

I. Modelos dimensionales alternativos de TP

Thomas Widiger, PhD, y Eric Simonsen, MD

El reconocimiento de las limitaciones del modelo categorial de Trastornos de personalidad (TP) llevó al desarrollo de propuestas alternativas para una clasificación dimensional. El propósito de este artículo es sugerir que la investigación

del futuro vaya hacia la integración de estas propuestas en una estructura jerarquizada. Se ilustra la potencial integración utilizando los constructos de algunos modelos dimensionales existentes.

I. 18 propuestas, 4 estrategias (tabla 1)

Tabla 1. 18 alternativas de modelos dimensionales de TP

Autores	Instrumentos	Abreviatura
<i>A) Representaciones dimensionales de los constructos diagnósticos existentes</i>		
Oldham-Skodol, 2000	Cualquier instrumento existente para TP	
Tyrer-Johnson, 1996	Listado de evaluación de personalidad	PAS
Westen-Schedler, 2000	Procedimiento de evaluación de Schedler y Westen	SWAP200
<i>B) Reorganización dimensional de los criterios diagnósticos</i>		
APA, 2000	Cualquier instrumento para los cluster existentes	
Livesley, 2003	Cuestionario básico de evaluación de patología de la personalidad	DAPP-BQ
Clark, en imprenta	Listado para personalidad adaptativa y no adaptativa	SNAP
Harkness-McNulty, 1994	Personalidad y Psicopatología V	PSY-5
Schedler-Wester, 2004, b	Procedimiento de evaluación de Schedler y Westen	SWAP200
<i>C) Integración de los ejes I y II a partir del espectro clínico común de disfunción</i>		
Siever-Davis, 1991	Ninguno	
Krüeger, 2002	Ninguno	

D) Integración de los ejes I y II respecto a la estructura general de la personalidad

Wiggins, 2003	Cualquier medición del complejo interpersonal	IPC
Tyrer, 2000	Listado de evaluación sobre personalidad	PAS
Eysenck, 1987	Cuestionario de personalidad de Eysenck	EPQ-EPP
Eysenck, 1987	Perfil de personalidad de Eysenck	EPP
Costa McCrae, 1992	Inventario de Personalidad revisado	NEO-PI-R
Zuckerman, 2002	Cuestionario de personalidad de Zuckerman	ZKPQ
Cloninger, 2000	Inventario de temperamento y carácter	TCI
Millon, 1996	3er Inventario multiaxial clínico de Millon	MCMI-III
Millon, 1996	Índice de estilos de personalidad de Millon	MIPS
Tellegen-Waller, 1987	Cuestionario multidimensional de personalidad	MPQ

Las 18 propuestas de modelos dimensionales seleccionadas, pueden ordenarse según la estrategia básica utilizada por cada modelo.

A. Representaciones dimensionales de constructos existentes

Esta estrategia, al proveer perfiles dimensionales de las actuales categorías diagnósticas, facilita la transición hacia una clasificación dimensional. Su limitación es que al no incluir otras dimensiones (probablemente fundamentales) presentes en los TP actuales, contribuye a la co-ocurrencia de TP.

B. Reorganización dimensional de criterios diagnósticos

Esta estrategia reclasifica los actuales grupos de criterios diagnósticos en dimensiones empíricas más útiles en la clínica. Los 3 clusters del DSM-IV son un ejemplo incompleto pues no logran reorganizar los grupos de criterios en una estructura más coherente.

C. Integración de ejes I y II a partir del espectro clínico común de disfunción

Esta estrategia intenta identificar el espectro común de disfunción que subyace en los actuales diagnósticos de TP, trastornos afectivos, ansiedad, Abuso de sustancias, y otros.

D: Integración de ejes I y II a partir de la estructura general de la personalidad

Como está demostrado que hay muchos síntomas de TP presentes en la población general, esta estrategia considera la posibilidad de un continuo entre los TP y el funcionamiento normal de la personalidad.

