocial	1,33	1,34	0,59
Evitación	3,71	2,07	0,73
Dependencia	2,55	2,17	0,73
Obsesivo-compulsivo	3,81	1,58	0,34
Pasivo-agresivo	2,42	1,69	0,60
Depresivo	4,42	1,99	0,69
Cluster A	8,03	5,38	0,82
Cluster B	9,75	4,49	0,83
Cluster C	10,06	3,19	0,79
PDQ total	34,67	15,14	0,93

TP: trastorno de personalidad.

años (DE 10,7). Del total de la muestra, 47 pacientes fueron también evaluados mediante la escala de significación clínica que completa el PDQ-4+.

El PDQ-4+ evalúa los 10 TP específicos incluidos en el DSM-IV, más las dos categorías en estudio incluidas en el apéndice B de dicho manual. Consta de un cuestionario de autoinforme y de una breve entrevista de significación clínica que se aplica en caso necesario para cada categoría de TP en que el paciente cumpla el número mínimo de criterios exigibles para su diagnóstico. El cuestionario está constituido por 99 ítems de respuesta Verdadero frente a Falso (con excepción de los dos últimos ítems que siguen un formato de inventario, en que se debe señalar la presencia de comportamientos impulsivos y antinormativos anteriores a los 15 años y se corresponden con los TP límite y antisocial respectivamente). Cada ítem puntúa en un único criterio diagnóstico del DSM-IV (con la excepción de uno compartido entre los TP esquizoide y esquizotípico) y en todos los casos lo hace la respuesta *Verdadero* (excepto en tres ítems de la escala de conformidad social).

RESULTADOS

La tabla 1 presenta los descriptivos de cada escala del cuestionario del PDQ-4+, así como de sus agrupaciones por *clusters* (en este caso no se consideran los dos diagnósticos en estudio) y del total (incluidos los TP pasivo-agresivo y depresivo). Las medias y desviaciones estándar corresponden al número de criterios autoinformados como *verdaderos* en cada caso. En la misma tabla se presentan los coeficientes alfa de consistencia interna de las escalas. Considerando las 12 categorías diagnósticas, las

TABLA 2 Saturaciones factoriales de las escalas que corresponden a las diez categorías DSM-IV de TP, después de un análisis de componentes principales con rotación oblicua (*Oblimin*) forzando una solución de tres factores (n= 159)

	<i>Factor I</i>	<i>Factor II</i>	<i>Factor III</i>
Paranoide	0,491	0,327	
Esquizoide	0,675		
Esquizotípico	0,551		-0,395
Histriónico		0,704	
Narcisista		0,795	
Límite			-0,660
Antisocial	0,633		
Evitación			-0,638
Dependencia			-0,828
Obsesivo-compulsivo		0,593	
Variancia explicada	29,54%	12,66%	11,74%

Para una mayor claridad, las saturaciones inferiores a 0,30 han sido eliminadas de la tabla. TP: trastorno de personalidad.

alfas varían desde un valor francamente bajo, como el 0,34 del TP obsesivo-compulsivo, hasta valores aceptables como el 0,73 de los TP por evitación y por dependencia.

Siguiendo la agrupación de los TP en tres *clusters* planteada por el DSM-IV, y con el fin de estudiar hasta qué punto las escalas de TP incluidas en el PDQ-4+ concuerdan con ella, se realizó un análisis de componentes principales del que se excluyeron las categorías de TP depresivo y pasivo-agresivo (tabla 2). Se forzó una solución de tres factores y se realizó con ellos una rotación oblicua (*Oblimin*), llegándose a explicar un 53,94% de la variancia. El primer factor se correspondía claramente al *cluster* A propuesto en el DSM-IV, donde saturaban de manera significativa los TP paranoide, esquizoide y esquizotípico, aunque también lo hacía de manera importante el TP antisocial. El segundo factor era más difícil de relacionar con los propuestos en el DSM-IV, ya que en él saturaban de manera predominante los TP histriónico y narcisista; asimismo destacaba el peso factorial del TP obsesivo-compulsivo y de manera menos destacable el del TP paranoide. Finalmente, en el tercer factor la saturación más importante correspondía al TP por dependencia, seguido de los TP límite y por evitación, y de manera menos destacada el TP esquizotípico.

