

LIBRO DE CAPÍTULOS



III Congreso Nacional de Psicología

3 al 7 Julio 2017 · Oviedo · Asturias



Consejo General
de la Psicología
ESPAÑA



COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Universidad de Oviedo



OVIEDO^{es}
AYUNTAMIENTO



PALACIO DE
EXPOSICIONES Y CONGRESOS
OVIEDO



III Congreso Nacional de Psicología

3 al 7 Julio 2017 • Oviedo • Asturias



Consejo General
de la Psicología
ESPAÑA

ISBN: 978-84-947385-2-4

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD NORMAL Y DE SUS VARIANTES DESADAPTATIVAS

NORMAL PERSONALITY AND MALADAPTIVE VARIANTS ASSESSMENT

Joaquín Colodro-Plaza^{1*}, Juan José López-García¹, Laura Mezquita-Guillamón², Lucía Colodro-Conde^{1,3}
y Manuel Ignacio Ibáñez-Ribes²

¹Universidad de Murcia, ²Universitat Jaume I,

³QIMR Berghofer Medical Research Institute, Australia

Resumen

El modelo de los Cinco Factores (MCF) propone hipótesis para describir la patología de la personalidad y prototipos de los trastornos de personalidad (TP) del DSM. En un estudio ex post-facto hemos elaborado baremos para el recuento de TP-MCF a partir de la adaptación española del NEO PI-R y hemos comprobado la coherencia diagnóstica con el cuestionario IPDE y la validez de los recuentos de TP-MCF en una muestra clínica ($n = 222$) y otra no-clínica ($n = 742$). Las cotas significativas del baremo español fueron superadas por los casos subclínicos detectados con el cuestionario IPDE. Las correlaciones convergentes entre recuentos de TP-MCF y los equivalentes casos subclínicos de TP-DSM fueron estadísticamente significativas y de tamaño mayor que cualquier correlación divergente y la correlación divergente media. El recuento de facetas relevantes en TP-MCF y el baremo español facilitan la comprensión e interpretación de los TP en distintos ámbitos de la psicología aplicada.

Palabras clave: Modelo de los Cinco Factores, Trastorno de personalidad, NEO PI-R, Baremo español.

Abstract

The Five-factor model (FFM) proposes hypotheses to describe personality pathologies and personality disorders (PD) prototypes based on the DSM. In an ex post-facto study we have developed FFM-PD count norms using data from the NEO PI-R Spanish adaptation. Furthermore, the diagnostic agreement with the IPDE questionnaire and the validity of FFM-PD counts was analyzed in a clinical ($n = 222$) and a non-clinical sample ($n = 742$). The FFM-PD benchmarks were highly likely to be exceeded if subjects were classified as a subclinical case in the DSM-PD. Convergent correlations of FFM-PD counts with their equivalent subclinical cases of DSM-PD were statistically significant and outperformed any divergent correlation as well as the average divergent correlations in all FFM-PD. The use of a count technique based on NEO PI-R facets and Spanish FFM-PD normative data facilitate the PD understanding and interpretation in various applied psychology fields.

Key words: Five-Factor Model, Personality disorder, NEO PI-R, Spanish normative data.

Los trastornos de personalidad (TP) son formas peculiares de enfermedad mental, que se manifiestan mediante conductas desadaptadas asociadas a deterioro funcional en el ámbito personal y social. Su tradicional concepción categórica, considerándolos síndromes clínicos cualitativamente distintos unos de

otros, de la personalidad normal y del resto de trastornos mentales, va dando paso a paradigmas dimensionales para analizar y describir la patología de la personalidad, en los que las diferencias entre manifestaciones normales y patológicas se consideran graduales y cuantitativas en lugar de cualitativamente distintas (American Psychiatric Association, 2000, 2013). Una de las alternativas dimensionales con mayor consenso y apoyo empírico es el modelo de los Cinco Factores (MCF), aceptado generalmente como representación

*Correspondencia: Joaquín Colodro Plaza.
GI Psicología del Deporte, Universidad de Murcia.
C.P: 30100, Murcia, España.
E-mail: jcplaza@um.es

MÉTODO

de la estructura de orden superior del continuo de personalidad normal y patológica (Widiger y Costa, 2012). Este modelo propone hipótesis teóricas para describir la patología de la personalidad y prototipos empíricos de los TP en términos de las facetas evaluadas con el cuestionario NEO PI-R (Widiger y Costa, 2013).