II. Dominios de primer orden

Teniendo en cuenta que cada modelo tiene aspectos útiles y que todos los modelos citados intentan hacer lo mismo (identificar las dimensiones fundamentales del funcionamiento no adaptativo de la personalidad, subyacentes en todas las categorías diagnósticas existentes), los autores del próximo DSM-V deberían integrar estos modelos en una representación integradora que incluya los aportes y ventajas de cada modelo. La mayoría de los rasgos y conductas descritos por los 18 modelos pueden reordenarse en una estructura con cuatro niveles jerárquicos. (1) Internalización-externalización (Krueger 2002, Achenbach 1966); (2) Los 5 grandes factores de funcionamiento normal de la personalidad (Costa McCrae); (3) Escalas de rasgos; y (4) Síntomas conductuales (criterios diagnósticos).

Modelos dimensionales alternativos de TP

En la tabla 2 se observa cómo las dimensiones de la mayoría de los modelos 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.

No se incluyen las capacidades adaptativas polares de Millon porque no hay estudios (excepto uno de Millon) que demuestren su correlación con el resto de dimensiones, y porque además está bien absorbido por el **modelo de los 5 factores (MCF)**. Tampoco se incluye el SWAP-200 porque faltan pruebas que garanticen una correlación congruente. Un objetivo de investi-

gación sería integrar estos modelos al resto. Esta tabla tampoco incluye propuestas para un perfil dimensional de las actuales categorías existentes, puesto que no se refiere a estructuras patológicas sino a dimensiones de funcionamiento (adaptativo y no adaptativo) que cruzan a través (y más allá) de todas las categorías diagnósticas existentes. Algunos TP están suficientemente descritos por un solo dominio (por ejemplo, TP Esquizoide por Introversión y TP Obsesivo por Compulsividad), pero la mayoría de los TP están mejor descritos en términos de más de un dominio (por ejemplo, TP Antisocial por Oposicionismo y Desinhibición; TP Evitativo por Neuroticismo e Introversión; y TP Dependiente por Neuroticismo y Amabilidad).

Tabla 2. Alineación de modelos dimensionales alternativos: dominios de primer orden

Instrumentos	Extraversión-Introversión	Oposicionismo-amabilidad	Compulsividad-Impulsividad	Disregulación/estabilidad emocional	Apertura a experiencia/Convencionalismo
DAPP-BQ	<Inhibición	Disocial	Compulsividad	Disreg. Emocional	
NEO-PIR	Extraversión	Antagonismo	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura
SNAP MPQ	Afectividad positiva	(<i>Afect. Negativa</i>)*	Restricción	Afectividad Negativa	
PSY-5	Emocionalidad positiva	<i>Agresividad</i> *	Restricción	Emocionalid. negativa	<i>Psicoticismo</i> *
IPC	Acción, afiliación				
MCMII-III	<repliegue	Agresividad	Restricción	Neuroticismo	
EPQ-EPP	Extraversión	Psicoticismo		Neuroticismo	
ZKPQ	<i>Sociabilidad</i> *	<i>Agresiv. Hostilidad</i> *	Baja impulsividad	Neuroticismo	
PAS	<i>Actividad</i> *	Antisocial.		<i>Inhibición</i> *	
	<repliegue	Baja depend			
Siever-Davis	< <i>inhibición</i> *	<i>Agresividad</i> *, < impulsividad		<i>Inestab. Afectiva</i> *	<i>Cognitivo-perceptivo</i>
				<i>Inhibición-ansiedad</i> *	
		<cooperación	<i>Persistencia</i> *	<i>Evitación del daño</i> *	
			< <i>búsqueda, novedad</i> *		
TCI					
	Dep. recompensa		Autodirección		<i>Trascendencia</i> *

*En cursiva, cuando describen dominios más estrechos; entre paréntesis, cuando están más relacionadas con otro dominio.

Dominio 1: ¿Extraversión-Introversión?

Es evidente que la mayoría de los modelos incluyen un dominio relacionado con la Extraversión (sociabilidad, actividad, emocionalidad positiva) y la Introversión (inhibición, repliegue, emocionalidad negativa), destacando el contraste entre ser gregario, hablador, asertivo, activo; o ser replogado, aislado, introvertido y anhedónico.

