ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación de los trastornos de personalidad. Una revisión sistemática

Evaluation of personality disorders. A systematic review

Brayan Deivi Pérez Leiva[1] Elizabeth Jiménez Puig[1]

[1] Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

Cómo citar este artículo:
Pérez-Leiva B, Jiménez-Puig E. Evaluación de los trastornos de personalidad. Una revisión sistemática. **Medisur** [revista en Internet]. 2022 [citado 2025 Jul 12]; 20(3):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5231

Resumen

Fundamento: En el contexto de la evaluación de los trastornos de personalidad, resulta relevante el empleo adecuado de cada uno de los instrumentos existentes para realizarla. De este modo, es necesario el conocimiento a cabalidad de las propiedades psicométricas de estos.
Objetivo: describir estudios que evalúan los trastornos de personalidad mediante el empleo de instrumentos.
Métodos: se realizó una revisión sistemática, a través de la Declaración PRISMA, en las bases de datos Cochrane, PubMed, Scielo, EBSCO, y PsycInfo, en el período octubre-diciembre de 2019. Un total de 183 artículos fueron considerados elegibles. Luego de aplicados los criterios de selección, conformaron la muestra 12 artículos.
Resultados: el Inventario Clínico Dimensional de Personalidad fue el más utilizado, el cual se encontró en las tres modalidades de artículos incluidos; especialmente en estudios de adaptación y validación de instrumentos de evaluación de los trastornos de personalidad (también en su versión 2); así como el *Personality Inventory for DSM-5*.
Conclusión: la revisión desarrollada se caracterizó por su heterogeneidad, y evidenció la falta de consenso en la comunidad científica, acerca cuáles instrumentos son los más idóneos para la valoración de los trastornos de personalidad en la actualidad.

Palabras clave: trastornos de la personalidad, pruebas de personalidad, psicometría

Abstract

Background: In the personality disorders evaluation context, the proper use of each of the existing instruments to carry it out is relevant. Thus, full knowledge of the psychometric properties is necessary.
Objective: to describe studies that evaluates personality disorders through the use of instruments.
Methods: a systematic review was carried out, through the PRISMA Statement, in the Cochrane, PubMed, Scielo, EBSCO, and PsycInfo databases, from October to December 2019. A total of 183 articles were considered eligible. After applying the selection criteria, the sample comprised 12 articles.
Results: the Dimensional Clinical Personality Inventory was the most used, which was found in the three types of articles included; mainly in studies of adaptation and validation of assessment instruments for personality disorders (also in version 2); as well as the Personality Inventory for DSM-5.
Conclusion: The developed review was characterized by its heterogeneity, and evidenced the lack of consensus in the scientific community, about which instruments are the most suitable for the assessment of personality disorders today.

Key words: Personality disorders, personality tests, psychometrics

Aprobado: 2022-02-11 22:58:30

Correspondencia: Brayan Deivi Pérez Leiva. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Villa Clara brayann@nauta.cu

INTRODUCCIÓN

Las principales clasificaciones de las enfermedades mentales [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Version* (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades-10ma Versión (CIE-10)] conciben los Trastornos de Personalidad (TP) como agrupaciones de rasgos y pautas persistentes, inflexibles y estables en el tiempo, que inician en la adolescencia o edad adulta temprana, y causan deterioro significativo del funcionamiento. Para su diagnóstico, las desviaciones deben ser invasivas y no una respuesta a un estímulo concreto, así como manifestarse en diversos ámbitos de forma estable. Desde este enfoque, no es solamente la presencia de rasgos extremos lo que implicaría el diagnóstico de la patología, sino el carácter inflexible y disfuncional de dichos rasgos.[1,2]

Los TP del grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) afectan aproximadamente al 5,5 % de la población mundial, mientras que los grupos A (paranoide, esquizoide y esquizotípico) y C (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo) son menos comunes, con una prevalencia de 2,1 y 2,3 %, respectivamente.[3] Recientes datos epidemiológicos mundiales sugieren que del 7 al 12 % de la población presenta algún TP.[4]

En la actualidad, la definición y clasificación de los TP resulta un tema polémico. Una de las principales dificultades que genera la actual discusión está relacionada con el concepto de personalidad manejado, y por ende, los modelos teóricos para su diagnóstico. En este sentido, se plantea la existencia de criterios diagnósticos que se solapan notablemente entre los diferentes trastornos, la existencia de pautas rígidas de clasificación, y la falta de homogeneidad en instrumentos de evaluación.[5]

De este modo, se encuentran los modelos categoriales, los cuales conciben los TP como entidades patológicas individuales y bien delimitadas entre sí. Mientras que los modelos dimensionales se basan en el concepto de rasgo. El rasgo es una construcción hipotética que agrupa conductas, cogniciones, motivaciones o emociones de los sujetos. Los rasgos covarían entre sí, permanecen estables en el tiempo y en diferentes situaciones, lo cual permite la diferenciación entre los individuos. Los modelos dimensionales resuelven muchas de las limitantes de los categoriales.[6]

A pesar de las dificultades conceptuales y diagnósticas de los TP, se dispone de diferentes métodos para su evaluación, centrados especialmente en entrevistas semiestructuradas y medidas de autoinforme.[6] No obstante, ambas modalidades de evaluación están sujetas a fuentes de distorsión.[7] Los autoinformes pudiesen resultar vulnerables a la manipulación por parte del evaluado.[8,9] Por su parte, las entrevistas suelen carecer de baremos estandarizados y dependen de las variaciones entre los entrevistadores.[10] Precisamente por ello, algunos autores abogan por aunar ambos métodos en función de un diagnóstico más certero. Se recomienda la aplicación de un autorreporte a modo de cribado, para luego proceder con una entrevista semiestructurada que permita la confirmación o descarte de los rasgos o dimensiones aportadas por el autoinforme.[6]

La evaluación de los TP implica una tarea compleja, especialmente en los Servicios de Atención Primaria, en los cuales se presentan con mayor frecuencia.[11] Hoy se reconoce la importancia del diagnóstico certero y del empleo adecuado de cada uno de los instrumentos de evaluación. Por ello, es necesario el conocimiento a cabalidad de sus propiedades psicométricas; atender al uso que se hace de ellos en cada momento del proceso de evaluación y diagnóstico psicológico desde un juicio clínico; y tener una compresión de su finalidad en la investigación.

De ahí que revista esencial importancia contar con los métodos e instrumentos que faciliten un proceso de diagnóstico adecuado. Debido a la heterogeneidad de medidas de evaluación existentes, se planteó como objetivo de la presente investigación, describir estudios que evalúan la patología de la personalidad mediante el empleo de instrumentos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, con empleo de la Declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) como metodología para el desarrollo de revisiones sistemáticas de la literatura científica.[12] Se estableció un protocolo de extracción *a priori*, el cual orientó los criterios de búsqueda, selección y elegibilidad de los estudios:

Criterios de elegibilidad: se empleó la guía PICOS (siglas en inglés de *patient,*

***intervention, comparison y outcomes*)**

Criterios de inclusión:

Participantes: adultos, mayores 18 años de edad.

