

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CLÍNICA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

PERSONALITY DIFFERENCES BETWEEN GENERAL POPULATION AND CLINICAL POPULATION. A BIG FIVE PERSONALITY FACTORS MODEL APPROACH

Roberto Sánchez

roserto@gmail.com

Personalidad. Trastornos de la personalidad. Cinco grandes factores de la personalidad. Listado de adjetivos para evaluar la personalidad.

Personality. Personality disorders. Big five personality model. Adjective Checklist to Personality Assess.

RESUMEN

El Modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad constituye una de las alternativas para complementar, o reemplazar al modelo categorial de los trastornos de la personalidad presente en la última versión del manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. El DSM 5 presenta un modelo dimensional alternativo para los trastornos de la personalidad que ha recibido innumerables críticas de parte de la comunidad científica. En este trabajo se comparan los resultados de evaluar los cinco factores en población clínica con los obtenidos en población general. 56 participantes que solicitaron atención psicoterapéutica fueron evaluados mediante el Listado de adjetivos para Evaluar la Personalidad, instrumento diseñado para ser utilizado en población argentina. Se observan diferencias significativas en amabilidad, responsabilidad, neuroticismo y extraversión. Se analizan estos resultados y se discute su implicancia teórica para el conocimiento de los trastornos de la personalidad.

ABSTRACT

The Big Five Personality Factors model is one of the alternatives to supplement or replaces the categorical model of personality disorders presented in the latest version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). The DSM 5 presents an alternative dimensional model for personality disorders that received a great amount of criticism from the scientific community. In this paper, we compare the results of measuring the five factors in a clinical population with those obtained in the general population. 56 participants who requested psychotherapeutic care were assessed with the Adjectives Checklist for Personality Assessment, an instrument designed to be used in Argentinean population. We observed significant differences in agreeableness, conscientiousness, neuroticism and extraversion. We analyzed these results and discuss theoretical implications for the understanding of personality disorders.

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CLÍNICA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

ANTECEDENTES

1. El Modelo de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad

La descripción y clasificación de los trastornos de la personalidad (TP) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión vigente, el DSM 5 ⁽¹⁾ se realiza mediante un modelo categorial, donde los TP representan síndromes clínicos cualitativamente distintos. Sin embargo, ya desde la época del DSM-IV ⁽²⁾ la nosología oficial reconoce la importancia del acercamiento dimensional. Así en su Introducción puede leerse (pág. XXII):

"Algunos participantes en el proyecto sugirieron que la clasificación del DSM-IV se realizara siguiendo un modelo dimensional, a diferencia del DSM-III-R, que empleó un modelo categorial. El sistema dimensional clasifica los casos clínicos basándose en la cuantificación de atributos (más que en la asignación de categorías) y es de mayor utilidad en la descripción de los fenómenos que se distribuyen de manera continua y que no poseen límites definidos. A pesar de que este sistema aumenta la fiabilidad y proporciona mayor información clínica (ya que define atributos clínicos que pueden pasar desapercibidos en un sistema de categorías), posee serias limitaciones; por esta razón es menos útil para la práctica clínica y la investigación que el sistema de categorías. Las descripciones dimensionales numéricas resultan menos familiares y claras que los nombres de las categorías de los trastornos mentales. Es más, aún no existe acuerdo para la elección de las dimensiones óptimas que deben usarse para clasificar. Sin embargo, es posible que el aumento de la investigación y la familiaridad con los sistemas dimensionales conduzca a una mayor aceptación tanto como método de transmisión de la información como herramienta de investigación."

En el capítulo sobre los trastornos de la personalidad se agrega (pág. 649-650):

"El enfoque diagnóstico utilizado en este manual representa la perspectiva categorial de que los trastornos de la personalidad representan síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una alternativa al enfoque categorial es la perspectiva dimensional de que los trastornos de la personalidad representan variantes desadaptativas de los rasgos de personalidad que se imbrican imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos mismos. Ha habido muchos intentos diferentes de identificar las dimensiones fundamentales que subyacen a la totalidad del campo del funcionamiento normal y patológico de la personalidad. (...)