Se incluye en este dominio la Afectividad positiva, pues puede ser la fuente motivacional para la activación de la extroversión (Pickering-Gray, 1999, «Sistema activador de la conducta»). Sería una importante decisión elegir los términos más adecuados para cada dominio. Sociabilidad y Actividad (ZKPQ) e Inhibición (Siever y Davis) están en cursiva pues cubren un espectro más estrecho. Acción y Afiliación están entre dos dominios pues combinan extraversión y amabilidad. Extraversión tiene más peso que Acción y Afiliación, pues éstos últimos cubren un rango más estrecho (se puede ser extrovertido sin ser dominante pero no al revés). Aunque estén alineados en el mismo dominio y aunque sean términos semejantes, no indican necesariamente lo mismo (por ejemplo, Eysenck y Costa-McCrae otorgan significados no idénticos a Extraversión), sin embargo comparten lo esencial.

Dominio 2: ¿Oposicionismo-Amabilidad?

La mayoría de los modelos dimensionales también incluyen rasgos referidos al Oposicionismo (agresividad, rasgos disociales, hostilidad, baja cooperación), destacando el contraste entre ser suspicaz, arrogante, ventajero, agresivo, opositor, insensible y manipulador; y ser sincero, complaciente, amable, modesto, dependiente, diligente y empático.

El PSY-5 y el ZKPQ tiene descriptores que representan este dominio en un rango más estrecho (por ello van en cursiva en la tabla 2), limitado la agresividad al ámbito interpersonal, mientras que otros modelos incluyen componentes adicionales (desconfianza, arrogancia, manipulación, decepción, suspicacia).

El descriptor Psicoticismo puede dar lugar a confusión. Según Eysenck incluye desinhibición impulsiva y agresividad interpersonal (por ello se alinea entre el segundo y tercer dominios, semejante a Agresividad de Siever y Davis); mientras que según el PSY-5 incluye solamente aberraciones cognitivas y perceptivas. Este es otro ejemplo de los diferentes significados que puede tener un mismo término. El MPQ y el SNAP, al considerar que ser suspicaz, desconfiado y manipulador, implica Afectividad negativa, no incluyen este dominio del funcionamiento de la personalidad. El MPQ incluye una escala de agresividad dentro del dominio de la Emocionalidad Negativa, y el SNAP incluye escalas de desconfianza, manipulación y agresividad bajo el dominio de Afectividad Negativa.

Dominio 3: ¿Compulsividad - Impulsividad?

Todos los modelos (exceptuando IPC y PAS) incluyen un dominio relacionado con el control y la regulación de la conducta (restricción, compulsividad, responsabilidad), opuesto a impulsividad y desinhibición. El individuo disciplinado, cumplidor, responsable, deliberante, adicto al trabajo, orientado a metas, contrasta claramente con el irresponsable, laxo en valores, impulsivo, negligente y hedonista.

Para el SNAP y el MPQ, Compulsividad incluye aspectos de oposicionismo. El PAS incluye rasgos de Compulsividad en el dominio Inhibición (cuarto dominio), más definido por rasgos de ansiedad y disforia. El IPC, al manejarse solamente en dos dimensiones interpersonales (acción y afiliación, en los dos primeros dominios), no incluye rasgos del resto de dominios. Evitación del daño es otro ejemplo de diferentes significados de términos iguales: según el TCI es la inhibición ansiosa de la conducta (cuarto dominio en la tabla 2), mientras que para el MPQ es la restricción de conductas impulsivas (baja evitación del daño implicaría conductas desinhibidas e impulsivas, por lo que se coloca en el segundo dominio).

Dominio 4: ¿Disregulación emocional - Estabilidad emocional?

