

Evaluación de los Trastornos de la Personalidad mediante la SCID-II, el TCI-R y el MCMI-II

Assessment of personality disorder (PD) by SCID-II, the TCI-R and the MCMI-II

Alba García-Fontanals¹, Joan Deus^{1,2}

Resumen

La finalidad de este estudio consiste en valorar qué instrumento autoinformado, entre el MCMI-II y el TCI-R, corrobora con más precisión el diagnóstico establecido previamente mediante la SCID-II. El modelo psicobiológico de Cloninger, afirma que las dimensiones de temperamento se asocian a cada uno de los clusters del DSM de forma discriminativa, y las dimensiones de carácter; Autodirección y Cooperación del TCI-R determinan la presencia de un Trastorno de la Personalidad (TP). Cloninger define los TP como perfiles extremos de los rasgos de temperamento asociados a bajas puntuaciones en las dimensiones de carácter. Estudios posteriores ratifican dichas afirmaciones, aunque con algunos matices. La literatura valora el MCMI-II como un instrumento inadecuado para el diagnóstico de TP debido a su baja correspondencia diagnóstica con la SCID-II. La muestra está formada por 31 sujetos a los que se administró la SCID-II, el MCMI-II y el TCI-R. El Cluster A se asocia con baja Dependencia de Recompensa y alta Evitación del Riesgo. El Cluster B se asocia con elevada Búsqueda de Novedad y el Cluster C con elevada Evitación del Riesgo. Las dimensiones de Autodirección y Cooperación del TCI-R presentan una relación en sentido negativo con todos los clusters de la SCID-II. Los clusters y los estilos de afrontamiento y de TP del MCMI-II presentan baja validez convergente y discriminante con cada uno de los clusters evaluados mediante la SCID-II. Los sujetos diagnosticados de un TP, mediante la SCID-II, presentan puntuaciones superiores en los estilos de afrontamiento y TP del MCMI-II. El TCI-R proporciona una mayor validez discriminante entre clusters y permite sugerir con mayor precisión la posible presencia de un TP.

Palabras clave: Trastornos de la Personalidad. Evaluación. MCMI-II. TCI-R. SCID-II.

¹Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

²Unitat de Recerca en Ressonància Magnètica (RM) de CRC-Mar del Hospital del Mar del Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona (PRBB).

Correspondencia: Dra. Alba García-Fontanals
Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona
Unitat de Psicologia Clínica i de la Salut
Edifici B- Campus de la UAB Bellaterra
08290 (Cerdanyola del Vallès) Barcelona.
albagarciaf@hotmail.com

Summary

The aim of this study is to assess which self-reported instrument, whether MCMI-II or TCI-R, corroborates more precisely the previously established diagnosis by means of SCID-II. Cloninger's psychobiological model states that the temperament dimensions are associated with each of the clusters of DSM in a discriminating way. And TCI-R character dimensions, Self-direction and Cooperation, determine the presence of a Personality Disorder (PD). Cloninger defines the PD as extreme profiles of temperament features associated to low scores on character dimensions. Further studies confirm those statements though with some nuances. The literature considers MCMI-II an inappropriate instrument for PD diagnosis due to its low diagnostic correlation with the SCID-II. The sample consists of 31 subjects who were administered the SCID-II, the MCMI-II and the TCI-R. Cluster A is associated with low reward dependence and high Harm Avoidance. Cluster B is associated with high novelty seeking and Cluster C with high Harm Avoidance. TCI-R dimensions of Self-Direction and Cooperation show a negative relation with all clusters in the SCID-II. MCMI-II clusters and coping styles and PD have a low convergent and discriminating validity with each of the clusters evaluated using the SCID-II. Subjects diagnosed with PD by the SCID-II, have higher scores on MCMI-II coping styles and PD. The TCI-R provides better discriminating validity between clusters and allows to suggest more precisely the possible presence of a PD.

Key words: Personality Disorders. Assessment. MCMI-II. TCI-R. SCID-II.

La conceptualización de los Trastornos de la Personalidad (TP) no ha estado ni está exenta de dificultades, ya que los TP han ocupado históricamente una posición diagnóstica secundaria (Millon, 1989a), a pesar de poseer una gran relevancia diagnóstica con gran repercusión en la sintomatología del Eje I. A partir de la aparición del DSM-III (1980), momento en que se incluyó un segundo eje específico para la evaluación de los TP, el interés acerca del desarrollo de instrumentos para la evaluación de los TP empezó a recibir una mayor consideración. El DSM-IV-TR pretende ser ateórico. Es decir, no está presente ninguna teoría subyacente a la clasificación diagnóstica elaborada, evitando cualquier formulación teórica en la organización de los trastornos y de la psicopatología subyacente. *El enfoque diagnóstico utilizado en el DSM-IV-TR representa la perspectiva categorial de que los trastornos de la personalidad constituyen síndromes clínicos cualitativamente distintos* (DSM-IV-TR, 2002) y son evaluados mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-III (SCID-II). Adicionalmente, el modelo dimensional propone que los rasgos de personalidad normal y anormal pertenecen a un mismo continuo, de forma que los TP difieren de