Intervenciones: basadas en aplicaciones de instrumentos de evaluación de TP a uno o varios grupos.

Comparaciones: aquellos donde se compararon varios grupos; se comparó un mismo grupo en diferentes momentos de evaluación; se compararon instrumentos para la evaluación de los TP.

Resultado: debieron referir resultados en función de la evaluación de los TP.

Diseño de los estudios: artículos originales en los cuales se evaluó TP.

Criterio temporal para la selección de estudios: publicados entre 2009 y 2019.

Criterio lingüístico: estudios publicados en español o inglés.

Criterio de exclusión: estudios que evaluaron los TP empleando métodos y técnicas proyectivas.

Criterio de salida: efecto de solapamiento del mismo artículo en varias bases de datos.

Fuentes de información

La búsqueda se realizó en las bases de datos: Cochrane, PubMed, Scielo, EBSCO, y PsycInfo, en los meses de octubre a diciembre de 2019.

Búsqueda

Los descriptores empleados fueron: instrumentos de evaluación (*assessment instruments*), técnicas de evaluación (*assessment techniques*), baterías de exploración (*screening test/tools*), y test psicométricos (*psychomethrie tests*). Todos ellos combinados con la categoría que designa el grupo de las patologías en cuestión: trastornos de personalidad/ desórdenes de personalidad (*personality disorders*), y personalidad patológica (*pathological personality*).

S**elección de los estudios**

Los procedimientos de búsqueda se centraron primeramente en el título de los artículos, luego en las palabras clave y por último en el resumen. Se decidió incluir aquellos manuscritos de investigaciones que cumpliesen los criterios de elegibilidad y que pasaran por los filtros anteriores, para su análisis a texto completo. La selección inicial fue sometida a valoración por parte de revisores externos (2), quienes estuvieron de acuerdo en la extracción de datos y selección de los estudios (91 %).

Proceso de extracción de datos (lista de extracción)

Año de publicación del estudio; edad de los participantes; características diagnósticas de los participantes (en caso de existir); instrumentos para la evaluación de TP; objetivo de los instrumentos (en caso de estar dirigido solo a la evaluación de un TP específico); tipo de estudio; objeto del estudio; y principales resultados.

Riesgo de sesgo en los estudios

Se empleó la alternativa propuesta en el *Manual Cochrane*: la evaluación basada en dominios.[13]

M**edidas de resumen**

Se emplearon como principales medidas para cada variable, las diferencias de medias entre los grupos, el análisis de los tamaños de efecto de dichas diferencias (en caso de existir), análisis de frecuencia para cada uno de los ítems especificados en la lista de datos. Además de los criterios de validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad de los instrumentos y/o baterías en los procesos de validación.

Síntesis de resultados

De la búsqueda inicial se derivó un análisis preliminar de títulos, en el cual 183 artículos fueron considerados población de estudio, en tanto mostraron suficientes posibilidades de ser elegibles. Luego de aplicados los criterios de selección, conformaron la muestra un total de 12 artículos. De ellos, cuatro correspondieron a la modalidad de estudios cuyo objetivo estuvo centrado únicamente en la evaluación de los TP (entre los años 2013-2018), tres correspondieron a investigaciones de TP y su comorbilidad con otros trastornos mentales (entre los años 2013-2016), y cinco correspondieron a procesos de adaptación y validación de instrumentos (entre los años 2015-2019).

RESULTADOS

De un total de 183 artículos encontrados, fueron seleccionados 12, teniendo en cuenta los criterios de selección muestral. Los criterios que más se relacionaron con la salida de artículos, fueron el efecto de solapamiento y el diseño. (Fig. 1).

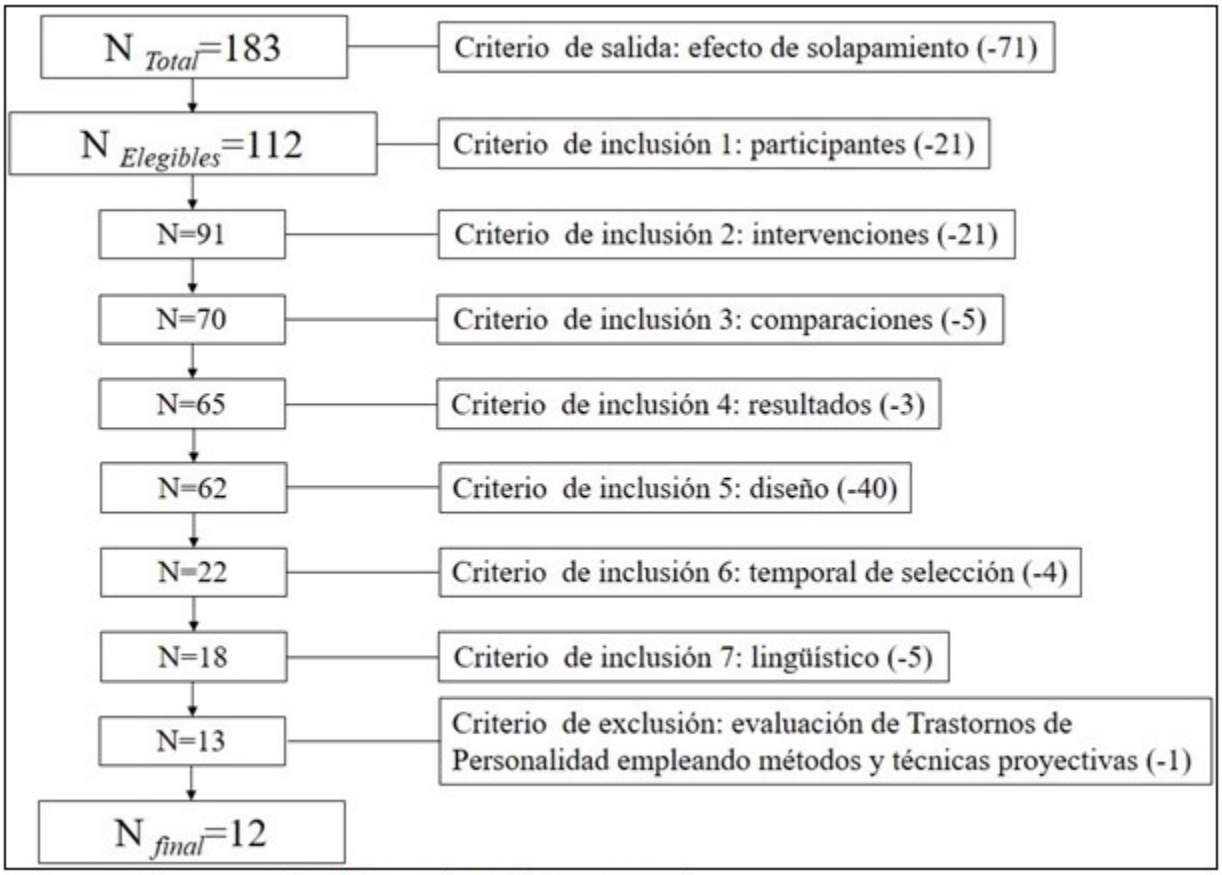

Fig. 1- Diagrama de flujo: selección muestral

Características y resultados de los estudios individuales

Desde el punto de vista demográfico, se encontró que la población osciló entre los 18 y 81 años de edad aproximadamente; incluyendo ambos sexos. Las investigaciones abarcaron población sana y clínica.