Respecto a la prevalencia de TP obtenida usando únicamente el cuestionario autoadministrado del PDQ-4+ en los 159 pacientes, se dio una elevada presencia de TP (84,9 % de la muestra recibía un diagnóstico o más). Destacaba la elevada prevalencia de los TP por evitación, obsesivo-compulsivo y depresivo, con más de un 50% de pacientes refiriendo presentar el número mínimo de criterios para su diagnóstico. En el otro extremo, el TP antisocial tan sólo era aplicable a un 3,1% de la muestra (tabla 3). También fue muy elevada la comorbilidad entre TP, de tal manera que un 65,4 % de la muestra obtenía cri-

TABLA 3 Prevalencia de TP según el cuestionario PDQ-4+ (sin escala de significación clínica) (n = 159)

	%
Paranoide	35,2
Esquizoide	17,6
Esquizotípico	31,4
Histriónico	12,6
Narcisista	11,3
Límite	35,8
Antisocial	3,1
Evitación	55,3
Dependencia	20,1
Obsesivo-compulsivo	56,5
Pasivo-agresivo	27,0
Depresivo	54,1
<i>Cluster</i> A	48,4
<i>Cluster</i> B	44,7
<i>Cluster</i> C	76,8
Algún TP	84,9

TP: trastorno de personalidad.

terios suficientes para recibir más de un diagnóstico, siendo un 32,7% los que lo hacían para cuatro o más TP.

El efecto de la escala de significación clínica (heteroadministrada) sobre los resultados diagnósticos del PDQ-4+ se estudió utilizando una submuestra de 47 pacientes extraída de la muestra total de 159. Los individuos de esta submuestra presentaban una media de 3,45 (DE 2,60) diagnósticos de TP antes de serles administrada dicha escala, reduciéndose a 0,94 (DE 0,99) después de su aplicación. Tan sólo un 12,7% de ellos no presentaba diagnóstico de TP según el cuestionario autoadministrado, aumentando este porcentaje hasta 40,4% al realizarse la evaluación heteroadministrada. Respecto a la comorbilidad, de un 66% inicial de pacientes con más de un TP se reducía a un 25,5% después de la entrevista de significación clínica.

En la tabla 4 se pueden observar las prevalencias y la comorbilidad obtenidas con esta submuestra antes y después de la aplicación de la escala de significación clínica de manera separada para cada categoría DSM-IV de TP, para los tres *clusters* (en este caso se excluyeron los TP pasivo-agresivo y depresivo) y para la presencia de algún trastorno. El porcentaje que sigue al número de casos en las prevalencias corresponde al porcentaje respecto al total de la muestra. En el caso de la comorbilidad hace referencia al porcentaje de casos que presentando ese TP (o *cluster*) también cumplen criterios para otro/s TP (o *clusters*). Los resultados mostraron una clara reducción de todas las prevalencias de TP y de su comorbilidad con otras categorías o *clusters* de TP al ser aplicada la escala de significación clínica. Como se desprende de la tabla 4, un 94% de los pacientes diagnosticados inicialmente como TP paranoide, no recibieron finalmente el diagnóstico al ser administrada la escala de significa-

TABLA 4 Prevalencia y comorbilidad de TP antes y después de aplicar la escala de significación clínica del PDQ-4+ (submuestra n = 47)

	Únicamente cuestionario				Escala significación clínica			
	Prevalencia		Comorbilidad		Prevalencia		Comorbilidad	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Paranoide	17	36,2	17	100,0	1	2,1	0	0,0
Esquizoide	2	4,2	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Esquizotípico	11	23,4	11	100,0	1	2,1	1	100,0
Histriónico	4	8,5	4	100,0	0	0,0	0	0,0
Narcisista	2	4,2	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Límite	19	40,4	17	89,5	3	6,4	1	33,3
Antisocial	2	4,2	2	100,0	1	2,1	1	100,0
Evitación	26	55,3	24	92,3	11	23,4	9	81,8
Dependencia	11	23,4	11	100,0	5	10,6	4	80,0
Obsesivo-compulsivo	25	53,2	20	80,0	10	21,3	6	60,0
Pasivo-agresivo	15	31,9	15	100,0	2	4,2	2	100,0
Depresivo	28	59,6	27	96,4	10	21,3	4	40,0
Cluster A	21	44,7	21	100,0	2	4,3	1	50,0
Cluster B	23	48,9	21	91,3	4	8,5	1	25,0
Cluster C	37	78,7	25	67,5	18	38,3	2	11,1
Algún TP	41	87,3	31	75,6	28	59,6	12	42,8