Las relaciones de los diferentes modelos dimensionales con las categorías diagnósticas de los trastornos de la personalidad y con diversos aspectos de la disfunción de la personalidad siguen siendo activamente investigadas."

Pese a conservar oficialmente la clasificación categorial, el DSM 5 presenta un modelo alternativo dimensional para los trastornos de la personalidad, un intento que resultó fallido y mereció la

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CLÍNICA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

crítica de la comunidad científica, tanto de autores no ligados a los modelos dimensionales ^(3, 4, 5) como de aquellos referentes del modelo ⁽⁶⁾. Si bien el análisis de la propuesta y de las críticas que ha recibido resultan un tópico de interés, escapan a los límites de este trabajo.

La alternativa al enfoque categorial, la perspectiva dimensional, asume que los trastornos de la personalidad representan variantes desadaptativas de rasgos de personalidad que se distribuyen a lo largo de un continuo, con límites imprecisos entre normalidad y patología ^(7, 8). Esta hipótesis que subyace a los modelos dimensionales, que implica que los límites entre los TP y la personalidad normal fueran flexibles, explicaría la presencia de una cantidad considerable de síntomas característicos de los TP en la población general ⁽⁸⁾.

En el camino hacia la elaboración del DSM 5 se analizaron 18 modelos dimensionales ⁽⁹⁾, en la búsqueda de una alternativa superadora a las limitaciones del modelo categorial de los TP. Los diferentes modelos parecen poder ser integrados en una estructura jerárquica común, y la mayoría de ellos se correlacionan en cinco dominios principales: 1) Extraversión-Introversión, 2) Oposicionismo-Amabilidad, 3) Impulsividad-Restricción, 4) Disregulación-Estabilidad emocional, y 5) Convencionalismo-Apertura a experiencia ⁽⁹⁾. Tales dominios resultan muy afines a los propuestos por uno de los modelos dimensionales más destacados del panorama de la Psicología de la personalidad actual: el Modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad (MCF) ^(10, 11, 12, 13, 14, 15). El MCF proporciona un marco útil para entender la personalidad adulta y también ha sido propuesto para comprender la personalidad patológica ^(8, 16, 17, 18, 19). El MCF podría aportar la base para un modelo dimensional de los trastornos de la personalidad, dejando de la lado la propuesta ofrecida por el DSM 5 ⁽¹⁾.

Los "cinco grandes", Neuroticismo (polo opuesto Estabilidad emocional), Extraversión (Introversión), Apertura a la experiencia (Convencionalismo), Amabilidad (Antagonismo) y Responsabilidad (Negligencia), han sido relacionados con la patología psicológica en general, y con los trastornos de la personalidad en particular, desde hace tiempo y de manera consistente en la literatura del área. La mayoría de los TP actualmente existentes se pueden describir mejor en términos de más de un dominio (así, por ejemplo, el trastorno antisocial estaría representado por los dominios antagonismo y desinhibición, el trastorno por evitación por los dominios neuroticismo e introversión, y el trastorno por dependencia por amabilidad y neuroticismo). La representación dimensional de los TP del DSM-IV-TR ⁽²⁰⁾ es más evidente cuando en el modelo aparecen de forma articulada los factores de orden inferior ⁽²¹⁾. En MCF cada dimensión se descompone en seis factores de segundo orden, llamados facetas ⁽¹⁴⁾.

En 1996, Duijsens y Diekstra ⁽¹⁵⁾, encontraron que las dimensiones del MCF se relacionaban con los trastornos de la personalidad, tanto evaluados por el DSM-III-R ⁽²¹⁾ como por la CIE-10 ⁽²²⁾.

Lynam y Widiger ⁽²³⁾ han demostrado que: a) el modelo de los cinco grandes factores puede ser utilizado para describir los trastornos de personalidad clasificados en el DSM; b) los expertos

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CLÍNICA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

pueden consensuar sus descripciones; c) varios acercamientos a dichas descripciones son congruentes entre sí; y d) el modelo de los cinco grandes arrojaría luz sobre las actuales desventajas del modelo categorial, como por ejemplo, la alta comorbilidad entre los trastornos.