Los estudios cuyo objetivo estuvo centrado únicamente en la evaluación de los TP, se realizaron en Jamaica (por Martin y Walcott, ambos en 2013), Estados Unidos (Samuel y colaboradores en 2014) y Brasil (Carvalho y colaboradores, 2018). Las investigaciones que correspondieron a TP y su comorbilidad con otros trastornos mentales se llevaron a cabo en Turquía (por Belli y colaboradores), Granada (Robles y colaboradores) y Brasil (Calvalho y colaboradores, en 2016). Mientras que la mayor parte de los estudios, correspondientes a procesos de adaptación y validación, se realizaron Brasil (Carvalho, 2015, 2017 y 2019; y Katz, 2015); y uno de ellos, en Estados Unidos (Suzuki y colaboradores, 2015). (Fig. 2).

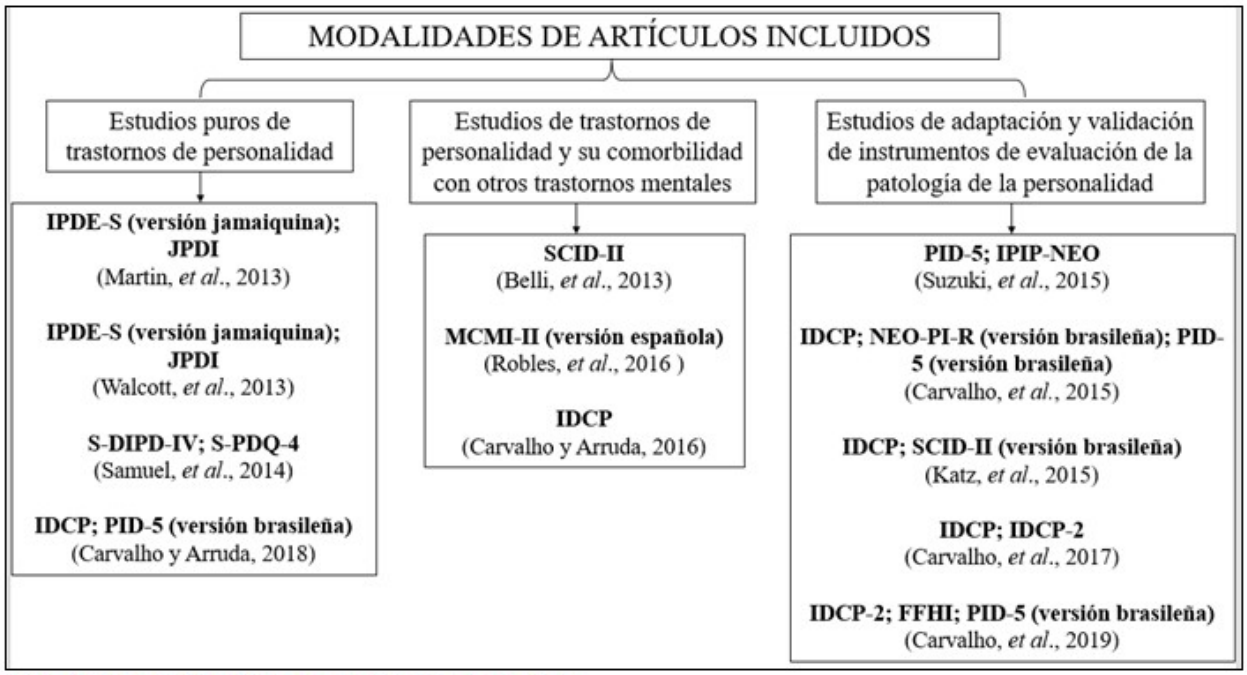

Fig. 2- Modalidades de artículos incluidos.

Estudios centrados únicamente en la evaluación de los TP

Se investigó la prevalencia de los TP en los pacientes ingresados en salas de medicina general del Hospital Universitario de West Indies (Martin y colaboradores). Participaron 100 sujetos (18-81 años) sin tratamientos previos de trastornos mentales. Se empleó el *International Personality Disorder Examination Screening questionnaire* (IPDE-S) (versión jamaiquina), y el *Jamaican Personality Disorder Inventory* (JPDI). El primero de ellos, dirigido a determinar la presencia o ausencia de TP; y el segundo, para evaluar la posibilidad de ser diagnosticado con un TP. Como *regla de oro* emplearon una entrevista clínica, aplicada por psiquiatras especializados. Posteriormente, fue aplicada una lista de chequeo de síntomas, tomando como referente los criterios diagnósticos para TP referidos en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revision* (DSM-IV-TR). Los tres instrumentos de evaluación identificaron una prevalencia de los TP en la cohorte de pacientes, de 21 % con la evaluación DSM-IV-TR de los consultores; 28 % con el JPDI; y 70 % con el tamizaje del IPDE-S. La tasa de prevalencia identificada por el IPDE-S fue significativamente mayor que la aportada por los instrumentos locales utilizados habitualmente.

Este estudio fue replicado por Walcott y colaboradores en las salas de psiquiatría y consumo de sustancias, del Hospital Universitario de West Indies, utilizando los mismos instrumentos de evaluación, y una muestra similar en cuanto a tamaño y características sociodemográficas. Los tres instrumentos de evaluación identificaron una prevalencia de TP en la cohorte de pacientes como sigue: 51 % en la evaluación del consultante del DSM-IV-TR; 57 % en el JPDI; y 86 % en el IPDE-S (versión jamaiquina). Igualmente, la tasa de prevalencia identificada por el IPDE-S fue significativamente mayor que la de los instrumentos locales.

En Estados Unidos, Samuel y colaboradores compararon cuatro métodos independientes para la evaluación de los TP: *Spanish versión Personality Diagnostic Questionnaire-4* (S-PDQ-4); *Spanish Diagnostic Interview for Personality Disorders* (S-DIPD-IV); tablas diagnósticas; y clasificaciones realizadas por profesionales clínicos (PAF). La muestra estuvo constituida por 130 pacientes hispanohablantes (edad media de 37,4 años; 69 % del sexo masculino) en tratamiento por abuso de sustancias, con un tiempo mínimo de un año en dicha terapia. Los resultados indicaron que los TP son diagnosticados mayormente por especialistas en consulta, cuestionarios y

entrevistas semiestructuradas. No obstante, el nivel de concordancia entre los diagnósticos clínicos y el resto de los métodos resultó pobre. La convergencia del diagnóstico de TP entre las cuatro modalidades de evaluación fue controversial para grupos de personas hispanohablantes, debido a la intervención de factores culturales. Los resultados del estudio sugirieron que el diagnóstico realizado por especialistas en sus prácticas clínicas, se solapa con el diagnóstico realizado a través de cuestionarios y entrevistas; sugiriendo que los TP se encuentran infradiagnosticados mediante el empleo de procedimientos estandarizados.