El porcentaje bajo las prevalencias se calcula respecto al total de la submuestra (47 pacientes psiquiátricos); bajo las columnas de comorbilidad se calcula respecto a la *n* de la categoría diagnóstica. La comorbilidad en las filas de *clusters* indica la presencia de uno o más trastornos de personalidad (TP) de ese grupo junto con uno o más TP de alguno de los otros dos *clusters*.

ción clínica. Lo mismo sucedió con casi el 91% de los que eran considerados candidatos a TP esquizotípico, o el 84% de los que habrían recibido un diagnóstico de TP límite. Por su parte, los trastornos pertenecientes al *cluster* C fueron los que mantuvieron una prevalencia similar antes y después de dicha entrevista: aproximadamente un 42% de los considerados TP por evitación conservaron el diagnóstico una vez completada la evaluación heteroadministrada, lo mismo ocurrió con casi el 46% de aquellos con TP por dependencia y el 40% de los TP obsesivo-compulsivos. La escasa presencia en esta submuestra de TP antisocial, narcisista, histriónico y esquizoide no permite extraer conclusiones.

DISCUSIÓN

En términos generales, las propiedades psicométricas del cuestionario PDQ-4+ en su versión española son similares a las publicadas anteriormente²²⁻²⁴ referidas a las versiones en italiano, mandarín y noruego del mismo instrumento. Teniendo en cuenta el escaso número de ítems que conforman las escalas, podemos considerar la consistencia interna de éstas como aceptable. Por otra parte, y como en trabajos anteriores, se observa una presencia de TP muy elevada al usar únicamente el cuestionario autoadministrado; ésta disminuye al aplicarse la escala de significación clínica.

Centrándonos en la consistencia interna de las escalas, buena parte de los valores alfa obtenidos son inferiores a 0,70. Pero si tenemos en cuenta el escaso número de ítems que forman cada una de las escalas y la discuti-

ble homogeneidad de los constructos (categorías diagnósticas DSM-IV) que evalúan, podemos valorar los resultados como aceptables. Únicamente la escala de TP obsesivo-compulsivo muestra un valor alfa de Cronbach insuficiente siguiendo criterios psicométricos. Resultados similares para esta escala son aportados por Fossati et al, Yang et al y Wilberg et al²²⁻²⁴, lo cual hace pensar que se trata de un problema del cuestionario original o del constructo evaluado, y no necesariamente de la adaptación española de los ítems de esta escala. Teniendo en cuenta las alfas de los tres *clusters* y el alfa total, podemos considerar que existe una adecuada consistencia interna en los ítems que constituyen los diferentes grupos de TP y del cuestionario en conjunto. Este hecho puede estar explicado por el aumento del número de ítems al considerar estas agrupaciones; si bien también está indicando una buena intercorrelación de los ítems que supuestamente valoran los criterios pertenecientes a los diferentes *clusters* y la presencia de TP en general.

Siguiendo el DSM-IV, los diferentes TP se agruparían en tres *clusters*: excéntricos, dramáticos y ansiosos. Según los resultados del análisis de componentes principales realizado, el *cluster* A (excéntricos) sería claramente replicado; en este caso las saturaciones de las escalas de TP esquizoide, esquizotípico y paranoide no permiten otra conceptualización del factor. El hecho de que el TP antisocial también muestre una saturación importante en este factor podría deberse a un artefacto estadístico, fruto de que únicamente cinco casos presentan este diagnóstico. Antes de aventurarnos a realizar cualquier otra explicación debería replicarse el resultado en una muestra con mayor presencia de este TP. El tercer factor obtenido me-

dante el análisis de componentes principales podría considerarse un factor de TP ansiosos (*cluster* C), en el que además de los TP dependiente y por evitación, saturan los TP límite y esquizotípico. Si tenemos en cuenta que entre sus criterios diagnósticos ambos TP contemplan características claramente ansiosas (ansiedad social, inestabilidad afectiva, etc.) no es extraño que también saturen en este factor. El hecho de que el TP obsesivo-compulsivo no figure entre las escalas que se asocian a este factor puede ser debido tanto a problemas de definición del constructo como a aspectos meramente psicométricos. Esto ya se había apuntado al comentar la consistencia interna de las escalas. Finalmente, no se obtiene ninguna agrupación de escalas que pudiera considerarse cercana a *cluster* B del DSM-IV. El factor en el que saturan las escalas de TP histriónico, narcisista, obsesivo-compulsivo y paranoide resulta de difícil conceptualización siguiendo el DSM-IV. A pesar de lo comentado, creemos necesario hacer notar que este análisis es puramente exploratorio y que en ningún caso puede considerarse la obtención de una estructura factorial parecida a la del DSM-IV como un criterio de validez, puesto que la propuesta en este manual no se basa en ningún criterio empírico.