Desde comienzos de siglo se ha desarrollado una importante línea de investigación sobre las relaciones entre el MCF y los TP. El metaanálisis, las revisiones tradicionales y el análisis factorial de datos publicados han permitido concluir que existen relaciones robustas entre los TP-DSM y los rasgos de la personalidad, permitiendo caracterizar cada TP con un perfil específico en el MCF (Clark, 2007; O'Connor, 2005; Samuel y Widiger, 2008; Saulsman y Page, 2004). Es posible aprovechar las ventajas de este método dimensional para detección de los TP, entre las que se encuentra el fundamento científico que aporta el modelo predominante sobre la estructura de la personalidad, la base teórica de expertos en la investigación sobre psicopatología de la personalidad y el criterio práctico aportado por expertos en el tratamiento psicológico de los TP (Lynam y Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; Widiger y Costa, 2012). También es relevante el desarrollo metodológico derivado para evaluar los TP a partir de las facetas del NEO PI-R, con técnicas sencillas de aplicar en la práctica diaria y datos normativos para interpretar los resultados obtenidos (Lynam, 2012; Miller, 2012; Miller et al., 2008; Miller, Bagby, Pilkonis, Reynolds y Lynam, 2005). Las aportaciones de esta línea de investigación y de metodología, junto a la evaluación del funcionamiento individual en el plano personal y social, pueden ser de utilidad para describir y diagnosticar los TP contemplados en las dos últimas versiones del DSM (Trull, 2012; Widiger, 2015; Widiger y Costa, 2013).

En este trabajo, motivado originalmente por la necesidad de prevenir la seguridad en actividades subacuáticas, se realiza una aproximación a la investigación sobre la patología de la personalidad ligada al cambio del paradigma categórico de los TP y al empleo de la técnica de recuento de las facetas del NEO PI-R. En primer lugar, hemos desarrollado el baremo español para describir e interpretar los recuentos de TP-MCF en función de su desviación estadística; en segundo lugar, hemos comprobado la utilidad de la técnica de recuento TP-MCF para describir y analizar los TP-DSM, evaluados con el cuestionario de detección IPDE.

PARTICIPANTES

A partir de los estadísticos básicos y la matriz de correlaciones en las facetas de la muestra normativa ($n = 2000$) utilizada en la adaptación española del NEO PI-R (Costa y McCrae, 2008) se han elaborado los datos normativos de los recuentos TP-MCF para cada sexo y muestra total.

Para comprobar la validez de los recuentos TP-MCF, se ha utilizado una muestra compuesta por 742 participantes (63,5% mujeres, con edad media = 23,25, $DT = 3,71$), la mayoría de ellos estudiantes (70%) junto al 19% de trabajadores en activo, 7% desempleados, presentando el 4% restante otras situaciones. Además, hemos contado con una muestra clínica compuesta por 222 pacientes (65,8% mujeres, con edad media = 36,66, $DT = 10,9$); el 37% tenían estudios primarios, el 35% secundarios, el 26% universitarios, sin haber cursado ningún tipo de estudios el 2% restante.

MATERIALES

→ *Examen internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE), Módulo DSM-IV.* Se utilizó la versión española (López-Ibor, Pérez-Urdaniz y Rubio, 1996) del cuestionario de Loranger et al. (1994). Los 77 ítems de respuesta verdadero/falso tienen el objetivo de identificar los 10 TP contemplados en el DSM-IV, definiéndose como caso subclínico la presencia de una puntuación de 3 o más síntomas en cualquier TP.