Como sostienen Piedmont et al. ⁽²⁴⁾, se reconoce a los TP como variantes extremas de las dimensiones de la personalidad normal, por tanto se esperaría encontrar diferentes de trastornos que se vinculen con cada dimensión de manera particular. Mas la tarea no es tan sencilla. En la bibliografía se reportan diversas relaciones entre los trastornos de la personalidad detallados en el Eje II del DSM y las dimensiones del MCF. Tales divergencias se deben, al menos en parte, a que en el MCF cada dimensión, como se dijo, se descompone en seis facetas. Así, cuando se trabaja al nivel de las facetas pueden aparecer relaciones que no se reflejan cuando se analiza al nivel del factor. Por ejemplo, en el trastorno paranoide de la personalidad aparece elevada la faceta enojo-hostilidad de neuroticismo pero no las restantes. Widiger y Mullins-Sweatt ⁽⁸⁾ presentan una breve descripción de las alteraciones típicas de cada polo de las 30 facetas del modelo, en un intento de relacionar el modelo dimensional de los "cinco grandes" con la patología de la personalidad. Así, la citada faceta de enojo-hostilidad tendría un extremo desadaptativo alto, propio de la persona rabiosa o iracunda, y un extremo desadaptativo bajo, característico de la persona que no protesta ni siquiera cuando es explotada o se aprovechan de ella.

Respecto a la particularidad de los diferentes trastornos de la personalidad, de acuerdo a Burr, Trull y Widiger ⁽²⁵⁾, la mayoría de ellos correlacionaron positivamente con puntuaciones de Neuroticismo y negativamente con Extroversión y Responsabilidad. Piedmont et al. ⁽²⁴⁾ citan conclusiones similares respecto a estos factores, mientras que Grubin, Madsen y Parsons ⁽²⁶⁾ concluyen que Neuroticismo y Amabilidad están fuertemente enlazados con la mayoría de los trastornos de la personalidad.

Los individuos altos en Neuroticismo y bajos en Extroversión evidencian patrones de conducta y pensamiento característicos de múltiples trastornos, lo que hace que éstos sean los dominios con mayor solapamiento con los trastornos de la personalidad del DSM. Caballo, Guillén y Salazar ⁽²⁷⁾, encontraron que el Neuroticismo caracteriza a casi todos los trastornos de la personalidad, con excepción del esquizoide y del dependiente.

Para Burr, Trull y Widiger ⁽²⁵⁾, el Neuroticismo se relaciona positivamente con la mayoría de los trastornos de personalidad, especialmente con el evitativo, el límite, y el paranoide, pero aunque este dominio caracteriza a los trastornos en general, no parece ayudar en la discriminación entre las formas específicas de cada trastorno. La mayoría de los trastornos se relacionan con las diferentes dimensiones del modelo de la siguiente manera: negativamente con Extroversión (en particular el evitativo y el esquizoide); algunos trastornos positivamente con Apertura a la experiencia (especialmente el esquizotípico, el límite y el histriónico); la Amabilidad se relaciona negativamente con los trastornos paranoide, narcisista y antisocial, y positivamente con el

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CLÍNICA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

dependiente; y, finalmente, las puntuaciones de Responsabilidad se correlacionaron negativamente con la mayoría de los trastornos del Eje II (sobre todo con el límite).

La falta de Amabilidad caracterizaría a todos los trastornos de la personalidad excepto al histriónico y al evitativo, con el cual se hallaron relaciones positivas ⁽²⁸⁾. De hecho, las relaciones de dicho rasgo son estadísticamente significativas con todos los trastornos, excepto los trastornos histriónico y obsesivo compulsivo ⁽²⁷⁾.

En líneas generales, el factor de Apertura a la experiencia no ha aparecido significativamente relacionado con los trastornos de la personalidad en la mayoría de los estudios, más allá de ciertos indicios aislados ^(16, 24, 25, 27). De la revisión de Saulsman y Page ⁽¹⁷⁾ surge que, salvo excepciones, este factor no aparece fuertemente relacionado con ningún TP. Para Piedmont et al. ⁽²⁴⁾, este es un hallazgo sorprendente ya que este factor incluye diversas manifestaciones patológicas. Esta ausencia podría deberse a diversas razones: a) a que se manifiesta una relación débil entre este factor y la personalidad patológica ⁽¹⁶⁾; b) a que numerosas características disfuncionales correspondientes a distintos trastornos subyacen a esta dimensión ⁽²⁴⁾; c) a que la nomenclatura diagnóstica oficial no contempla adecuadamente a la Apertura en toda su extensión e implicancias ⁽²⁸⁾. Otra hipótesis para explicar este problema podría derivarse analizando cada TP al nivel de las facetas del factor, posiblemente algunas de ellas correlacionen positivamente y otras negativamente con un trastorno dado y sus efectos tiendan a anularse disminuyendo la correlación (por ejemplo, el trastorno antisocial podría tener elevada la faceta de Acciones y baja la de Sentimientos).