Finalmente, en Brasil, Carvalho y colaboradores (2018) compararon las características patológicas de personalidad en una muestra de 104 sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años (53 practicantes de escuelas de meditación de estilos concentrativos y *mindfulness* de Sao Paulo; 51 no practicantes). La evaluación de la personalidad se realizó con el IDCP, y la versión brasileña del *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5). Los autores encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, con respecto a los resultados aportados por ambos instrumentos. En el IDCP los sujetos no practicantes de la meditación mostraron altos niveles en las dimensiones *sacrificio personal*, *desconfianza* e *inestabilidad emocional*; y niveles menores en cuanto a *impulsividad*, *evitación de las críticas* y *agresividad*. En el grupo de no practicantes, las mayores medias fueron en las dimensiones *sacrificio personal*, *desconfianza* e *inestabilidad emocional*. Además, puntuaron con valores más altos en las dimensiones de *agresividad*, *evitación de críticas* e *impulsividad*.

En cuanto al PID-5 (versión brasileña), los grupos resultaron distintos en varias características patológicas de personalidad. Los practicantes de meditación puntuaron más alto en la *evitación de la intimidad*, *creencias* y *experiencias inusuales* (resultaron mucho más *excéntricos* y *evitativos*). Los no practicantes puntuaron alto en las facetas de *ansiedad*, *distractibilidad*, *labilidad emocional*, *hostilidad*, *inseguridad ante la separación* y *suspicacia*. En general, observaron medias más elevadas por los sujetos no practicantes en las dimensiones de los instrumentos aplicados, además de rasgos patológicos específicos como mejores predictores de los grupos de participantes (practicantes *Vs* no practicantes). Los resultados evidenciaron que los practicantes de meditación tienden a presentar menor intensidad de características patológicas de personalidad.

Estudios de TP y su comorbilidad con otros trastornos mentales

En el estudio realizado en Turquía, por Belli y colaboradores, se examinaron los rasgos psicopatológicos y la comorbilidad psiquiátrica en 50 sujetos que buscaban cirugía rinoplástica cosmética, y 50 controles (18-45 años) La evaluación de los TP se realizó mediante *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II); mientras que el resto de las patologías fueron exploradas con los instrumentos *Beck Depression Inventory* (BDI); *Beck Anxiety Inventory* (BAI); *Symptom Checklist-90* (SCL-90-R); y *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version* (SCIDI/CV). Se encontró que 13 sujetos del grupo experimental y tres controles tuvieron al menos un diagnóstico psiquiátrico previo. El grupo experimental mostró una mayor incidencia de TP de tipología evitativa y narcisista. Los índices de ansiedad y depresión fueron significativamente mayores en el grupo experimental que en el grupo control. El trastorno somatomorfo de mayor prevalencia fue el dismórfico corporal, con mayor índice de aparición en el grupo experimental.

En Granada, Robles y colaboradores identificaron perfiles de TP en diferentes trastornos de ansiedad, analizando, además, la comorbilidad entre ambas entidades, en 31 pacientes con dichos trastornos, distribuidos en cuatro grupos: fobia específica, fobia social, ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia. La evaluación de los TP se realizó con el *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (MCMI-II) (versión española); y el resto de ella, mediante la *Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV*. Los resultados expresaron puntuaciones más bajas en las distintas escalas y menor frecuencia de TP en el grupo de fobia específica. Por el contrario, el grupo de ansiedad generalizada presentó mayor tasa de diagnósticos múltiples de TP. Las puntuaciones más altas se observaron en las escalas *esquizoide*, *dependiente*, *autodestructiva*, *evitativa* y *compulsiva*. Cada trastorno de ansiedad presentó un perfil de TP.

Finalmente, en el estudio realizado en Brasil (Carvalho, 2016) se investigó si los síntomas de ansiedad y depresión están asociados con la presencia de rasgos patológicos de personalidad, en una muestra no clínica de 106 estudiantes universitarios (mayores de 18 años; 65 del sexo

femenino). La evaluación de la personalidad se realizó mediante el IDCP, mientras que los síntomas ansiosos y depresivos se exploraron con las versiones brasileñas del BAI y el BDI, respectivamente. Los datos aportados sugieren que, mientras más elevadas las puntuaciones en diez de las 12 dimensiones de la personalidad patológica en el IDCP, mayores fueron las tendencias a puntuar alto en las escalas de depresión. Solamente para dos dimensiones esta relación no fue verificada: *búsqueda de atención* y *toma de conciencia*.

El grupo con menor cantidad de síntomas reportado, mostró menores puntuaciones en las dimensiones *excentricidad* y *evitación a las críticas*. De igual manera sucedió con las escalas de ansiedad y su relación con los síntomas de TP; a excepción de las dimensiones *búsqueda de atención* y *toma de conciencia*. En este sentido, con la exclusión de estas dos dimensiones, la de mayor puntuación fue *sacrificio personal*; y las de puntuaciones más bajas fueron *evitación de las críticas* y *agresividad*. Considerando las diferencias encontradas entre los grupos, las mayores medidas se observaron en las dimensiones *inestabilidad emocional* y *desconfianza*.

Estudios de adaptación y validación de instrumentos de evaluación de TP

En Estados Unidos Suzuki y colaboradores aplicaron la teoría de respuestas por ítems para comparar la alternativa de rasgos de personalidad propuesta en el DSM, con los rasgos de un inventario normativo del *Five-Factor Model* [*International Personality Items Pool-NEO PI-R* (IPIP-NEO)], en función de medir su precisión con arreglo a dimensiones latentes. Para ello, se aplicó el PID-5 y el IPIP-NEO, en una muestra combinada de 4067 sujetos, donde fueron seleccionados 3517 estudiantes universitarios (18-76 años; 66,4 % del sexo femenino). Los resultados mostraron que el modelo de diagnóstico de los TP ofrecido en el DSM-5 y los rasgos evaluados a través del IPIP-NEO resultan medidas complementarias en cuatro de las cinco dimensiones del *Five-Factor Model*, con la excepción de la *apertura a la experiencia Vs. psicoticismo*. Las diferencias observadas demostraron que el PID-5 provee más información en niveles superiores que el IPIP-NEO. Se concluyó que cuatro de los dominios evaluados por el DSM-5 pueden ser considerados versiones extremas del *Five-Factor Model*.

Los estudios posteriores se realizaron en Brasil, por Carvalho y colaboradores (2017), y siguieron el propósito de adaptar y validar el instrumento IDCP. Primeramente, se examinó la dimensión *dependencia* del IDCP. Para ello, se aplicó el instrumento en cuestión, además de las versiones brasileñas del *Revised NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R) y del PID-5; en una muestra de 199 participantes (estudiantes universitarios y personas allegadas a ellos) (18-54 años; 71,4 % del sexo femenino). El primer resultado arrojó un total de 57 ítems, los cuales fueron analizados de acuerdo a sus propiedades psicométricas. Luego, la dimensión quedó con 18 ítems, con una consistencia interna de 0,89, y compuesta por tres factores: *autodevaluación*, *evitación del abandono*, e *inseguridad*; con una consistencia interna de 0,79 y 0,91. Las correlaciones esperadas se encontraron entre la dimensión *dependencia* y las correspondientes facetas de las versiones brasileñas del NEO-PI-R y PID-5.