Todos (excepto el IPC) los modelos incluyen un dominio referido a la estabilidad emocional, también descrita como Afectividad negativa y Neuroticismo. El individuo ansioso, deprimido, enfadado, abatido, lábil, desolado, consciente de sí mismo y vulnerable, contrasta con el estable, seguro de sí mismo, invulnerable, calmo, embaucador, sin vergüenza e invencible. Siever-Davis, al diferenciar Ansiedad e Inhibición de la Inestabilidad afectiva, representan este dominio en dos subgrupos más estrechos (en cursiva en la tabla 2).

Dominio 5: ¿Apertura a la experiencia - Convencionalismo?

Solo cuatro modelos incluyen este quinto dominio, caracterizado por Apertura del MCF, Poco convencional de Tellegen-Waller (no incluido en la tabla 2), Psicoticismo del PSY-5 y espectro cognitivo-perceptual de Siever y Davis (los dos últimos en cursiva por tener una cobertura más estrecha del dominio, puesto que sólo se refieren a percepciones aberrantes e ilusiones). Algunos modelos tienen subescalas que se relacionan con este dominio (Percepciones excéntricas en el SNAP; Distorsiones cognitivas y perceptivas en el DAPP- BQ, y Absorción en el MPQ). Análisis factoriales demuestran que cuando el dominio se limita a cogniciones y percepciones aberrantes, puntúa en otros dominios (casi siempre en afectividad negativa), o define un factor tan insignificante que resulta poco identificable (Es el más pequeño del MCF). Es posible que las percepciones y cogniciones aberrantes no puedan incluirse en un modelo dimensional de funcionamiento de la personalidad normal, sino como parte del espectro esquizofrénico (Tal como sugiere la CIE 10 para el TP Esquizotípico).

Hay suficientes datos empíricos que sostienen la convergencia de estos modelos (Clark, 1996; Austin-Deary, 2000); Livesley-Jang-Vernon, 1998; Markon, 2005; Muldler-Joyce, 1997,

O'Connor-Dyce, 1998; Tyrer-Alexander 1979). El análisis factorial de las subescalas del DAPP-BQ y del SNAP lleva a una solución consistente de 4 factores que se corresponden con los primeros cuatro dominios: Neuroticismo (afectividad negativa), Extraversión (afectividad positiva), Oposicionismo y Compulsividad (restricción). Tres razones principales pueden incidir en la falta de acuerdo entre los autores de estos modelos para elegir los mejores nombres para cada dominio: a) ningún nombre define óptimamente el dominio; b) algunos modelos acentúan más las variantes normales (NEOPI-R y TCI) mientras que otros se limitan a variantes anormales (DAPP-BQ y SNAP); c) cada modelo define el dominio de manera más o menos estrecha.

III. Rasgos y síntomas de segundo orden

La mayoría de los modelos incluyen escalas de rasgos (segundo orden), relacionadas empíricamente con cada uno de los dominios mayores. Incluir a todas sería redundante, pero es posible seleccionar aquellas que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Incluir rasgos normales
- b) Evitar el solapamiento de rasgos
- c) Cubrir todo el dominio
- d) Representar todos los modelos
- e) Relevancia clínica
- f) Familiaridad y facilidad de uso
- g) Representación bipolar jerarquizada (valores bajos, normales y altos).

Pese a que el resto de la medicina se maneja en términos de bipolaridad (ambos extremos traen consecuencias no adaptativas, por ejemplo, la tensión arterial baja y alta traen consecuencias perjudiciales), el DSM-IV no cumple adecuadamente con el requisito de bipolaridad (por ejemplo, no hay variables desadaptativas de Inteligencia alta ni de Compulsividad baja). Cualquier estructura jerarquizada de dominios de primer orden y rasgos de segundo orden exige valores bipolares. Por ejemplo, en el SNAP, en el

dominio Compulsividad, Impulsividad puntúa negativamente y Tenacidad positivamente; en el dominio Afectividad Positiva, Exhibicionismo puntúa positivamente y Desapego negativamente. Lo mismo ocurre con los modelos que han creado sus escalas a partir de los grupos de criterios diagnósticos del DSM-IV. Wiggins y Pincus (1989) ya demostraron que TP Histriónico y TP Narcisista puntúan positivamente en Extraversión, y TP Esquizoide puntúa negativamente. Del mismo modo, TP Dependiente puntúa positivamente en Amabilidad, mientras

que TP Narcisista, TP Paranoide y TP Antisocial puntúan negativamente.