Finalmente, en nuestro contexto, Álvarez, López y Pérez ⁽²⁹⁾ trabajaron con una muestra de población general utilizando el Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad (AEP) ⁽³⁰⁾ para evaluar el MCF y el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE) ⁽³¹⁾ para evaluar los trastornos de la personalidad (existe una versión en castellano de Lopez Ibor Pérez, Urdaniz y Rubio Larrosa, ⁽³²⁾). Las autoras encontraron una serie de correlaciones significativas para los diferentes factores: Amabilidad (negativamente con los trastornos Narcisista, Antisocial y Esquizotípico), Responsabilidad (de manera negativa con los trastornos Dependiente, Histriónico, Antisocial, Esquizotípico y Límite, y de manera directa con el trastorno Obsesivo-compulsivo), Extraversión (negativamente con los trastornos Esquizoide, Evitativo, Obsesivo-compulsivo y Esquizotípico, y de manera positiva con el trastorno Histriónico), Neuroticismo (positivamente con los trastornos Evitativo, Dependiente, Histriónico, Obsesivo compulsivo, Esquizotípico, Límite y Paranoide) y Apertura a la experiencia (de manera negativa con los trastornos Evitativo y Obsesivo-compulsivo, y positivamente con los trastornos Narcisista y Antisocial).

A modo de síntesis, en la siguiente tabla se resumen las relaciones entre los "cinco grandes" y los TP que cuentan con mayor consenso en la literatura científica.

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CLÍNICA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

Tabla 1. Correlaciones frecuentes en la literatura científica entre los factores del MCF y los TP (adaptado de Álvarez, López y Pérez, 2011)

Trastorno/Dimensión	Neur	Extr	Amab	Resp	Aper
Paranoide	+	-	-		
Esquizoide		-			
Esquizotípico	+	-			
Límite	+		-		
Antisocial			-	-	
Histriónico	+	+			+
Narcisista	+		-		
Por evitación	+	-			
Obsesivo-compulsivo	+			+	
Por dependencia	+		+		

Los signos positivos (+) indican correlaciones directas entre el trastorno y la dimensión. Los signos negativos (-) una relación inversa entre el trastorno y la dimensión. Neur: Neuroticismo, Extr: Extraversión; Amab: Amabilidad; Resp: Responsabilidad; Aper: Apertura a la experiencia

2. Evaluación de la personalidad en población clínica según el MCF.

Existe una amplia tradición en el desarrollo de instrumentos para operacionalizar las dimensiones del MCF ⁽¹⁴⁾. En general, esos instrumentos comparten el formato de frases simples para evaluar los diferentes aspectos de los factores. Sin embargo, existe otro formato para evaluar personalidad consistente únicamente en un listado de adjetivos para que la persona responda cuánto lo describe cada uno de ellos. El formato de adjetivos tiene como ventaja la sencilla lectura y comprensión para los participantes, así como también insume poco tiempo de administración ⁽³⁰⁾. Mediante este formato se construyó el Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad (AEP) ^(14, 30, 33), instrumento para evaluar las dimensiones del MCF, y diseñado para ser utilizado en población argentina. Las diferencias culturales y lingüísticas justifican el desarrollo y la utilización de instrumentos que se adapten a los contextos y poblaciones específicas. El instrumento ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas, y corresponderse con el MCF ⁽³⁰⁾ y existen normas, diferenciadas por sexo y edad, para su utilización en tareas de evaluación e investigación ⁽³³⁾.