la personalidad no patológica sólo cuantitativamente, y son evaluados generalmente mediante autoinformes. La controversia existente a la hora de considerar a los TP, bien desde una posición dimensional o bien desde una posición categorial, ha generado un debate generalizado para identificar las dimensiones fundamentales que definen el funcionamiento normal y patológico de la personalidad. La notable insatisfacción con la actual conceptualización y definición de los TP del DSM-IV-TR hace evidente que el actual sistema diagnóstico presenta deficiencias que deben ser resueltas y modificadas en concordancia con los nuevos datos empíricos emergentes, fruto de la investigación. Las propuestas dimensionales que están surgiendo en el grupo de trabajo de Personalidad para el DSM-V (Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley y Verheul, 2005) sugieren que se aproximan cambios trascendentales, tanto en la conceptualización de la personalidad como en el sistema clasificatorio actual.

La evaluación de los TP se centra en el uso de instrumentos de autoinforme y entrevistas clínicas. No obstante, en la evaluación de los TP parece haber más consenso sobre los problemas que comporta que sobre las soluciones. El uso de las entrevistas como método de evaluación suele

considerarse más riguroso. Sin embargo, en la práctica clínica su uso suele ser limitado ya que implica un mayor tiempo de evaluación y personal especializado para la realización de la entrevista. En consecuencia, en numerosas ocasiones la evaluación de un TP se reduce a la administración de un autoinforme.

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) son dos instrumentos de evaluación autoinformada ampliamente utilizados en el ámbito clínico. El MCMI-II se deriva del modelo del aprendizaje biosocial de Millon que presenta un total de 13 patrones de personalidad teóricos, que en último término se corresponderían teóricamente con los trastornos oficiales de la personalidad del DSM-III (Millon, 1989b). El TCI-R se deriva del modelo psicobiológico de Cloninger (Cloninger, 1987; Cloninger, Svrakic and Przybeck, 1993) que define los TP como configuraciones multidimensionales extremas y los considera como variantes maladaptativas de rasgos de personalidad normal.

Por lo que se refiere al Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II; Millon, 1987) se ha estudiado (Rennenberg, Chambles, Dowdall, Fauerbach, and Gracely, 1992; Messina, Wish, Hoffman, Nemes, 2001; Marlowe, Husband, Bonieskie, Kirby y Douglas, 1997; Kennedy, Katz, Rockert y Mendolowitz, 1995) la correspondencia entre los diagnósticos procedentes de la SCID-II y el MCMI-II, hallando una baja concordancia entre ambos instrumentos. La literatura apunta a que el MCMI-II no presenta correspondencia diagnóstica con la SCID-II, y muestra la necesidad de realizar una entrevista estructurada para una adecuada evaluación de los TP.

El modelo dimensional de Cloninger (Cloninger et al., 1993) propone definir los TP como perfiles extremos de los rasgos de temperamento asociados con unas bajas puntuaciones en las dimensiones de carácter, lo que producirá un deterioro a nivel personal y social. Cloninger afirma que las dimensiones de carácter, bajas puntuaciones en Autodirección y/o Cooperación, determinarán la presencia o ausencia del diagnóstico de TP. (Svrakic, Whitehead, Przybeck, y Cloninger, 1993; Gutiérrez, Sangorin, Martín-Santos, Torres y Torrens, 2002; Mulder, Joyce, Sullivan, Bulik y

Carter, 1999; Casey y Joyce, 1999). La diferenciación entre cada uno de los clusters del DSM, así como de los principales tipos de TP, viene descrita por el perfil temperamental. Los síntomas del *Cluster A* se asocian con baja Dependencia de Recompensa, los del *Cluster B* con elevada Búsqueda de Novedad y los del *Cluster C* con elevada Evitación del Riesgo. (Svrakic et al., 1993; Mulder et al., 1999).

Debido a que la literatura pone en evidencia la ausencia de un protocolo consensuado para la evaluación de los TP, los objetivos del presente estudio se centran en precisar qué instrumento autoinformado, el TCI-R o el MCMI-II, corrobora mejor el diagnóstico de TP obtenido mediante la SCID-II. Para ello es necesario analizar las dimensiones de temperamento de Cloninger y los estilos de afrontamiento y de TP de Millon, en relación a los *clusters* de personalidad, definidos por la SCID-II; así como analizar el grado de desadaptabilidad de los TP definidos según la SCID-II, mediante las dimensiones de carácter del TCI-R y los estilos de afrontamiento y TP del MCMI-II.