→ *Inventario de la personalidad NEO Revisado (NEO PI-R).* Se ha aplicado la adaptación española (Costa y McCrae, 2008) del cuestionario original de Costa y McCrae (1992), con la que se obtiene una evaluación de la personalidad del adulto de acuerdo con el MCF. Consta de 240 elementos, a los que se responde según una escala tipo Likert de 5 opciones, que permiten evaluar 5 dimensiones principales (Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad) y sus 30 facetas de personalidad.

→ *Recuentos TP-MCF.* Las estimaciones de los TP a partir de las puntuaciones directas en las 30 facetas evaluadas con el NEO PI-R se han realizado mediante la técnica de cálculo aditivo propuesta por Miller et al. (2005), teniendo en cuenta las facetas relevantes en cada TP y su elevada o baja contribución al prototipo de cada TP-DSM (Lynam y Widiger, 2001; Miller y Lynam, 2008). La Tabla 1 describe la técnica utilizada para estimar los TP-MCF.

Tabla 1

Técnica de recuento de los TP a partir del NEO PI-R

TP	Facetas
PAR	$N2 + E1i + E2i + O4i + O6i + A1i + A2i + A3i + A4i + A6i$
EZD	$E1i + E2i + E3i + E4i + E5i + E6i + O3i + O4i$
EZT	$N1 + N4 + E1i + E2i + E6i + O5 + C2i$
ANT	$N1i + N2 + N4i + N5 + E3 + E4 + E5 + O4 + A1i + A2i + A3i + A4i + A5i + A6i + C3i + C5i + C6i$
LIM	$N1 + N2 + N3 + N5 + N6 + O3 + O4 + A4i + C6i$
HIS	$N4i + N5 + E2 + E4 + E5 + E6 + O1 + O3 + O4 + A1 + C5i + C6i$
NAR	$N2 + N4i + E1i + E3 + E5 + O3i + O4 + A1i + A2i + A3i + A4i + A5i + A6i$
EVI	$N1 + N4 + N5i + N6 + E2i + E3i + E5i + E6i + O4i + A5$
DEP	$N1 + N3 + N4 + N6 + C1i + C5i$
OC	$N1 + N5i + E5i + O3i + O4i + O5i + O6i + C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6$

Nota. Prototipos de TP: Lynam y Widiger (2001), excepto TP Dependiente (Miller y Lynam, 2008).

N1 = Ansiedad, N2 = Hostilidad, N3 = Depresión, N4 = Ansiedad social, N5 = Impulsividad, N6 = Vulnerabilidad, E1 = Cordialidad, E2 = Gregarismo, E3 = Asertividad, E4 = Actividad, E5 = Búsqueda de emociones, E6 = Emociones positivas, O1 = Fantasía, O3 = Sentimientos, O4 = Acciones, O5 = Ideas, O6 = Valores, A1 = Confianza- A2 = Franqueza, A3 = Altruismo, A4 = Actitud conciliadora, A5 = Modestia, A6 = Sensibilidad a los demás, C1 = Competencia, C2 = Orden, C3 = Sentido del deber, C4 = Necesidad de logro, C5 = Autodisciplina, C6 = Deliberación. i: valor de la faceta invertido.

PROCEDIMIENTO

Una muestra de validación se obtuvo en la Universidad Jaume I a partir de los últimos seguimientos de dos estudios prospectivos realizados durante 2009 ($n = 327$) y 2010 ($n = 193$) y de un estudio transversal de 2012 ($n =$

222). Todos firmaron su consentimiento informado para participar, recibiendo 30€ por su colaboración.

La muestra clínica de validación fue obtenida en el servicio ambulatorio del Departamento de Salud Mental del Hospital General de Castellón entre 2005 y 2010, mediante invitación de profesionales sanitarios. Tras firmar su consentimiento informado, realizaron los cuestionarios IPDE y NEO PI-R en dos sesiones.