En este trabajo se evaluó la personalidad en participantes que solicitaban tratamiento psicoterapéutico en un centro privado de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, con el objetivo de comparar esta muestra con la de población general. La hipótesis es que la población clínica obtendrá diferencias significativas en las dimensiones del MCF, de acuerdo a lo reportado por la literatura revisada hasta aquí. En particular, se espera encontrar que la población general presenta mayores valores de Amabilidad, Responsabilidad, y Extraversión, mientras que la población clínica presentaría Neuroticismo más elevado. Respecto a Apertura a la experiencia no

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CLÍNICA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

se estiman diferencias dado que el AEP sólo evalúa al MCF al nivel de factor, no dando información sobre las facetas.

El objetivo del trabajo es proporcionar evidencia empírica que relacione a los "cinco grandes" con la patología psicológica, como un aporte al acercamiento dimensional de los TP. Si bien no puede sostenerse que todos o la mayoría de los participantes de esta investigación tuvieran un TP, si puede hipotetizarse que presentarían ciertos rasgos de personalidad que actuarían disfuncionalmente coadyuvando a la aparición de la patología psicológica.

METODOLOGÍA

Participantes

56 participantes formaron parte de esta investigación. 29 fueron mujeres (51,8%) y 27 hombres (48,2%). La edad media fue de 30,8 años (d.e. 11,1). Los participantes completaron el instrumento como parte de una batería diagnóstica ante un pedido de tratamiento psicoterapéutico.

Instrumento

Para evaluar las dimensiones del MCF se utilizó el Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad (AEP) ^(14, 30, 33). El instrumento consta de 67 adjetivos descriptores de los rasgos del modelo de los "cinco grandes" los cuales deben ser respondidos mediante una escala Likert de cinco puntos que va de 1 ("No me describe en absoluto") a 5 ("Me describe tal como soy"). Los datos fueron procesados con SPSS 19 y ViSta-CITA ⁽³⁴⁾.

RESULTADOS

Se obtuvieron las medias y desvíos estándar de la muestra de población clínica a los efectos de compararla con la de población general ⁽³³⁾. Se realizó una prueba t para muestras independientes a los efectos de evaluar la significatividad de las diferencias de las medias obtenidas. Adicionalmente, se realizó una medida del tamaño del efecto (d de Cohen) para estimar la magnitud de las diferencias halladas. Los resultados se muestran en la tabla 2.

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CLÍNICA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

Tabla 2. Diferencias de medias en los factores del AEP según muestra

Factor	Población general		Población clínica		Sig.	d
	Media	d.e	Media	d.e.		
Amabilidad	3,98	0,49	3,56	0,43	,000	0,87
Responsabilidad	3,71	0,62	3,28	0,69	,000	0,66
Extraversión	3,74	0,67	3,42	0,64	,001	0,49
Neuroticismo	2,94	0,60	3,22	0,54	,001	-0,49
Apertura a la experiencia	3,28	0,67	3,16	0,69	,265	0,16

En la tabla anterior se observa que la población general obtuvo valores significativamente mayores en los factores de Amabilidad, Responsabilidad, Extraversión y Estabilidad emocional (polo opuesto a Neuroticismo). Según la *d* de Cohen esas diferencias fueron entre moderadas (Extraversión y Neuroticismo) y elevadas (Amabilidad y Responsabilidad). No se registraron diferencias significativas en la dimensión de Apertura a la experiencia.

DISCUSIÓN

En líneas generales, los resultados obtenidos confirman las hipótesis de trabajo. De acuerdo a lo esperado, la población clínica obtuvo valores mayores en Neuroticismo y menores en Amabilidad, Responsabilidad y Extroversión. En todos los casos esas diferencias fueron significativas. No se observaron diferencias en Apertura a la experiencia. Respecto a la importancia de las diferencias halladas, más allá de su significatividad, se observa que las mismas fueron moderadas en el caso de Extraversión y Neuroticismo, y elevadas en Responsabilidad y Amabilidad. En principio, se esperaría mayores diferencias en Neuroticismo y en Extraversidad que estos factores están presentes en casi todos los TP. Sin embargo, no hay que considerar que los participantes de la muestra clínica presentan todos un TP, pero si resulta más probable que presenten rasgos desadaptativos (que no lleguen a constituir un trastorno) de inestabilidad emocional y de introversión.