El cuestionario autoadministrado del PDQ-4+ muestra una prevalencia de TP muy por encima de lo esperable según estudios epidemiológicos y el propio DSM-IV. Por citar un ejemplo, el DSM-IV estima que el TP obsesivo-compulsivo está presente en un 3% a 10% en muestras clínicas, mientras en nuestro caso, y siguiendo el cuestionario autoinformado, el porcentaje de casos supera el 50%. Lo mismo podría decirse del TP por evitación (un 10% de prevalencia según DSM-IV, un 55% en nuestra muestra) o del límite (más de un 15% superior al valor máximo considerado en el DSM-IV). Ello hace pensar en un exceso de falsos positivos al administrar únicamente el cuestionario autoinformado y no aplicar la escala de significación clínica que acompaña a éste, como ya preveía Hyler. Así pues, cuando ésta se administra, tanto el número de diagnósticos como su comorbilidad disminuye de manera drástica, acercándose más a los valores esperables según el DSM-IV. Esto indicaría que en grupos clínicos, el cuestionario PDQ-4+ por sí solo sería una medida más adecuada de cribaje que de diagnóstico, y por tanto estaría de acuerdo con los trabajos previos²¹⁻²³. Nuestro estudio pone de manifiesto por primera vez y de forma empírica que esta tendencia a sobrediagnosticar queda contrarrestada de manera considerable por la escala de significación clínica, obteniéndose prevalencias que se ajustan mejor a lo referido en la bibliografía, y por tanto, que dicha escala debe ser aplicada si el objetivo que perseguimos es una mayor precisión diagnóstica. En este punto es importante hacer constar que Westen y Arkowitz-Westen²⁶ han puesto de manifiesto que las categorías diagnósticas del DSM-IV son insuficientes para englobar toda la posible patología de personalidad resultante de considerar una definición amplia de TP. Según esto, sería de esperar que los instrumentos diagnósticos detectaran una mayor presencia de TP que la diagnosticada al aplicar de manera estricta las categorías del DSM-

IV. Por ello, podría llegar a considerarse que las mayores prevalencias de TP obtenidas mediante el PDQ-4+ no serían un indicio de carencias de especificidad del instrumento, sino que reafirmarían la falta de sensibilidad del sistema diagnóstico al uso. Aun así, queda claro que si nuestra intención es conseguir un instrumento que permita realizar diagnósticos de TP según DSM-IV, el cuestionario del PDQ-4+ muestra una clara tendencia a la obtención de falsos positivos, que queda contrarrestada de manera destacable al aplicarse la escala de significación clínica. Añadiríamos que nuestra muestra no fue seleccionada usando métodos de muestreo propios de trabajos epidemiológicos, por lo que las diferencias que aún se observan una vez administrada la escala de significación clínica bien podrían ser explicadas por las características de la muestra.

En resumen, de los resultados aquí expuestos podemos concluir que el PDQ-4+ (incluyendo su escala de significación clínica) puede ser considerado, en términos generales, un instrumento útil en la valoración y diagnóstico de los TP. La mayor ventaja que ofrece sobre las entrevistas clínicas (SCID-II y IPDE) es la considerable reducción del tiempo de administración, sin que esto signifique una pérdida aparente de validez diagnóstica. En este sentido sería importante y necesario estudiar la concordancia diagnóstica entre el PDQ-4+ y las citadas entrevistas. Algunas de las limitaciones mostradas por el PDQ-4+, como la escasa fiabilidad de la escala de TP obsesivo-compulsivo o la estructura factorial no del todo coincidente con los *clusters* esperados según DSM-IV, además de generar algunos interrogantes acerca de las propiedades psicométricas del instrumento, quizá deberían hacernos reflexionar sobre las propias limitaciones de los constructos en que éste se basa, es decir, del sistema categorial usado en los manuales diagnósticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
2. Millon T. Reflections on the future of DSM axis II. *J Personal Disord* 2000;14:30-41.
3. Cloninger CR. A practical way to diagnosis personality disorders: a proposal. *J Personal Disord* 2000; 14:99-108.
4. Widiger T. Personality disorders in the 21st century. *J Personal Disord* 2000;14:3-16.
5. Zimmerman M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:225-45.
6. Gómez-Beneyto M, Villar M, Renovell M, Pérez F, Hernández M, Leal C, Cuquerella M, et al. The diagnosis of Personality Disorders with a modified version of the SCID-II in a Spanish sample. *J Personal Disord* 1994;8:104-10.