Compulsividad-Impulsividad (Tabla 3)

En la tabla 3 se pueden identificar fácilmente escalas de este dominio, tanto de variantes normales (deber, responsabilidad, ambición, metas, recursos, deliberación, adecuación, control y disciplina), como anormales altas (compulsividad, obsesividad, adicción al trabajo) y anormales bajas (impulsividad, desorden, irresponsabilidad, infantilismo, toma de riesgos).

Tabla 3. Rasgos, síntomas y criterios diagnósticos de 2º orden en Compulsividad-Impulsividad

Valores	Anormales bajos	Normales	Anormales altos
DAPP-BQ			Compulsividad
NEO PI-R		Orden, Disciplina, Deliberación, Competencia, Cumplimiento del deber	
SNAP	Impulsividad	Adecuación, corrección	Adicción a trabajo
MPQ		Control, Tradicionalismo, Evitación del daño, Logro de metas	
EPP	Impulsividad, Búsqueda de riesgo, Irresponsabilidad		
SWAP200			Obsesividad
PAS	Impulsividad, Infantilismo, Irresponsabilidad	Responsabilidad	
TCI		Responsabilidad, Ambición, Determinación, Hábil, Con recursos, Tenaz	Laboriosidad Perfeccionismo

Extroversión – Introversión (tabla 4)

En este dominio la bipolaridad es manifiesta. En un extremo las escalas desadaptativas del DAPP-BQ (Búsqueda de estímulos); SNAP (Exhibicionismo); TCI (Extravagancia); y SWAP-200 (Sexualización histriónica). En el polo opuesto las escalas desadaptativas del DAPP-BQ (Problemas de Intimidad y Evitación social); SNAP (Desapego); PAS (Aislamiento); y SWAP 200 (Orientación esquizoide). En el medio se agrupan las variantes normales del

NEOPIR (Gregarismo, Asertividad, Actividad, Excitación exploratoria y Emocionalidad positiva); MPQ (Potencia social, Cercanía social y Bienestar); y EPP (Sociabilidad, Asertividad y Actividad).

Es importante señalar que los actuales criterios diagnósticos para TP podrían ser fácilmente incluidos en esta estructura jerárquica, puesto que cada escala de rasgos anormales incluye ítems semejantes a los requisitos diagnósticos. Esto permitiría a los clínicos acostumbrados al DSM-

Modelos dimensionales alternativos de TP

IV identificar rápidamente los síntomas del TP en un modelo integrador jerárquico. Por ejemplo,

Esquizoide se diagnosticaría por polaridades altas en las escalas de Desapego y Aislamiento.

Tabla 4. Rasgos, síntomas y criterios diagnósticos de 2º orden en Extraversión - Introversión

Valores	Anormales bajos	Normales	Anormales altos
DAPP-BQ	Evitación social, Expresividad restringida, Intimidad		Búsqueda de estímulos
NEO PI-R		Gregarismo, Asertividad, Actividad, Búsqueda de excitación, Emocionalidad positiva, (Calidez)	
SNAP	Desapego		Exhibicionismo (Exige derecho a todo)
MPQ		Potencia social, Cercanía social, Bienestar	
EPP		Sociabilidad, Actividad, Asertividad	
SWAP200	Orientación esquizoide		(Sexualización histriónica)
PAS	Aislamiento (timidez)	(Optimismo)	
TCI	Timidez	Sociabilidad, Excitabilidad exploratoria, (Apego)	Extravagancia

Entre paréntesis escalas que incluyen aspectos de otros dominios

Oposicionismo - Amabilidad (tabla 5)

La tabla 5 ilustra la relación entre rasgos normales y sus variantes desadaptativas. Hay suficientes datos de investigación consistentes con la idea de un continuo entre el funcionamiento normal y anormal de la personalidad (Cloninger 2000; Livesley 2001; Reynolds y Clark 2001; Tyrer 2001). Los principales argumentos a favor de incluir escalas de funcionamiento de la personalidad normal en el próximo manual son:

- Mayor comprensión y descripción del funcionamiento global de la personalidad del paciente
- Integración del manual diagnóstico con los protocolos de investigación (que incluyen la personalidad normal)

- Identificar rasgos sanos de un paciente favorece la respuesta al tratamiento y la recuperación.