Para avanzar en el análisis de estas relaciones, y para clarificar su alcance, se debería contar con un mayor número de participantes de población clínica, y esta es una de las limitaciones de este trabajo. Esto cobra particular importancia si se considera que existen diferencias significativas de acuerdo al sexo y a la edad en los diferentes factores ⁽³³⁾. En particular, las mujeres muestran mayores puntajes en Amabilidad, Extraversión y Neuroticismo (si bien en los dos primeros casos el tamaño del efecto de esas diferencias es baja), mientras que los hombres

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CLÍNICA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

registran mayores valores en Apertura a la experiencia. Respecto a la edad, los jóvenes (menores de 30 años) presentan mayores valores en Apertura a la experiencia, y menores en Amabilidad y Responsabilidad. En los restantes factores, Extraversión y Neuroticismo, si bien se observan diferencias significativas, las mismas no son de magnitud considerable de acuerdo al tamaño del efecto. Otra de las limitaciones de este trabajo, entonces, está dada por la imposibilidad de comparar medias de acuerdo a sexo y edad, dado el número de participantes.

Pese a las limitaciones expresadas en el párrafo anterior, este trabajo muestra resultados de interés para sostener la hipótesis de que el MCF es una opción válida para el diagnóstico de los TP en futuras ediciones del DSM. Esto es así ya que se encontraron diferencias similares a las reportadas por la literatura al comparar población clínica con población general. En función de estos resultados puede sostenerse que las personas que consultan por atención psicoterapéutica muestran diferencias de personalidad en los rasgos del MCF. Como se dijo, no debe sostenerse que todos estos participantes presentaban un TP, pero desde la perspectiva dimensional tal diferencia es relativa ya que lo que se busca es definir diferentes perfiles dimensionales que expresen una patología de la personalidad y no un diagnóstico categórico. Por otro lado, debe considerarse que el AEP es un instrumento diseñado para evaluar personalidad normal, y que no se cuenta con otros datos (como ser informes de los terapeutas o resultados de la aplicación de instrumentos categoriales de personalidad patológica) que permitan precisar las relaciones observadas.

En síntesis, si bien los resultados son prometedores para la hipótesis que relaciona los "cinco grandes" con la patología de la personalidad, deben complementarse con otros análisis que comprendan una muestra mayor de población clínica y que cuenten con mayor información respecto a la patología que presentan los participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
2. American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
3. Frances, A. (2010). Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions for DSM5. *Psychiatr Times, feb 11*, <http://www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341>.
4. Limandri, B. (2012). The Plight of Personality Disorders in the DSM-5, *Issues Ment Health Nurs, 33, 9*, 598-604.
5. Shedler, J. et al. (2010). Personality Disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry, 167, 9*, 1026-1028.

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CLÍNICA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

6. Widiger, T. (2011). A Shaky Future for Personality Disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 1, 54-67.
7. Widiger, T.; Trull, T.; Clarkin, J.; Sancerson, C.; & Costa, P. (2002). A Description of the DSM-IV Personality Disorders with the Five-Factor Model of Personality. En *Personality disorders and the five-factor model of personality (2nd ed.)*. En Costa, Paul T. Jr. y Widiger, Thomas A., (Ed) (pp. 89-99). Washington: American Psychological Association.
8. Widiger, T.; & Mullins-Sweatt. (2007). Five-Factor Model of Personality Disorder: A Proposal for DSM-V. *Annu Rev Clin Psychol*, 5, 197-220
9. Widiger, T.; & Simonsen, E. (2005). Alternative Dimensional Models of Personality Disorder. *J Pers Disord*, 19, 2, 110-130.
10. Costa, P.; McCrae, R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *J Pers Disord*, 4, 362-371.
11. O'Connor, B. y Dyce, J. (2002). Tests of general and specific models of personality disorder configuration. En Paul T. Costa y Thomas A. Widiger (Ed.) *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 223-246). Washington, DC: American Psychological Association.
12. John, O., Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. En L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102-138). New York: Guilford.
13. McCrae, R.; & Costa, P. (1999). A five-factor theory of personality. En L. Pervin y O. P. John (Eds.), *Handbook of personality (2nd ed.)* (pp. 139-153). New York: Guilford Press.
14. Sanchez, R.; Ledesma, R. (2007). Los cinco grandes factores: cómo entender la personalidad y como evaluarla. En A. Monjeau (Ed.) *Conocimiento para la transformación* (pp. 131-160). Mar del Plata: Ediciones Universidad Atlántida Argentina.
15. Digman, J. (2002). Historical antecedents of the Five - Factor Model. En Costa, P.; Widiger, T. (Ed.), *Personality disorders and the Five - Factor Model of Personality* (pp. 3-14). Washington, DC, US: American Psychological Association.
16. Duijsens, I.; & Diekstra, R. (1996). DSM-III-R and ICD-10 Personality Disorders and their Relationship with The Big Five Dimensions of Personality. *Pers Individ Dif*, 21, 1, 119-133.
17. Saulsman, L.; & Page, A. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 23, 1055-1085.
18. Widiger, T. (2004). Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. *J Res Pers*, 39, 67-83.
19. Widiger, T.; & Frances, A. (2002). Toward a dimensional model for the personality disorders. En Costa, P.; Widiger, T. (Ed.), *Personality disorders and the Five - Factor Model of Personality* (pp. 23-44). Washington, DC, US: American Psychological Association.