DISEÑO

En un estudio retrospectivo con diseño de caso-control se han identificado los individuos que reunían los criterios diagnósticos de caso subclínico en los TP-DSM según los datos obtenidos con el cuestionario IPDE.

Las estimaciones de los TP a partir de las puntuaciones directas en las 30 facetas del NEO PI-R se han realizado mediante la técnica de cálculo aditivo propuesta por Miller et al. (2005), comprobando mediante un estudio ex post facto la coherencia diagnóstica respecto a la versión española del IPDE y la validez de constructo de los TP-MCF, calculando el tamaño del efecto tras la transformación de r en z de Fisher.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se resumen los datos normativos de los TP-MCF en la población española; al no hallar diferencias estadísticamente significativas entre las medias de varones y mujeres ($d = 0,11$), se trabaja con el baremo total. Esta técnica y este baremo sirven de estimación y referencia para facilitar la interpretación de los TP en función de la desviación estadística.

La Tabla 3 resume los estadísticos básicos de la estimación de los TP en base a los recuentos TP-MCF en las dos muestras, clínica y no-clínica. La muestra clínica presenta puntuaciones T mayores en los clústeres A y C con tamaños del efecto grandes (Mdn de $d = 1,03$ y $1,12$); la mediana de los coeficientes de consistencia interna en esta muestra ($\alpha = ,71$) indica fiabilidad adecuada.

En la Tabla 4 se analiza la coherencia entre síntomas de TP-DSM y recuentos TP-MCF. Se obtuvo un 73% de acuerdo en la muestra no-clínica y un 93% en la muestra clínica al estimar cualquier TP. Los parámetros de capacidad diagnóstica sugieren una estrecha relación entre estimaciones de TP-DSM y recuentos TP-MCF, siendo la estimación de cualquier TP-MCF en la muestra no-clínica y clínica 4 y 25 veces más probable en un caso subclínico detectado con el cuestionario IPDE.

Tabla 2
Baremo español de los recuentos TP-MCF (n = 2000)

T	PAR	EZD	EZT	ANT	LIM	HIS	NAR	EVI	DEP	OC
99	≥ 210	≥ 201	≥ 163	≥ 350	≥ 222	≥ 319	≥ 264	≥ 247	≥ 157	≥ 353
90	190 192	182 183	149	324 326	203 204	298 300	244 245	227 229	139 140	333 334
80	168 169	162 163	134	295 297	181 182	275 276	222 223	206 207	120 121	310 311
70	146 147	141 142	119	267 269	159 160	251 253	200 201	185 186	101 102	287 288
60	124 125	121 122	103 104	238 240	137 138	228 229	178 180	164 165	81 82	263 265
50	102 103	100 101	88 89	210 212	115 116	204 206	157 158	142 144	62 63	240 242
40	80 81	80 81	73	181 183	93 95	181 182	135 136	121 122	43 44	217 219
30	57 59	59 60	58	153 155	72 73	158 159	113 114	100 101	24 25	194 196
20	35 36	38 40	42 43	124 126	50 51	134 135	91 92	79 80	4 5	171 173
10	13 14	18 19	27 28	96 98	28 29	111 112	69 70	57 59	≤ 3	148 150
1	≤ 3	≤ 1	≤ 14	≤ 72	≤ 9	≤ 91	≤ 51	≤ 39		≤ 129

Tabla 3
Resumen de estadísticos descriptivos, correlación y fiabilidad de los TP-MCF