MÉTODO

Participantes

Se trata de un estudio realizado en una consulta privada en una ciudad de la provincia de Barcelona, entre el año 2007 y 2009. Los participantes del estudio fueron seleccionados de una muestra de 90 pacientes tras realizar la primera entrevista. La muestra quedó constituida por 31 sujetos con edades comprendidas entre los 19 y los 73 años de edad ($M=39,16$; $DS=13,51$), 11 hombres (35,5%) con un rango de edad de 19 a 73 años ($M=41,36$; $DS=15,5$ años) y 20 mujeres, con un rango de edad de 20-62 años ($M=37,95$; $DS=12,77$).

Instrumentos de Evaluación

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-IV (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, Benjamin, 1997) es una entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de diez TP del Eje II del DSM-IV (American Psy-

chiatric Association, 1994), así como el Trastorno depresivo de la personalidad y el Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (incluidos en el Apéndice B del DSM-IV, "Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores"). La SCID-II dispone de un Cuestionario de Personalidad auto-cumplimentado, compuesto por 119 ítems, como herramienta de cribado.

La versión revisada del Cuestionario de Temperamento y Carácter de Cloninger (TCI-R; Cloninger, Przybeck, Svrakic, Wetzel, 1994) es un cuestionario de personalidad auto-administrado. Consta de 240 ítems (5 de ellos de control de respuestas válidas) a responder en una escala de Likert de 5 puntos, que mide 7 dimensiones de personalidad (4 dimensiones de temperamento y 3 dimensiones de carácter) según el modelo psicobiológico de Cloninger. Para el actual estudio se administró la versión española del TCI-R, validado en población general española mostrando una fiabilidad en todas las dimensiones superior a 0,77 (Gutiérrez-Zotes, Bayón, Montserrat, Valero, Labad, Cloninger y Fernández Aranda, 2004).

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II; Millon, 2004) es un cuestionario de personalidad autoadministrado, de 175 ítems, de respuesta verdadero-falso. Presenta cuatro escalas de corrección, diez escalas básicas de estilos de afrontamiento, tres escalas de trastornos graves de la personalidad, seis escalas de Síndromes Clínicos y tres de Síndromes Clínicos de gravedad severa. Dicho instrumento presenta unas adecuadas propiedades psicométricas, al mostrar unas estimaciones de fiabilidad con rangos entre 0,51 y 0,75 para las escalas de trastornos de la personalidad (MCM-II; Millon, 2004).

Procedimiento

Los criterios de inclusión fueron que aceptarían voluntariamente, tras firmar un consentimiento informado, ser evaluados con el protocolo de estudio psicopatológico, fueran mayores de 18 años, que durante la primera entrevista clínica no presentaran un estado agudo de trastorno mental, que durante la primera entrevista clínica no mostrarán un cuadro psicótico o de agitación suficientemente severa que limitara la administración del protocolo de exploración psicopatológico pre-

cisado, que durante la primera entrevista clínica no mostraran signos o sospecha de alteración neurológica y, finalmente, que el estado de alteración emocional no fuera una reacción desadaptativa emocional esperable ante un agente vital estresor.

Una vez cumplían los criterios de inclusión se excluyeron aquellos sujetos que mostraron datos no válidos. El proceso de evaluación se realizó en un ambiente confortable, relajado y sin interrupciones. En primer lugar, se realizó una primera entrevista clínica individualizada, en la que se recogieron los datos clínicos relevantes para la anamnesis. Una vez realizada la primera entrevista se realizaron las hipótesis diagnósticas y se valoró si cumplían los criterios de inclusión y exclusión. La evaluación psicológica se realizó en el mismo centro psicológico, en sesión de evaluación, por el mismo psicólogo evaluador controlando las posibles cuestiones que surgieran durante la administración de las pruebas. El protocolo de exploración diseñado se realizó de forma individualizada y, en algunos casos, se administraron aquellas pruebas necesarias para una correcta evaluación y establecimiento de un diagnóstico psicopatológico. El tiempo dedicado a la administración del protocolo fue variable en función de los pacientes, ofreciendo una especial atención en aquellos que pudieran presentar dificultades de comprensión. La administración del protocolo de evaluación se administró de forma media en dos sesiones de evaluación de una hora y media cada una. En la primera sesión de evaluación se administró el MCMI-II y el cuestionario de la SCID-II. En la segunda sesión se administró el TCI-R y la entrevista estructurada de la SCID-II, desconociendo en todos los casos los resultados obtenidos en el MCMI-II. En algunos casos se destinaba una última sesión para administrar otras pruebas psicométricas necesarias para una correcta evaluación psicológica.