Katz y colaboradores realizaron una investigación con el objetivo de establecer la validez para las dimensiones del IDCP, basados en los criterios externos de la entrevista clínica semiestructurada del SCID-II (versión brasileña) y en el diagnóstico psiquiátrico, de 105 pacientes (19-73 años) de la clínica de psicoterapia de un hospital universitario, previamente diagnosticados con TP. Los resultados sugirieron evidencia de validez sobre la base de criterios externos a dimensiones del IDCP y puntos para la utilidad clínica del instrumento. Después de comparar el perfil clínico de la muestra con TP, con la muestra sana, a través del IDCP, el instrumento fue capaz de distinguir y discriminar los pacientes diagnosticados de los controles sanos; específicamente en los perfiles *evitativo* y *dependiente*.

Posteriormente se empleó como base el IDCP y se desarrolló una herramienta de detección de TP (IDCP-versión clasificación), e investigaron su precisión diagnóstica. El estudio, desarrollado por Carvalho y colaboradores (2017), incluyó una muestra de 1196 personas (18-73 años; 64,1 % del sexo femenino), dividida en grupo clínico (reclutado de un hospital psiquiátrico) y no clínico (sujetos que negasen haber recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico, así como consumo de psicofármacos). Se utilizó un enfoque empírico basado en criterios para selección de elementos. Los análisis de regresión logística, así como el cálculo de la *d* de Cohen, permitieron establecer los elementos que mejor discriminan entre personas con TP y personas

sanas. El instrumento quedó conformado por 15 ítems, con un punto de corte en nueve. De acuerdo con el área mostrada bajo la curva ROC, la sensibilidad del instrumento fue de 89,5 %, y la especificidad fue de 67,2 %; siendo la *inestabilidad emocional* la dimensión más representativa.

Finalmente, fue desarrollado el *Dimensional Clinical Personality Inventory-2* (IDCP-2) (versión revisada del IDCP) por Carvalho y colaboradores (2019), centrada en los rasgos del TP histriónico según el modelo de Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP), cuyas propiedades psicométricas fueron verificadas. Para ello, realizaron una revisión de las dimensiones y factores que evalúan dicha entidad desde otros instrumentos de evaluación. Los autores encontraron una serie de rasgos que no eran evaluados por ninguno de los instrumentos; de ellos, los que resultaron relevantes debido a su frecuencia de aparición en la literatura, fueron sometidos a operacionalización para su evaluación por un grupo de expertos. La muestra estuvo formada por 208 sujetos perteneciente a población general (18-66 años; 170 del sexo femenino). Se reclutaron los participantes mediante internet, redes sociales y plataformas virtuales; y se crearon los grupos dependiendo de haber marcado ausencia o no de salud mental anterior. Los instrumentos aplicados fueron IDCP-2; una adaptación cultural del *Five Factor Histrionic Inventory* (FFHI) realizada por los autores de este estudio; y el PID-5 (versión brasileña). De los 16 rasgos iniciales que ofrece el HiTOP, ocho fueron seleccionados como relevantes para el TP histriónico, y 17 ítems fueron considerados para componer los nuevos cuatro factores. Casi todas las medidas mostraron consistencia interna, con un valor mayor de 0,8. La confiabilidad arrojó valores de 77 %. Los rasgos referidos a la *búsqueda de atención*, *seducción*, *manipulación* e *intensidad emocional* mostraron las mayores correlaciones estadísticamente significativas entre los instrumentos. El grupo clínico presentó los valores más altos de medias, en comparación con el no clínico.

Riesgo de sesgos en los estudios

Los mayores riesgos de sesgos reportados, fueron referidos a la muestra en casi todas las investigaciones (Carvalho, 2016, 2017, 2018 y 2019; Belli; y Robles). En algunas de ellas, los tamaños muestrales no resultaban representativos de las poblaciones (Carvalho, 2017, 2018 y 2019; Belli; Robles; y Katz); en otros casos, la determinación de grupos provenía de grupos ya formados, dificultando el proceso de aleatorización (Belli, Martin, Walcott, Samuel, Katz, Robles, y Carvalho (2016, 2017, 2018 y 2019). Algunos autores destacaron la necesidad de replicar sus estudios en muestras clínicas (Samuel; Carvalho, 2015, 2016 y 2019; y Katz). La determinación de grupos de comparación se encontró sesgada por la no existencia de homogeneidad (Carvalho, 2017, 2018 y 2019; y Robles). Otro elemento que se evidenció en todas las investigaciones, fue la ausencia del efecto de desgaste, es decir, no se apreciaron exclusiones de grupos ni muertes muestrales durante el proceso. Resulta importante destacar que, en todos los casos, los sesgos fueron analizados y reportados por los autores, lo cual aporta consistencia y transparencia a los resultados presentados. (Fig. 3).

Investigaciones	Selección	Desgaste	Notificación	Otros
Belli 2013	?	+	+	?
Martin 2013	+	+	+	?
Walcott 2013	+	+	+	?
Samuel 2014	+	+	+	?
Suzuki 2015	+	+	+	+
Carvalho 2015	+	+	+	?
Katz 2015	+	+	+	?
Robles-Ortega 2016	-	+	+	?
Carvalho 2016	?	+	+	?
Carvalho 2017	-	+	+	+
Carvalho 2018	-	+	+	?
Carvalho 2019	-	+	+	-

Bajo riesgo de sesgo +	Riesgo poco claro de sesgo ?	Alto riesgo de sesgo -

Fig. 3- Resumen de riesgo de sesgo en los estudios analizados.

DISCUSIÓN

Se encontraron reportes de investigaciones entre los años 2013 y 2019,[14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25] los cuales correspondían con los criterios establecidos en la presente revisión de la literatura. La figura 3 muestra las principales modalidades de artículos incluidos en la revisión, así como los instrumentos empleados en cada uno de ellos.

De acuerdo con los planteamientos de Champel[6] sobre las medidas de evaluación de TP con arreglo a los modelos teóricos, se encontraron estudios que emplean tanto los modelos categoriales, como los modelos dimensionales. En evaluaciones desde modelos categoriales, fueron mayormente empleadas las entrevistas; en este caso, el *International Personality Disorder Examination* (IPDE) y la *Entrevista Semiestructurada del DSM-IV, Eje II* (SCID-II). Por su parte, desde el modelo dimensional fueron mayormente utilizados los autoinformes; específicamente el *Inventario Clínico Dimensional de Personalidad* (IDCP) y el *Inventario Dimensional del DSM-V* (PID-5).