TP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	M	SD	α_1
1. PAR	1	,47	,57	,58	,50	,36	,74	,32	,40	,10	134,63	27,73	,78
2. EZD	,53	1	,74	,31	,07	,87	,09	,84	,48	,14	130,48	25,80	,77
3. EZT	,57	,66	1	,03	,48	,56	,10	,76	,74	,22	117,02	20,20	,52
4. ANT	,48	,33	,01	1	,43	,45	,90	,47	,03	,53	222,43	34,96	,71
5. LIM	,33	,04	,48	,36	1	,13	,36	,30	,74	,34	157,80	24,75	,70
6. HIS	,47	,86	,45	,44	,25	1	,14	,77	,25	,45	191,87	26,23	,58
7. NA	,72	,04	,15	,86	,23	,04	1	,31	,01	,25	164,52	27,97	,66
8. EVI	,36	,82	,70	,51	,26	,72	,31	1	,71	,17	183,96	28,64	,72
9. DEP	,35	,40	,68	,00	,78	,15	,03	,68	1	,35	136,78	19,88	,82
10. OC	,02	,26	,21	,58	,38	,60	,22	,28	,27	1	225,55	27,66	,84
M	122,16	102,01	98,61	243,74	142,13	217,21	174,43	148,18	84,52	210,59			
SD	23,58	21,57	17,04	29,78	22,27	24,97	23,41	23,86	21,80	26,04			
α_2	,78	,79	,52	,69	,73	,68	,64	,71	,83	,70			

Nota: α_1 y α_2 = consistencia interna (α de Cronbach) en la muestra clínica y no-clínica. Por encima de la diagonal principal: muestra clínica. Por debajo de la diagonal principal: muestra no-clínica

Tabla 4
Coherencia diagnóstica de síntomas TP-DSM y recuentos TP-MCF

	TP M		TP MC		SEN		ESP		VPP		VPN		OR	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
PAR	22	48	25	45	,55	,64	,84	,72	,49	,67	,87	,69	6,28	4,50
EZD	16	58	9	46	,27	,63	,95	,77	,51	,79	,87	,61	7,45	5,64
EZT	17	50	20	58	,52	,75	,87	,58	,44	,64	,90	,70	6,94	4,05
ANT	6	13	38	17	,86	,61	,65	,89	,13	,45	,99	,94	11,14	12,73
LIM	33	60	37	3	,70	,75	,79	,71	,62	,90	,84	,44	8,57	7,33
HIS	47	78	16	64	,22	,04	,89	,01	,65	,01	,57	,41	2,44	
NAR	36	33	24	15	,45	,24	,88	,90	,67	,55	,74	,70	5,82	2,85
EVI	48	76	11	64	,22	,74	,98	,67	,93	,87	,58	,46	18,18	5,81
DEP	24	55	13	77	,33	,89	,93	,36	,59	,63	,81	,72	6,26	4,34
OC	52	71	0	3	,01	,03	1	,97	,67	,71	,48	,29	1,82	1,01

Nota. TP-DSM = porcentaje de casos subclínicos detectados con IPDE; TP-MCF = porcentaje de estimaciones con recuentos TP-MCF; SEN = sensibilidad de TP-MCF en detección de TP-DSM; ESP = especificidad; VPP = valor predictivo positivo; VPN = valor predictivo negativo; OR = odds ratio; M1 = muestra no-clínica; M2 = muestra clínica.

Tabla 5
Validez de constructo de TP-MCF con TP-DSM

TP MC	TP M							
	n 742				n = 222			
	VC	MVD	q	VD>VC	VC	MVD	q	VD>VC
PAR	,49	,32	,20	1	,49	,29	,17	1
EZD	,42	,12	,33	1	,55	,08	,42	0
EZT	,52	,27	,31	1	,55	,24	,26	1
ANT	,44	,17	,32	1	,46	,17	,26	0
LIM	,58	,26	,40	0	,65	,31	,27	0
HIS	,29	,15	,45	2	,46	,09	,34	0
NAR	,50	,21	,34	0	,38	,17	,20	1
EVI	,55	,12	,50	0	,51	,11	,36	0
DEP	,47	,27	,23	1	,55	,25	,25	0
OC	,24	,11	,36	2	,16	,13	,04	3

Nota. VC = Coeficientes de correlación convergente de TP-MCF y TP-DSM. VDM = media de las correlaciones divergentes. q = tamaño del efecto en diferencias de correlación convergente y media de las divergentes. VD>VC = número de correlaciones divergentes superiores a los coeficientes convergentes. Las definiciones operacionales de Cohen para tamaños del efecto pequeño, medio y grande en las diferencias de correlación ($z_1 - z_2$) son q = ,10, ,30 y ,50, respectivamente. Criterio = q > ,10.
p < ,01, *p < ,001 (bilateral).