Análisis Estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas. Para determinar la relación existente entre los índices de severidad de los *clusters* del SCID-II, con las dimensiones del TCI-R y con los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II, se utilizó la correlación de Spearman. Los índices de severidad de la SCID-

II se obtuvieron a partir del número de criterios puntuados como positivos (puntuación umbral o de 3) para cada TP. Para la comparación, entre el grupo con presencia de TP con el grupo sin TP, se realizó una comparación de medias mediante la *t* de Student para muestras independientes. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos en la SCID-II, se constata que 9 pacientes de la muestra (29%) presentan un TP. Estos se ubican, principalmente, en los TP del *Cluster C*. Existe una mayor prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (16,1%), seguido por el trastorno evitativo de la personalidad (3,2%), el trastorno de personalidad dependiente (3,2%), el trastorno depresivo de la personalidad (3,2%) y el trastorno histriónico de la personalidad (3,2%). La muestra restante no presenta ningún TP (71%).

La Tabla 1 muestra los coeficientes de correlación entre los índices de severidad de la SCID-II agrupados en *clusters* y las dimensiones del TCI-R. Se observa que los síntomas del *Cluster A* presentan una correlación negativa con Dependencia de Recompensa ($r = -0,40$), y positiva con Evitación del Riesgo ($r = 0,38$), ambas estadísticamente significativas. Los síntomas del *Cluster B* presentan una correlación positiva y significativa con

Búsqueda de Novedad ($r = 0,36$) y los síntomas del *Cluster C* presentan una correlación positiva con Evitación del Riesgo ($r = 0,25$). La dimensión de carácter de Autodirección presenta una correlación negativa y significativa con los síntomas del *Cluster A* ($r = -0,42$), y una correlación negativa con el *Cluster B* ($r = -0,26$), y con el *Cluster C* ($r = -0,12$). La dimensión de carácter de Cooperación presenta una correlación significativa y negativa con el *Cluster A* ($r = -0,48$), y una correlación negativa con el *Cluster B* ($r = -0,30$), y con el *Cluster C* ($r = -0,25$).

Los coeficientes de correlación entre los índices de severidad de la SCID-II agrupados en *clusters*, con las variables y *clusters* del MCMI-II se presentan en la Tabla 2. Se observa una correlación positiva entre el *Cluster A* de la SCID-II y el estilo de afrontamiento esquizoide ($r = 0,26$) y pasivo-agresivo ($r = 0,27$). Se objetiva una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el *Cluster A* del SCID-II y el estilo de afrontamiento fóbico ($r = 0,36$), autodestructivo ($r = 0,35$) y el Trastorno esquizotípico de personalidad ($r = 0,58$). El *Cluster B* presenta una correlación positiva con el estilo de afrontamiento histriónico ($r = 0,28$) y narcisista ($r = 0,32$). Se constata una correlación negativa con el estilo de afrontamiento dependiente ($r = -0,35$) y esquizoide ($r = -0,20$). Se objetiva una correlación positiva y estadísticamente significativa con el estilo de afrontamiento antisocial ($r = 0,55$), agre-

Tabla 1

Coefficientes de correlación entre Dimensiones de Personalidad (TCI-R) y el número total de síntomas severos para TP obtenidos en la SCID-II y agrupados en clusters

Dimensiones TCI-R	SCID-II		
	Cluster A	Cluster B	Cluster C
Búsqueda de Novedad	-.172	.369*	-.107
Evitación del Riesgo	.384*	-.063	.256
Dependencia de Recompensa	-.397*	.128	-.086
Persistencia	-.400*	.149	.114
Autodirección	-.421*	-.269	-.123
Cooperación	-.481*	-.300	-.259
Trascendencia	.084	.157	-.153

* $p < .05$

Tabla 2

Coefficientes de correlación entre los clusters, Estilos de afrontamiento y de los Trastornos de Personalidad del MCMI-II, y los clusters de la SCID-II

MCMI-II	SCID-II		
	Cluster A	Cluster B	Cluster C
Esquizoide	.265	-.208	.397*
Esquizotípico	.582*	-.080	.344
Paranoide	.164	.221	.301
Histriónico	-.333	.281	.053
Narcisista	-.229	.322	.143
Antisocial	.040	.557*	.166
Límite	.041	.465*	.399*
Fóbica	.358*	-.029	.457*
Dependiente	.098	-.350	.154
Compulsiva	.122	-.121	.194
Agresivo-Sádica	.192	.663*	.230
Pasivo-Agresiva	.276	.654*	.420*
Autodestructiva	.359*	.303	.535*
Cluster A	.569*	.115	.479*
Cluster B	-.145	.489*	.239
Cluster C	.207	-.251	.314