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CLÍNICA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

20. American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson. (Original publicado en 2000).
20. Widiger, T. y Mullins – Sweatt, S. (2007). Modelos categoriales y dimensionales de los trastornos de la personalidad. En Oldham, J.; Skodol, A.; Bender, D. (dir.) *Tratado sobre los trastornos de la personalidad* (pp. 37-55). Barcelona: Masson. (Original publicado en 2005).
21. American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., Revised)*. Washington, DC: Author.
22. Organización Mundial de la Salud. (2002). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud 10ª revisión, CIE-10*. Madrid: Meditor. (original publicado en 1992).
23. Lynam, D. y Widiger, T. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *J Abnorm Psychol*, 110, 3, 401-412.
24. Piedmont, R.; Sherman, M.; Sherman, N.; Dy-Liacco, G.; Williams, J. (2009). Using the Five – Factor Model to identify a new personality disorder domain: the case for experiential permeability. *J Pers Soc Psychol*, 96, 6, 1245-1258.
25. Burr, R.; Trull, T. y Widiger, T. (2001). A structured interview for the assessment of the five-factor model of personality: facet-level relations to the Axis II personality disorders. *J Pers*, 69, 2, 175-178.
26. Grubin, D.; Madsen, L. y Parsons, S. (2006). The relationship between the five-factor model and DSM personality disorder in a sample of child molesters. *Pers Individ Dif*, 40, 227-236.
27. Caballo, V.; Guillén, J. y Salazar, I. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40, 319-327
28. Widiger, T.; Costa, P. Jr.; (2002). Five-factor model personality disorder research. En Costa, P.; Widiger, T. (Ed.), *Personality disorders and the Five – Factor Model of Personality* (pp. 59-87). Washington, DC: American Psychological Association.
29. Álvarez, R.; López, C.; & Pérez, C. (2011). *Estudio de la relación entre los Cinco Grandes Factores de la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad*. (Tesis inédita de licenciatura). Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.
30. Ledesma, R., Sánchez, R.; Díaz, C. (2011). Adjective Checklist to Assess the Big Five Personality Factors in the Argentine Population, *J Pers Assess*, 93, 1, 46-55.
31. Loranger, A., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R., Ferguson, B., Jacobsberg, L., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. y Regier, D. (1994). *The International Personality Disorder Examination, IPDE. The WHO/ADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders*. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 215-224.
32. López-Ibor, J., Pérez Urdaniz, A. y Rubio Larrosa, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Modulo DSM-IV y CIE-10*. Madrid: Meditor.

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CLÍNICA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

33. Sanchez, R. ; & Ledesma, R. (2013). Listado de Adjetivos para Evaluar Personalidad: Propiedades y normas para una población argentina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22,2, 147-160.
34. Ledesma, R., y Molina, J. (2009). Classical Item and Test Analysis with Graphics: the ViSta-CITA Program. *Behav Res Methods*, 4, 1161-1168.