Las investigaciones que emplearon la adaptación jamaiquina del IPDE-S sugieren que la fiabilidad del IPDE para el diagnóstico de los TP en sentido general, y más específicamente, del TP Límite, pudiese estar mostrando variaciones en función de las poblaciones a las que se aplica.[14,15] En correspondencia con este resultado, se ha encontrado que, en una muestra de 37 sujetos, solo cinco cumplían criterios para un único trastorno, y de estos solo dos cumplían criterios de TP Límite. Los otros 32 participantes, cumplían criterios para dos o más trastornos. Por lo tanto, para el grupo TP Límite, el IPDE indicó que el 94 % de los casos, podrían ser TP Mixto, encontrándose presumiblemente diagnosticados de forma errónea como TP Límite.[26]

Por su parte, la entrevista clínica semiestructurada del SCID-II fue aplicada en una de las investigaciones de la presente revisión, cuyos objetivos estaban centrados en el estudio de los TP y su comorbilidad con otros trastornos mentales.[18] Mientras, Palomares y colaboradores[27] estudiaron en una muestra de pacientes graves con TP Límite la comorbilidad con otros TP. Para ello, se valieron de una serie de instrumentos, entre ellos, la entrevista clínica semiestructurada del SCID-II. Los resultados aportados entre todos los instrumentos indicaron que la mayoría de los pacientes (87 %) presentó comorbilidad con otros TP. Casi la mitad de la muestra (42 %) presentó más de dos TP, y los incluidos en los

clústeres A (paranoide) y C (obsesivo y evitativo) fueron más frecuentes que el clúster B (histriónico y antisocial).

Los resultados obtenidos por los diferentes autores en la aplicación del SCID-II pudiesen estar sugiriendo que este instrumento exhibe una sensibilidad adecuada y no tan favorable especificidad; lo cual pudiese estar explicándose en las variaciones adyacentes al instrumento en sus procesos de adaptación. Además, su utilidad en investigaciones de comorbilidad psiquiátrica ha mostrado resultados disímiles.

Con respecto a los modelos dimensionales, el instrumento más utilizado fue el IDCP. Sus propiedades psicométricas han indicado evidencia favorable de validez e índices aceptables de confiabilidad.[28] Mientras, en el estudio realizado por Carvalho, Pianowski y Reis[23] los valores indicaron una alta sensibilidad, y mediana especificidad en la versión clasificación. La diferencia entre estos resultados pudiera encontrarse precisamente en la modalidad del mismo instrumento y sus objetivos en cada caso: versión original completa y versión *screening*.

Esta herramienta de evaluación también ha sido sometida a procesos de revisión de sus dimensiones. Carvalho, Balbino y Primi,[29] en el examen de la dimensión *escrupulosidad*, no obtuvieron los índices de confiabilidad y consistencia interna esperados. Posteriormente, se realizaron una serie de estudios que revisaron otras dimensiones del IDCP, entre ellas: *aislamiento;*[30] *desconfianza;*[31] y *evitación de la crítica*.[32]

Estas investigaciones tuvieron elementos comunes: la relativa equivalencia en las intracorrelaciones esperadas por sus autores, así como correlaciones congruentes entre las dimensiones en cuestión del IDCP y sus correspondientes facetas en el NEO-PI-R, y PID-5 (ambos instrumentos, en su versión brasileña); y evidencias de validez de las escalas revisadas, así como coeficientes de consistencia interna adecuados. De esta manera, los datos en cada uno de estos estudios, parecieron indicar la idoneidad de las nuevas dimensiones revisadas del IDCP.

Así mismo, la *inestabilidad emocional* se comportó como la más representativa en cuanto a especificidad, en la versión clasificación del IDCP.[23] De forma similar, en otras de las investigaciones de la presente revisión se encontraron magnitudes congruentes en las correlaciones de la dimensión *dependencia* del IDCP con las versiones brasileñas del NEO-PI-R y el PID-5.[21] Además, se ha encontrado evidencia de validez sobre la base de criterios externos a las dimensiones del IDCP, especialmente en el estudio de los perfiles *dependiente* y *evitativo.*[22]

Posteriormente, Carvalho[33] sugirió la modificación de la dimensión *impulsividad*, cambiándose incluso su nomenclatura. El autor propuso denominarle *inconsecuencia*, ya que, de este modo el nuevo constructo cubriría mejor los rasgos contenidos en la dimensión.

Aun cuando el IDCP y sus adaptaciones han mostrado adecuados valores de consistencia, confiabilidad, especificidad y validez, resulta importante tomar en consideración que se trata de una herramienta que se encuentra en período de revisión. Los propios autores reconocen la necesidad de su aplicación en muestras clínicas.[33]

Respecto al PID-5, 30 artículos habían sido publicados hasta el 2015, y han encontrado que este instrumento exhibe adecuadas propiedades psicométricas, incluyendo una estructura replicable, así como convergencia con los instrumentos de personalidad existentes y asociaciones esperadas con los constructos clínicos que evalúa. No obstante, se ha planteado la necesidad de investigaciones acerca de su utilidad clínica, su validez y confiabilidad, la relación con los rasgos patológicos de personalidad en muestras clínicas, algunos métodos alternativos para criterios de validez, y sus puntos de corte para diversas poblaciones.[34]

Se han realizado otros estudios de adaptación y validación del PID-5, entre los cuales se destacan: la evaluación de la validez concurrente con el *Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire* (DAPP-BQ) en una muestra clínica;[35] el examen de las propiedades psicométricas de la versión en español en muestras clínica y no clínica;[36] el proceso de validación en población clínica colombiana, mediante la metodología AFC en varios modelos de organización, y a través de la validez concurrente con el *Cuestionario de Creencias de Personalidad* (versión breve) (PBQ-SF);[37] y la reciente adaptación argentina.[38] En estas investigaciones, el PID-5 también mostró favorables propiedades psicométricas sustentadas en índices adecuados de confiabilidad y validez; lo cual resulta coherente con los resultados arrojados en los estudios de la

presente revisión.

Por otra parte, se encontró que el PID-5 (versión brasileña) fue utilizado en una de las investigaciones para evaluar rasgos patológicos de personalidad en sujetos supuestamente sanos.[17] En cambio, en estudios recientes orientados al diagnóstico de TP, incluyendo comparaciones de características o rasgos específicos al interno de determinada entidad. Tal es el caso del estudio realizado por Torres y colaboradores,[26] quienes examinaron la utilidad del PID-5 en una muestra clínica. Analizaron los resultados de un subgrupo con TP Límite y de otro subgrupo TP No Especificado/Mixto. Para el grupo total, el dominio en que obtuvieron mayor puntuación al inicio fue *afecto negativo*, seguido por *desinhibición*, *psicoticismo*, y la puntuación más baja la obtuvieron en *antagonismo*. Destacaron al inicio, con medias mayores las facetas: *labilidad*, *ansiedad*, *depresión*, *anhedonia*, e *impulsividad*.