* $p < .05$

sivo-sádico ($r = 0,66$), pasivo-agresivo ($r = 0,65$) y con el Trastorno límite de personalidad ($r = 0,46$). El *Cluster C* muestra una correlación positiva con el Trastorno esquizotípico de la Personalidad ($r = 0,34$) y el paranoide ($r = 0,30$). Se objetiva una asociación positiva y significativa con el estilo de afrontamiento fóbico ($r = 0,45$), esquizoide ($r = 0,39$), pasivo-agresivo ($r = 0,42$), autodestructivo ($r = 0,53$) y con el Trastorno límite de la personalidad ($r = 0,39$). Se observa una correlación positiva y significativa entre el *Cluster A* del MCMI-II y el *Cluster A* ($r = 0,56$) y *C* ($r = 0,48$) de la SCID-II, y entre el *Cluster B* del MCMI-II y el *Cluster B* de la SCID-II ($r = 0,48$). El *Cluster C* del MCMI-II presenta una correlación positiva con el *Cluster C* ($r = 0,31$) de la SCID-II.

Las medias de las puntuaciones en las dimensiones del TCI-R entre sujetos con y sin trastornos de la personalidad (TP) se observa en la Tabla 3. Los sujetos con TP presentan puntuaciones más bajas, aunque de forma no estadísticamente

significativa, en Autodirección y en Cooperación que los sujetos sin TP.

La Tabla 4 muestra las medias de las puntuaciones de los estilos de afrontamiento y TP, y *clusters* del MCMI-II entre sujetos con y sin Trastorno de la Personalidad (TP), según criterios de la SCID-II. Los sujetos sin TP presentan puntuaciones más bajas en los estilos de afrontamiento y de TP del MCMI-II, y en los *clusters* del MCMI-II. Los estilos de afrontamiento compulsivo y dependiente son los que presentan puntuaciones más elevadas en el grupo de TP.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados del presente estudio se constata que las dimensiones temperamentales del TCI-R poseen capacidad discriminativa entre *clusters*. Adicionalmente, las dimensiones de carácter del TCI-R, Autodirección y Cooperación permiten sugerir la presencia de un TP. Contrariamente, el MCMI-II presenta una baja vali-

Tabla 3

Medias de las dimensiones del TCI-R entre sujetos con y sin Trastorno de la Personalidad según criterios de la SCID-II

Dimensiones TCI-R	Según SCID-II		IC (95%)	p
	Presencia de TP (DS) n=9	Ausencia de TP (DS) n=22		
Búsqueda de Novedad	39,75 (34,64)	55,78 (33,46)	-44,36-12,3	.848
Evitación del Riesgo	56,63 (31,55)	64,17 (28,61)	-32,19-17,09	.498
Dependencia de Recompensa	55,88 (46,30)	53,17 (31,78)	-27,33-32,77	.051
Persistencia	60,63 (30,24)	52,30 (30,06)	-16,95-33,59	.801
Autodirección	35,38 (28,24)	46,22 (26,75)	-33,60-11,92	.804
Cooperación	42,63 (29,54)	45,00 (28,21)	-26,33-21,58	.673
Auto-Trascendencia	34,25 (22,41)	37,43 (22,66)	-22,16-15,79	.510

*p < .05

Tabla 4

Medias de las puntuaciones de los Estilos de afrontamiento y TP, y clusters del MCMI-II entre sujetos con y sin Trastorno de la Personalidad según criterios de la SCID-II

MCMI-II	Según SCID-II		IC (95%)	p
	Presencia de TP (DS) n=9	Ausencia de TP (DS) n=22		
Esquizoide	74,63 (29,29)	57 (15,78)	0,91-34,33	.041*
Esquizotípico	63,25 (11,85)	52,87 (17,63)	-3,41-24,17	.687
Paranoide	66,75 (4,49)	61,96 (23,96)	-12,83-22,41	.020*
Histriónica	58,25 (32,32)	61,83 (23,48)	-25,31-18,16	.357
Narcisista	60,50 (22,88)	52,09 (32,58)	-17,21-34,03	.175
Antisocial	48,25 (29,33)	43,70 (27,36)	-18,83-27,93	.727
Limite	67,50 (13,36)	51,04 (19,72)	1,01-31,89	.087
Fóbica	68 (27,83)	55,61 (24,92)	-9,14-33,93	.640
Dependiente	85,50 (24,21)	69,26 (33,32)	-10,09-42,57	.289
Compulsiva	83,88 (19,37)	72,26 (27,97)	-10,34-33,57	.109
Agresivo-Sádica	68 (16,18)	50,57 (29,83)	-5,37-40,24	.003*
Pasivo-Agresiva	68,88 (17,52)	49,65 (33,62)	-6,40-44,85	.002*
Autodestructivo	77,38 (18,52)	53,26 (23,97)	4,99-43,23	.130
Cluster A	204,62 (35,20)	171,82 (47,09)	-4,57-70,17	.695
Cluster B	234,50 (59,93)	208,65 (91,67)	-45,59-97,29	.094
Cluster C	237,37 (51,82)	197,13 (67)	-13,20-93,69	.720