7. Organización Mundial de la Salud (OMS). International Personality Disorder Examination (IPDE). Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad. Módulo DSM-IV. Ginebra; 1995.
8. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Benjamin L. Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II) (Version 2.0). New York: Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute; 1994.
9. Hyler SE. PDQ-4+ Personality Diagnostic Questionnaire-4+. New York: New York State Psychiatric Institute; 1994.
10. Hyler SE, Rieder RO, Spitzer R, Williams JBW. PDQ: Personality Diagnostic Questionnaire. New York: New York State Psychiatric Institute; 1983.
11. Hyler SE, Rieder RO. PDQ-R: Personality Diagnostic Questionnaire - Revised. New York: New York State Psychiatric Institute; 1987.
12. Hurt S, Hyler SE, Frances A, Clarkin J, Brent R. Assessing borderline personality disorder with self-report, clinical interview, or semistructured interview. *Am J Psychiatry* 1984;141:1228-31.
13. Hyler SE, Rieder RO, Williams JBW, Spitzer RL, Hender J, Lyons M. Personality Diagnostic Questionnaire: Development and preliminary results. *J Personal Disord* 1988;2:229-37.
14. Hyler SE, Rieder RO, Williams JBW, Spitzer RL, Lyons M, Handler J. A comparison of clinical and self-report diagnoses of DSM-III personality disorders in 552 patients. *Compr Psychiatry* 1989;30:170-8.
15. Hyler SE, Skodol AE, Kellman HD, Oldham JM, Rosnick LR. Validity of the personality diagnostic questionnaire revised: Comparison with two structured interviews. *Am J Psychiat* 1990;147:1043-8.
16. Hyler SE, Skodol AE, Oldham JM, Kellman HD, Doidge N. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: A replication in an outpatient sample. *Compr Psychiatry* 1992;33:73-7.
17. Trull TJ. Temporal stability and validity of two personal disorder inventories. *Psychol Assess* 1993;5:11-8.
18. Yeung AS, Lyons MJ, Waternaux CM, Faraone SV, Tsuang MT. Empirical determination of thresholds for case identification: Validation of the personality diagnostic questionnaire-revised. *Compr Psychiatry* 1993;34:384-91.
19. Dubro AF, Wetzler S, Kahn MV. A comparison of three self-report questionnaires for the diagnosis of DSM-III personality disorders. *J Personal Disord* 1988;2:256-66.
20. Bagdy RM, Pajouhandeh P. The detection of faking good on the Personality Diagnostic Questionnaire-4. *Assessment* 1997;3:305-9.
21. Black DW, Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Serv* 1998;11:1434-9.
22. Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Donati D, Donini M, Fiorilli M, et al. Brief communication: criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *J Personal Disord* 1998;12:172-8.
23. Yang J, McCrae RR, Costa PT, Yao S, Dai X, Cai T, Gao B. The cross-cultural generalizability of Axis-II constructs: An evaluation of two personality disorder assessment instruments in the people's Republic of China. *J Personal Disord* 2000;14:249-63.
24. Wilberg T, Dammen T, Friis S. Comparing Personality Diagnostic Questionnaire-4+ with Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) Standard Diagnoses in a sample with a high prevalence of Axis I and Axis II disorders. *Compr Psychiatry* 2000;41:295-302.
25. Widiger TA, Mangine S, Corbitt EM, Ellis CG, Thomas GV. Personality Disorder Interview-IV. Odessa, FL, Psychol Assess Resources; 1995.
26. Westen D, Arkowitz-Westen L. Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *Am J Psychiatry* 1998;155:1767-71.