Las diferencias mostradas en los resultados de ambos estudios, pudieran encontrar su base en el objetivo con el cual fue aplicado el instrumento en cada una de las investigaciones. Por una parte, fue utilizado para detectar rasgos patológicos de personalidad en muestra de individuos supuestamente sanos,[17] y por otra, para realizar comparaciones entre grupos con TP previamente diagnosticados, o sea, en una muestra clínica.[26]

Recientemente, en la revisión sistemática sobre las características psicométricas de diferentes versiones del PID-5, para integrar los hallazgos actuales con los de revisiones anteriores de Al Dajani y colegas[34] y Watters y Bagby[39]; se evaluaron 64 nuevos estudios.[40] Se concluyó que el formulario de autoinforme PID-5 tenía excelentes indicadores de consistencia interna, confiabilidad prueba-reprueba y validez convergente con diferentes instrumentos de personalidad y con otros constructos clínicos. El formulario también tiene potencial predictivo y discriminativo, lo que justifica una mayor exploración en estudios con muestras de TP en relación con diferentes parámetros, y no solo el algoritmo de diagnóstico del DSM-5 Sección III. Las versiones breves e informantes, aunque menos estudiadas, también mostraron buenos indicadores psicométricos, comparables a los de la versión original. Los autores concluyeron que el PID-5 mostró idoneidad psicométrica para su uso en diferentes culturas y contextos. El uso del formulario en clínica práctica y como medio de operacionalizar la evaluación diagnóstica del modelo dimensional DSM-5 es prometedor y debe ser alentado.

En un intento por lograr una evaluación de los TP que se caracterice por su certeza, confiabilidad y validez, la undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) aboga por adoptar un enfoque dimensional para la clasificación de los TP que se centra en el nivel global de gravedad y cinco calificadores de rasgos.[41,42] Al respecto, existe una creciente evidencia empírica de su empleo, con resultados favorables en cuanto a su detección y diagnóstico.[43,44]

En la mayoría de las investigaciones de la muestra, se emplearon diferentes instrumentos, desde los cuales varían las unidades de análisis para concebir las patologías de la personalidad (dimensiones, rasgos, escalas, dominios, perfiles, facetas, trastornos). El empleo indistinto de estas categorías pudiera estar generando confusión en los límites del continuo normalidad/patología.

Las investigaciones incluidas en la presente revisión abordan el proceso de evaluación y diagnóstico de los TP, desde diferentes posturas y referentes. No obstante, el empleo de instrumentos y métodos resultó tan variable de un estudio a otro, que su heterogeneidad no permite establecer una secuencia de pasos guiados a conformar el proceso de evaluación de la personalidad.

La heterogeneidad de las muestras entre los estudios y su poca representatividad de las poblaciones, dejan al margen las generalizaciones en la presente revisión.

Resulta necesario tomar en consideración que los estudios tomados como muestra partieron de la declaración inicial de descriptores. En este sentido, podrían incluirse otros, o modificarse los actuales. Ello podría ampliar la muestra investigativa en próximas revisiones sistemáticas en este tema en particular.

Los principales instrumentos encontrados en los estudios centrados únicamente en la evaluación de los TP fueron: IPDE-S (versión jamaiquina); JPDI; S-DIPD-IV; S-PDQ-4; IDCP; PID-5 (versión brasileña). En el caso de los estudios de TP y su comorbilidad con otros trastornos mentales se encontraron: SCID-II; MCMI-II (versión española); e IDCP. Mientras que, en los estudios de adaptación y validación, fueron: IDCP; IDCP-2; PID-5 (versiones original y brasileña); IPIP-NEO;

NEO-PI-R (versión brasileña); SCID-II (versión brasileña); y FFHI.

El instrumento más utilizado fue el IDCP, el cual se encontró en las tres modalidades de artículos incluidos; especialmente en estudios de adaptación y validación de instrumentos de evaluación de los TP (también el IDCP en su versión 2), junto con el PID-5; este último, también aplicado en un estudio centrado únicamente en la evaluación de los TP. Además, se encontraron otros instrumentos desarrollados por los autores de las investigaciones, no validados desde una estandarización en poblaciones, como fue el empleo de la entrevista clínica como *regla de oro*.

Los índices de validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad variaron entre los diferentes instrumentos, pero generalmente se encontraron valores adecuados a las poblaciones hacia las cuales fue dirigido; especialmente el IDCP y el PID-5. No obstante, los valores de especificidad resultaron los que mayores diferencias arrojaron, tomando como referente un mismo instrumento y sus procesos de validación en diferentes poblaciones, así como las tasas de prevalencia identificadas a través de estos. La revisión desarrollada se caracterizó por su heterogeneidad, y evidenció la falta de consenso en la comunidad científica acerca de cuáles instrumentos son los más idóneos para la valoración de los TP en la actualidad.

Conflicto de intereses:

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Contribución de autores:

Conceptualización: Brayan Deivi Pérez Leiva y Elizabeth Jiménez Puig

Curación de datos: Brayan Deivi Pérez Leiva y Elizabeth Jiménez Puig

Análisis formal: Brayan Deivi Pérez Leiva y Elizabeth Jiménez Puig

Investigación: Brayan Deivi Pérez Leiva y Elizabeth Jiménez Puig

Metodología: Brayan Deivi Pérez Leiva y Elizabeth Jiménez Puig

Administración del proyecto: Brayan Deivi Pérez Leiva y Elizabeth Jiménez Puig

Recursos: Brayan Deivi Pérez Leiva y Elizabeth Jiménez Puig

Supervisión: Elizabeth Jiménez Puig

Validación – Verificación: Brayan Deivi Pérez Leiva y Elizabeth Jiménez Puig

Visualización: Brayan Deivi Pérez Leiva y Elizabeth Jiménez Puig

Redacción - borrador original: Brayan Deivi Pérez Leiva y Elizabeth Jiménez Puig

Redacción - revisión y edición: Elizabeth Jiménez Puig

Financiación:

No existieron fuentes de financiación para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. V ed. United States: APA; 2013.

2. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10 ed. Washington, D.C.: OMS; 1995.

3. Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan P. The Stigma of Personality Disorders. Curr Psychiatry Rep. 2016 ; 18 (1): 11.

4. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, et al. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2020 ; 216 (2): 69-78.

5. Bergner RM. What is personality? Two myths and a definition. New Ideas Psychol. 2020 ; 57: 100759.

6. Champel AM. Reorganización estructural de los trastornos de personalidad y medición de su significación clínica [Tesis]. Bellaterra, España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2018. [cited 15 Sep 2021] Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=272934.

7. Riddle M, Meeks T, Alvarez C, Dubovsky A. When personality is the problem: Managing patients with difficult personalities on the acute care unit. J Hosp Med. 2016 ; 11 (12): 1-6.

8. Dhillon S, Bagby RM, Kushner SC, Burchett D. The impact of underreporting and overreporting on the validity of the Personality Inventory for DSM–5 (PID-5): A simulation analog design investigation. Assessment. 2017 ; 29 (4): 473.

9. Kelley SE, Balsis S, Smith ST, Edens JF, Douglas KS, Poythress Jr NG. A dimensional comparison of a self-report and a structured interview measure of conduct disorder. J Pers Disord. 2016 ; 30 (2): 232-41.