*p < .05

dez convergente y discriminante en relación a la SCID-II. Sin embargo, los sujetos que presenten un diagnóstico de TP, realizado mediante la

SCID-II, tendrán a presentar puntuaciones iguales o superiores a 85 en alguno de los estilos de afrontamiento y de TP del MCMI-II. Es impor-

tante destacar que el presente estudio compara instrumentos psicométricos basados en modelos diferentes, lo que dificulta la comparación y compromete la validez de los resultados. No obstante, el hecho de que ambos autoinformes no evalúen los rasgos de personalidad de la misma manera que el DSM, no invalida su uso y utilidad clínica.

En el presente estudio, la asociación entre las puntuaciones de las dimensiones del temperamento del TCI-R y las puntuaciones severas obtenidas mediante la SCID-II tiende a ir en la dirección hipotetizada por Svrakic et al. (1993), aunque con algunas divergencias (véase tabla 5).

Así, en el presente estudio se constata que el *Cluster A* presenta una correlación elevada y negativa con Dependencia de Recompensa y positiva con Evitación del Riesgo, el *Cluster B* correlaciona con puntuaciones elevadas y positivas en Búsqueda de Novedad, y el *Cluster C* correlaciona con puntuaciones positivas y elevadas en Evitación del Riesgo. Los resultados sugieren que las

dimensiones de temperamento permiten realizar un diagnóstico diferencial de los *clusters* del DSM con ciertas reservas, ya que Evitación del Riesgo tiende a asociarse con el *Cluster C* y A, indicativo quizá de que dicha dimensión temperamental no sea discriminativa para dichos *clusters*.

Las dimensiones de Autodirección y Cooperación del TCI-R presentan una relación en sentido negativo con todos los *clusters* de la SCID-II. Las correlaciones obtenidas no son lo suficientemente elevadas para ratificar los resultados obtenidos en la literatura, si bien las puntuaciones tienden a caer dentro de la línea planteada por Svrakic et al. (1993). Al comparar las medias en las dimensiones de carácter del TCI-R entre el grupo con TP y otro sin TP, según los criterios del SCID-II, se observa que las dimensiones de carácter son ligeramente inferiores en el grupo sin TP. La baja divergencia entre las puntuaciones de ambos grupos podría explicarse por dos motivos. El primero porque el grupo ausente de TP, si bien no cumple criterios para ser diagnosti-

Tabla 5

Comparación de coeficientes de correlación de las dimensiones de temperamento del TCI-R con los clusters del DSM, entre Svrakic et al. (1993), Gutiérrez et al. (2002), Casey et al. (1999), Mulder et al. (1999) y el presente estudio

	BÚSQUEDA DE NOVEDAD				
	Svrakic (1993)	Gutiérrez (2002)	Casey (1999)	Mulder (1999)	Presente estudio
CLUSTER A	.02	.12	.163	-.06	-.172
CLUSTER B	.44****	.17	.072	.22**	.369*
CLUSTER C	-.06	.14	-.115	-.18**	-.107
	EVITACIÓN DEL RIESGO				
	Svrakic (1993)	Gutiérrez (2002)	Casey (1999)	Mulder (1999)	Presente estudio
CLUSTER A	.23***	.30*	.003	.30***	.384*
CLUSTER B	.08	.26*	.157	.13	-.063
CLUSTER C	.43****	.42***	.567**	.41***	.256
	DEPENDENCIA DE RECOMPENSA				
	Svrakic (1993)	Gutiérrez (2002)	Casey (1999)	Mulder (1999)	Presente estudio
CLUSTER A	-.37****	-.26*	-.284**	-.24***	-.397*
CLUSTER B	-.08	-.25*	-.105	-.02	.128
CLUSTER C	-.04	-.21	.086	-.05	-.086

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

**** $p < .0001$

cado de TP, está formado por población clínica que presenta rasgos de personalidad patológica. En segundo lugar, se debe destacar que el grupo de sujetos con TP es reducido y queda circunscrito a un único *cluster* según criterios DSM.