La Tabla 5 muestra los índices de validez en las dos muestras. Las correlaciones convergentes de TP-MCF presentaron una media de $r = ,45$ con sus equivalentes casos subclínicos de IPDE; además, según lo evidenció el tamaño del efecto ($q > ,10$), fueron estadísticamente significativas, mayores que cualquier correlación divergente (con excepción de HIS-EVI) y superiores a la media de las correlaciones divergentes (con presencia de índices discrepantes aislados).

DISCUSIÓN

Con el fin de evaluar los TP desde una perspectiva dimensional, en la que se conciben como modalidades extremas de los rasgos en el continuo de personalidad normal y patológica, hemos desarrollado el baremo español con la técnica aditiva de TP-MCF (Miller et al., 2005; Widiger y Costa, 2013). El trabajo tiene el mérito de facilitar datos normativos para los recuentos TP-MCF en población española, sin necesidad de utilizar normas específicas de género a la vista de nuestros datos y de comprobaciones previas (Miller et al., 2008).

Este baremo puede ser válido para la investigación básica y la psicología aplicada con muestras españolas, aportando puntos de referencia hasta ahora inexistentes para la interpretación y descripción de los TP (Colodro et al, en prensa). Desde el punto de vista teórico, por un lado, el recuento de TP-MCF puede contribuir a una más completa comprensión de las relaciones y diferencias entre los TP y a una interpretación más precisa de su significado desde la perspectiva del MCF, al conocer las facetas que se conjugan en cada prototipo de TP y disponer de datos normativos en la población española. Desde el punto de vista práctico, por otro lado, el recuento de TP-MCF puede facilitar el proceso de evaluación clínica o conductual al aportar una descripción precisa de las facetas básicas de la personalidad relevantes en cada TP; además, permite comparar las estimaciones TP-MCF con datos normativos que sirven para evaluar con mayor rigor la presencia de patología de la personalidad, utilizando una puntuación estadísticamente desviada en lugar de los múltiples criterios diagnósticos del DSM. Esta información facilita la comunicación de resultados a nivel personal o pericial y evita tanto la estigmatización diagnóstica como las posibles complicaciones legales de la aplicación de cuestionarios psicopatológicos en contextos no clínicos.

Sin embargo, no hay que olvidar que este trabajo se ha realizado con metodología de autoinforme, estando

expuesta a deseabilidad social, y que en la validación se han utilizado muestras de conveniencia, lo que limita la generalización de resultados.

Aunque el paradigma dimensional de los TP se ha desarrollado en el ámbito clínico, hay otros campos de la psicología donde se puede utilizar esta visión integradora de la personalidad normal y patológica. La utilidad de este modelo y de la metodología desarrollada para evaluar los TP se ha comprobado en el ámbito clínico y organizacional, facilitando los procesos de diagnóstico clínico (Miller et al., 2010; Widiger y Presnall, 2013) y de selección de personal (De Fruyt et al., 2009) o contribuyendo a la identificación de conductas laborales contraproductivas (Wille, De Fruyt y De Clercq, 2013). Tanto por la capacidad diagnóstica como por la validez predictiva de la técnica aditiva TP-MCF, la evaluación de los rasgos de personalidad y de sus variantes extremas desadaptativas también puede tener implicación en la prevención de la seguridad en las actividades humanas desarrolladas en el ámbito marítimo.

CONCLUSIONES

El modelo dimensional de los TP-MCF aporta la ventaja de facilitar una visión integradora de la personalidad normal y patológica. La técnica de recuento TP-MCF contribuye a la mejora de la descripción clínica de los TP considerados como variantes desadaptativas de la personalidad normal. El baremo desarrollado proporciona datos normativos específicos y un perfil estandarizado para describir e interpretar los TP desde la perspectiva del MCF, que pueden aprovecharse en estudios españoles de psicología aplicada.