10. Samuel DB, Bucher MA. Assessing the assessors: The feasibility and validity of clinicians as a source for personality disorder research. Personal Disord. 2017 ; 8 (2): 104.

11. Quirk SE, Berk M, Chanen AM, Koivumaa-Honkanen H, Brennan-Olsen SL, Pasco JA, et al. Population prevalence of personality disorder and associations with physical health comorbidities and health care service utilization: A review. Personal Disord. 2016 ; 7 (2): 136.

12. Huttona B, Catalá F, Mohera D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. Med Clin. 2016 ; 14 (6): 262-6.

13. Green S, Higgins JPT, Alderson P, Clarke M, Mulrow CD. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. 5.0.1 ed. London: Cochrane Library; 2011.

14. Martin J, Walcott G, Clarke TR, Barton EN, Hickling FW. The Prevalence of Personality Disorder in a General Medical Hospital Population in Jamaica. West Indian Med J. 2013 ; 62 (5): 463-7.

15. Walcott G, Martin J, Hickling FW. The Prevalence of Personality Disorder in a Psychiatric and Substance Abuse Population in Jamaica. West Indian Med J. 2013 ; 62 (5): 458.

16. Samuel DB, Añez LM, Paris M, Grilo CM. The Convergence of Personality Disorder Diagnoses Across Different Methods Among Monolingual (Spanish-Speaking Only) Hispanic Patients in Substance Use Treatment. Personal Disord. 2014 ; 5 (2): 172-7.

17. Carvalho LF, Arruda W. Assessment of Pathological Personality traits in Meditation Practitioners and Non-practitioners. Psychol Assess. 2018 ; 28 (e2804): 1-10.

18. Belli H, Belli S, Ural C, Akbudak M, Oktay MF, Akyuz EF, et al. Psychopathology and Psychiatric Co-morbidities in Patients Seeking Rhinoplasty for Cosmetic Reasons. West Indian Med J. 2013 ; 62 (5): 481-6.

19. Robles H, Mata JL, Sánchez MB, Vera MN, Pegalajara J, Mezcuac A, et al. Coocurrencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad. Revista de Psicología Universidad de Chile. 2016 ; 25 (1): 1-17.

20. Carvalho LF, Arruda W. Association between anxiety and depression symptoms with pathological personality traits. Psicol Caribe. 2016 ; 33 (2): 133-45.

21. Carvalho LF, Pianowski G. Revision of the Dependency Dimension of the Dimensional Clinical Personality Inventory. Paidéia. 2015 ; 25 (60): 57-65.

22. Katz R, Carvalho LF, Myung SJ, Yazigi L. Validity Evidences for the Dimensional Clinical Personality Inventory in Outpatient Psychiatric Sample. Paidéia. 2015 ; 25 (61): 221-28.

23. Carvalho LF, Pianowski G, Reis AM. Development and Diagnostic Accuracy of the Screening of the Dimensional Clinical Personality Inventory. Psicol Ciênc Prof. 2017 ; 37 (4): 1011-24.

24. Carvalho LF, Sette CP, Ferrari BL. Development of a Scale to Measure Histrionic Traits According to the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology. Trends Psychol. 2019 ; 27 (3): 707-20.

25. 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 ; 124 (2): 343-54.

26. Torres JF, Moya FJ, Giner CA, Oliveras MA. Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad. An psicol. 2019 ; 35 (1): 47-57.

27. Palomares N, McMaster A, Díaz M, de la Vega I, Montes A, Carrasco JL. Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la personalidad. Actas Esp Psiquiatr [revista en Internet]. 2016 [cited 15 Sep 2021] ; 44 (6): [aprox. 10p]. Available from: https://medes.com/publication/117378.

28. Carvalho LF, Primi R. Prototype matching of personality disorders with the Dimensional Clinical Personality Inventory. Psic Teor Pesq. 2016 ; 32 (2): 1-9.

29. Carvalho LF, Balbino BD, Primi R. Psychometric properties of the revised conscientiousness dimension of Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). Trends Psychiatry Psychother. 2014 ; 36 (24): 23-31.

30. Carvalho LF, Arruda W. Revisión de la dimensión aislamiento del Inventario Dimensional Clínico de Personalidad. Temas Psicol. 2016 ; 24 (1): 47-61.

31. Carvalho LF, Martins DF. Revisão da dimensão desconfiança do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade. Psico [revista en Internet]. 2017 [cited 15 Sep 2021] ; 48 (2): [aprox. 20p]. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6072969.

32. Carvalho LF, Sette CP. Revision of the Criticism Avoidance dimension of the Dimensional Clinical Personality Inventory. Estud Psicol. 2017 ; 34 (2): 219-31.

33. Carvalho LF. Review Study of the Impulsiveness Dimension of the Dimensional Clinical Personality Inventory. Univ Psychol. 2018 ; 17 (1): 1-11.

34. 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.

35. Bastiaens T, Claes L, Smits D, Clercq BD, Fruyt FD, Rossi G, et al. The Construct Validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a Clinical Sample. Assessment. 2016 ; 23 (1): 42-51.

36. 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 ; 24 (3): 326-36.

37. Ferrer A, Londoño NH, Calvete E, Krueger RF. Las propiedades psicométricas del Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5) en población clínica colombiana. Univ Psychol [revista en Internet]. 2019 [cited 15 Sep 2021] ; 18 (1): [aprox. 30p]. Available from: https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/download/18602/21568.

38. Sanchez RO, Montes SA, Somerstein LD. Inventario de Personalidad para el DSM-5: propiedades psicométricas en población argentina. Estudio preliminar. Interdisciplinaria [revista en Internet]. 2020 [cited 15 Sep 2021] ; 37 (1): [aprox. 34p]. Available from: http://www.ciipme-conicet.gov.ar/ojs/index.php?journal=interdisciplinaria&page=article&op=download&path[]=379&path[]=pdf.

39. Watters CA, Bagby RM. A meta-analysis of the five-factor internal structure of the Personality Inventory for DSM-5. Assessment. 2018 ; 30 (9): 1255-60.

40. Bel AMB-F, Osório FL. The Personality Inventory for DSM-5: Psychometric Evidence of Validity and Reliability—Updates. Harv Rev Psychiatry. 2020 ; 28 (4): 225-37.

41. Reed GM. Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. World Psychiatry. 2018 ; 17 (2): 227.

42. World Health Organization. ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders [Internet]. Geneva: WHO; 2018. [cited 15 Sep 2021] Available from: https://gcp.network/en/private/icd-11guidelines/disorders.

43. Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. BMC Psychiatry. 2018 ; 18 (1): 1-14.

44. Pires R, Henriques J, Sousa A, Bach B, Paulino M, Gama J, et al. The Utility of ICD-11 and DSM-5 Traits for Differentiating Patients With Personality Disorders From Other Clinical Groups. Front Psychiatry [revista en Internet]. 2021 [cited 15 Sep 2021] ; 12: [aprox. 14p]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8085522/pdf/fpsyt-12-633882.pdf.