Los *clusters* evaluados mediante la SCID-II no presentan una correspondencia diagnóstica con cada uno de los *clusters* y los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II de la forma originalmente prevista. El *Cluster B* del MCMI-II es el que presenta mayor validez convergente y discriminante en relación a los otros *clusters*. Un análisis más pormenorizado muestra que todos los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II que corresponden a dicho *cluster* presentan una correlación positiva con el *Cluster B* de la SCID-II. El *Cluster A* del MCMI-II presenta validez convergente con el *Cluster A* de la SCID-II, pero baja validez discriminante. Un análisis más detallado de las correlaciones individuales revela que el Trastorno Esquizotípico presenta una mayor correspondencia con los síntomas del *Cluster A* de la SCID-II. Por contra, el Estilo Esquizoide y el Trastorno Paranoide presentan una correlación más elevada con el *Cluster C* de la SCID-II. Ello puede indicar que los rasgos evaluados del *Cluster A* mediante el MCMI-II presenten una correspondencia con los rasgos evaluados en el *Cluster A* o *C* de la SCID-II, al considerarse que ambos *clusters* se caracterizan por sujetos con aislamiento social, dificultades en la interacción social y, en algunos casos, la desconfianza hacia los demás y la interpretación distorsionada de las relaciones interpersonales. El *Cluster C* del MCMI-II carece de validez convergente y discriminante. Al analizar las relaciones de forma minuciosa se observa que los estilos de afrontamiento del *Cluster C* correlacionan en sentido positivo con el *Cluster A* y *C* de la SCID-II.

La explicación acerca de la falta de concordancia o baja correspondencia diagnóstica entre *clusters*, puede que se deba a que los instrumentos de evaluación recogen información diferenciada (Messina et al, 2001). Millon caracteriza a los TP describiendo los atributos estructurales y procesos funcionales. Estos engloban, a la vez, la presentación conductual, la conducta interpersonal, el estilo cognitivo, la expresión afectiva o la autopercepción, entre otros. Por el con-

trario los ítems de la SCID-II enfatizan los comportamientos no adaptativos del sujeto que puedan ser más observables. Otra posible explicación, es la carencia de sentido que tiene para Millon, la clasificación por *clusters* propuesta por el *Task Force*, careciendo según él de utilidad clínica, y crea una clasificación propia (Millon, 1989).

Los sujetos diagnosticados de un TP, mediante la SCID-II, tienen más probabilidades de presentar puntuaciones tasa base (TB) iguales o superiores a 85 en cualquiera de los estilos de afrontamiento y TP del MCMI-II. En el presente estudio son los estilos de afrontamiento compulsivo y dependiente los que presentaron mayores puntuaciones en el grupo con presencia de TP. Dichas puntuaciones concuerdan con que el grupo con presencia de TP presenta 5 sujetos con diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad, y 1 sujeto con diagnóstico de Trastorno Dependiente de la Personalidad.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se podría proponer que para la evaluación de los TP es aconsejable la utilización de una entrevista estructurada, tipo SCID-II, acompañada de un autoinforme. El presente estudio sugiere que el TCI-R proporciona una mayor validez discriminante entre *clusters* y permite sugerir con mayor precisión la posible presencia de un TP. No obstante, a pesar de que muchos de los resultados del presente trabajo concuerdan con los datos descritos en la literatura previa, este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, el estudio ha sido realizado con una muestra pequeña de pacientes. Se carece de grupo control para comparar la media de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones del TCI-R y del MCMI-II, entre sujetos con y sin TP. La prevalencia de TP, en la presente muestra, es baja y con muy poca variabilidad. En consecuencia, los resultados obtenidos, a pesar de ir en la dirección de la escasa literatura existente, son poco generalizables y deben ser interpretados con prudencia. Sería interesante realizar nuevos estudios con una muestra más elevada y homogeneizada, con alta prevalencia de TP para precisar si las dimensiones de temperamento del TCI-R permiten, además de diferenciar entre *clusters*, precisar el tipo de TP, obtenido mediante un perfil formado por puntuaciones extremas de las dimensiones de temperamento;

ya que hasta el momento las divergencias entre los resultados de los estudios existentes parece atribuibles a la muestra, y es difícil llegar a una conclusión consensuada. En relación al MCMI-II sería interesante disponer de una muestra amplia con alta variabilidad de síntomas severos presentes en la SCID-II, o en cualquier otra entrevista basada en criterios DSM-IV-TR, para valorar la validez convergente y discriminante entre el MCMI-II y el SCID-II, y determinar si las diferencias vienen determinadas por el hecho de valorar rasgos diferentes.