Hay escalas cuyo sitio aun no ha sido definido. Por ejemplo, Dependencia, según algunos pertenece al dominio Neuroticismo (Clark, 1996; De Clercq 2003; Clark-Livesley, 2002); mientras que para otros pertenece al dominio Amabilidad (Pincus-Gurtman, 1995; Widiger-Hagemoser, 1997). La inconsistencia quizás se deba a la complejidad del TP Dependiente, que incluye rasgos de ambos dominios (Neuroticismo y Amabilidad).

Tabla 5. Rasgos, síntomas y criterios diagnósticos de 2º orden en Oposicionismo-Amabilidad

Valores	Anormales bajos	Normales	Anormales altos
DAPP-BQ	Apego inseguro, Retraimiento		Narcisismo, Susplicia, Insensibilidad, Rechazo, Problemas de conducta, Oposicionismo pasivo
NEO PI-R		Fiabilidad, Franqueza, Altruismo, Tolerancia, Modestia, Ternura, Amabilidad	
SNAP	(Dependencia)		Desconfianza, Manipulación, Agresividad, Con derecho a todo
MPQ		(Cercanía social)	Agresión (Alienación)
EPP			
SWAP200			Narcisismo, Psicopatía
PAS	Dependencia, Sumisión		Susplicia, Agresividad, Insensibilidad
TCI	Dependencia	Cooperación, Compasión, Pureza, Empatía, Sentimentalismo, Aceptación social, Apego	

Tabla 6. Rasgos, síntomas y criterios diagnósticos de 2º orden en Estabilidad-Inestabilidad emocional

Valores	Anormales bajos	Normales	Anormales altos
DAPP-BQ	(Expresividad restringida)		Labilidad afectiva, Ansiedad, Problemas de identidad, Autolesiones, (Apego inseguro, Prob. intimidad, Evitación social, Retraimiento)
NEO PI-R		Conciencia de sí, Ansiedad, Depresividad, Vulnerabilidad, Hostilidad, Impulsividad	
SNAP			Autoagresión, Dependencia
MPQ		(Bienestar)	Alienación, Reacción al estrés
EPP			Ansiedad, Infelicidad, Inferioridad
SWAP200			Desregulación emocional, Disforia, Hostilidad
PAS		Introspección, Ansiedad, (Optimismo)	Labilidad, Pesimismo, Minusvalía, Irritabilidad, Hipocondriasis, Sensitividad, Vulnerabilidad, (Timidez)
TCI		Autoaceptación	Preocupación anticipatoria, Miedo a lo incierto, (timidez)

Entre paréntesis escalas que incluyen aspectos de otros dominios

Disregulación - Estabilidad emocional (tabla 6)

En este dominio se ve más claramente la ausencia de límites precisos entre variantes normales y anormales. El NEO PI-R incluye escalas de ansiedad en personas sin TP, mientras que la escala de ansiedad del DAPP-BQ se ha hecho a partir de funcionamientos no adaptativos. La escala de Impulsividad del NEO PI-R, que no ha sido incluida en el dominio Compulsividad-Impulsividad (puesto que no se corresponde con las escalas de Impulsividad del SNAP, TCI, MPQ ni PAS), figura en este dominio (Neuroticismo), lo que puede dar lugar a confusiones sobre el significado del término. El nuevo manual deberá aclarar y diferenciar estos términos para evitar confusiones. Algunas escalas han sido excluidas, probablemente por nuestro fallo para reconocer su localización en alguno de los dominios, otras por considerar que pertenecen al espectro de la esquizofrenia (TP Esquizotípico), por lo cual hemos estrechado el alcance del 5º dominio.