AGRADECIMIENTOS:

Este trabajo contó con recursos económicos de la Generalitat Valenciana (Proyecto GV/2016/158). LCC recibió apoyo de una beca postdoctoral de la Fundación Séneca (19151/PD/13) y una beca del QIMR Berghofer, Australia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*.

- Arlington, VA: American Psychiatric Pub.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257.
- Colodro, J., López-García, J. J., Mezquita, L., Colodro-Conde, L., Ibáñez, M. I., Edo, S., Villa, E. y Ortet, G. (En prensa). Five-factor model of personality disorders: Spanish normative data and validation. *Anales de Psicología*.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (2008). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI): Manual (3ª ed.)*. Madrid: TEA Ediciones.
- De Fruyt, F., De Clercq, B. J., Miller, J., Rolland, J., Jung, S., Taris, R., ... Van Hiel, A. (2009). Assessing personality at risk in personnel selection and development. *European Journal of Personality*, 23(1), 51-69.
- López-Ibor, J., Pérez-Urdaniz, A. y Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de personalidad. Módulo DSM-IV*. Madrid: Meditor.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S., ... Ferguson, B. (1994). The international personality disorder examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215-224.
- Lynam, D. R. (2012). Assessment of maladaptive variants of five-factor model traits. *Journal of Personality*, 80(6), 1593-1613.
- Lynam, D. R. y Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: An expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 401-412.
- Miller, J. D. (2012). Five-factor model personality disorder prototypes: A review of their development, validity, and comparison to alternative approaches. *Journal of Personality*, 80(6), 1565-1591.
- Miller, J. D., Bagby, R. M., Pilkonis, P. A., Reynolds, S. K. y Lynam, D. R. (2005). A simplified technique for scoring DSM-IV personality disorders with the five-factor model. *Assessment*, 12(4), 404-415.
- Miller, J. D. y Lynam, D. R. (2008). Dependent personality disorder: comparing an expert generated and empirically derived five-factor model personality disorder count. *Assessment*, 15(1), 4-15.
- Miller, J. D., Lynam, D. R., Rolland, J.-P., De Fruyt, F., Reynolds, S. K., Pham-Scottet, A., ... Bagby, R. M. (2008). Scoring the DSM-IV personality disorders using the five-factor model: Development and validation of normative scores for North American, French, and Dutch-Flemish samples. *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 433-450.
- Miller, J. D., Maples, J., Few, L. R., Morse, J. Q., Yaggi, K. E. y Pilkonis, P. A. (2010). Using clinician-rated five-factor model data to score the DSM-IV personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 92(4), 296-305.
- O'Connor, B. P. (2005). A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 323-345.
- Samuel, D. B. y Widiger, T. A. (2004). Clinicians' personality descriptions of prototypic personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 286-308.
- Samuel, D. B. y Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1326-1342.
- Saulsman, L. M. y Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1055-1085.
- Trull, T. J. (2012). The five-factor model of personality disorder and DSM-5. *Journal of Personality*, 80(6), 1697-1720.
- Widiger, T. A. (2015). Assessment of DSM-5 personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 97(5), 456-466.
- Widiger, T. A. y Costa, P. T. (2012). Integrating normal and abnormal personality structure: the Five-Factor model. *Journal of Personality*, 80(6), 1471-1506.
- Widiger, T. A. y Costa, P. T. (Eds.) (2013). *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality (3a ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T. A. y Presnall, J. R. (2013). Clinical application of the five-factor model. *Journal of Personality*, 81(6), 515-527.
- Wille, B., De Fruyt, F. y De Clercq, B. (2013). Expanding and reconceptualizing aberrant personality at work: Validity of five-factor model aberrant personality tendencies to predict career outcomes. *Personnel Psychology*, 66(1), 173-223.