Los resultados del presente estudio permiten concluir:

1. Las dimensiones de temperamento permiten realizar un diagnóstico diferencial de los *clusters* del DSM con ciertas reservas, ya que Evitación del Riesgo tiende a asociarse con el *Cluster C* y *A*, indicativo quizá de que dicha dimensión temperamental no sea discriminativa para dichos *clusters*. El *Cluster B* se define por puntuaciones elevadas en Búsqueda de Novedad.

2. Las dimensiones de Autodirección y Cooperación del TCI-R presentan una relación en sentido negativo con todos los *clusters* de la SCID-II, sugiriendo la posibilidad de que las dimensiones de carácter sean las características comunes de los TP, e indicativas de un funcionamiento maladaptativo.

3. Los *clusters* evaluados mediante la SCID-II no presentan una correspondencia diagnóstica, con cada uno de los *clusters* y los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II, de la forma originalmente prevista. El *Cluster B* del MCMI-II es el que presenta mayor validez convergente y discriminante en relación a los otros *clusters*. El *Cluster A* del MCMI-II presenta validez convergente con el *Cluster A* de la SCID-II, pero baja validez discriminante. El *Cluster C* del MCMI-II carece de validez convergente y discriminante. El MCMI-II presenta una baja validez convergente y discriminante en relación a la SCID-II.

4. Los sujetos diagnosticados de un TP, mediante la SCID-II, tienen más probabilidades de presentar puntuaciones tasa base (TB) iguales o superiores a 85 en cualquiera de los estilos de afrontamiento y TP del MCMI-II.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Texto revisado) (DSM-IV-TR), 2002, Masson, Barcelona.
2. **Casey JE y Joyce PR.:** Personality disorder and the Temperament and Character Inventory in the elderly, *Acta Psychiatrica Scandinávica*, 1999; 100: 302-308.
3. **Cloninger CR.:** A systematic method for clinical description and classification of personality variants, *Archives of General Psychiatry*, 1987; 44: 573-588.
4. **Cloninger CR, Svrakic DM y Przybeck TR.:** A psychobiological model of temperament and character, *Archives of General Psychiatry*, 1993; 50: 975-990.
5. **Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM y Wetzel RD.:** The Temperament and the Character Inventory (TCI): A guide to its development and Use. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, 1994, Washington University.
6. **First MB, Gibbon, M, Spitzer RL, Williams JBW y Benjamin LS.:** Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-IV (SCID-II), 1999 Masson, Barcelona.
7. **Gutiérrez F, Sangorrin J, Martín-Santos R, Torres X y Torrens M.:** Measuring the core features of personality disorders in substance abusers using the temperament and character inventory (TCI), *Journal of Personality Disorders*, 2002; 16: 344-359.
8. **Gutiérrez-Zotes JA, Bayón C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR y Fernández-Aranda F.:** Inventario del Temperamento y el Carácter Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2004; 32: 8-15.
9. **Kennedy SH, Katz R, Rockert W y Mendolowitz S.:** Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A comparison of self-report and structured interview methods, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995; 183: 358-364.
10. **Marlowe DB, Husband SD, Bonieskie LM y Kirby KC.:** Structured interview versus self-report test advantages for the assessment of personality pathology in cocaine dependence, *Journal of Personality Disorders*, 1997; 11: 177-190.
11. **Messina N, Wish E, Hoffman J y Nemes S.:** Diagnosing antisocial personality disorder among substance abusers: the SCID versus the MCMI-II, *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 2001; 27: 699.
12. **Millon T.:** Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II (segunda edición), 2004, Tea Ediciones, Madrid.

-
13. **Millon T y Davis RD.:** Trastornos de la personalidad: conceptos, principios y clasificación. En T. Millon y R. D. Davis (Eds.), Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV, 1989a (pp. 3-84). Masson, Barcelona.
14. **Millon T y Davis RD.:** Teorías de la personalidad: históricas, modernas y contemporáneas. En T. Millon y R.D. Davis (Eds.), Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV 1989b (pp. 37-84). Masson, Barcelona.
15. **Mulder RT, Joyce PF, Sullivan PF, Bulik CM y Carter FA.:** The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences, *Psychological Medicine*, 1999; 29: 943-951.
16. **Rennenberg B, Chambles DL, Dowdall DJ, Fauerbach JA y Gracely E.J.:** The structured clinical interview for DSM-III-R, axis-II and the Millon Clinical Multiaxial inventory- A concurrent validity study of personality-disorders among anxious outpatients, *Journal of Personality Disorders*, 1992; 6: 117-124.
17. **Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR y Cloninger CR.:** Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character, *Archives of General Psychiatry*, 1993; 50: 991-999.
18. **Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley JW y Verheul R.:** Personality disorder research agenda for the DSM-V, *Journal of Personality Disorders*, 2005; 19: 315-338.