Conclusiones y recomendaciones

Una meta importante de las próximas investigaciones será identificar un terreno común entre los modelos dimensionales alternativos de TP. Si bien es probable que la estructura integradora **jerarquizada** no coincida con este modelo ilustrativo «alentamos a los investigadores a considerar la posibilidad de trabajar hacia la creación de un modelo más unificado e integrador...» Algunos estudios sugieren que algunos modelos no pueden ser bien integrados en esta estructura. Esto probablemente se deba a dos razones no excluyentes: a) mala interpretación de los constructos que esas escalas quieren medir; b) que esas escalas no encajan nítidamente en ninguno de los dominios (inconmensurables, puestas entre paréntesis en la tabla 2).

Los autores del futuro manual tendrán que seleccionar y desarrollar los grupos de criterios óptimos para cada TP. En caso que no haya

suficientes datos que aseguren que un grupo de criterios es suficiente se pueden dejar varios grupos de criterios alternativos tal como hace actualmente el DSM-IV con TP Límite. Las limitaciones de cualquier modelo integrador obviamente son el exceso de detalles, la redundancia y un etiquetado diagnóstico difuminado. Resumiendo:

- 1) Los modelos predominantes del funcionamiento normal y anormal de la personalidad parecen converger en 4 grandes dominios: extraversión-introversión; oposicionismo-amabilidad; compulsividad-impulsividad; y estabilidad emocional-disregulación emocional. Hay suficiente soporte empírico de la convergencia de estos modelos (desde Alexander, 1979; hasta Markon, 2005).
- 2) Ningún nombre parece mejor que otro para describir el dominio entero.
- 3) Algunos modelos surgen de variantes normales (NEO PI-R y TCI), mientras que otros se fundamentan en variantes anormales (DAPP-BQ, SNAP). En ambos casos es fundamental que la medición y descripción de rasgos sea bipolar (valores bajos, medios y altos).
- 4) Cada modelo representa cada dominio con espectros más estrictos o más amplios. Una integración jerarquizada implica elegir qué escala o grupos de escalas son óptimas para cada dominio.
- 5) Para reducir el riesgo de errores sería conveniente que el modelo integrador cumpliera con los siguientes requisitos: a) evitar la superposición de escalas (no pueden medir lo mismo); b) representar a todos los modelos elegidos; c) cubrir todo el dominio de funcionamiento de la personalidad; d) cada escala debe aportar relevancia clínica; familiaridad y facilidad de uso; e) es necesario incluir rasgos normales adaptativos para representar el continuo difuso entre lo normal y lo patológico).

Referencias bibliográficas

1. Achenbach, 1966. *The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study*. Psychological Monographs, 80 (Nº 615).
2. APA, 1980. DSM III. Washington, DC.
3. APA, 1994. DSM IV. Washington DC.
4. Ashton & Lee, 2001. *A theoretical basis for the major dimensions of personality*. European Journal of Personality, 15, 327-353.
5. Austin & Deary, 2000. *The four As: a common frame work for normal and abnormal personality?* Personality and individual differences, 28, 977-995.
6. Benjamin, 1996. *Interpersonal diagnosis and treatment of PD*. New York, Guilford Press.
7. Blais, 1997. *Clinician ratings of the Five-factor Model of Personality and the DSM-IV PD*. Journal of Nervous & Mental Disease, 185, 388-393.
8. Blouchard & Loehlin, 2001. *Genes, evolution, and personality*. Behavior Genetics, 31 243-273.
9. Choca, Retzlaff, Strack & Van Denburg, 1996. *Facorial elements in Millon's personality theory*. Journal of PD., 10, 377-383.
10. Clark & Livesley, 2002. *Two 2 approaches to identifying the dimensions of PD*. In Costa & Widiger (Eds.) Personality Disorders and the 5-Factor Model (pp.161-176). Washington, Am. Psych. Association.
11. Clark, Livesley & Morey, 1997. *PD assessment: the challenge of construct validity*. Journal of PD, 11, 205-231.
12. Clark, Livesley, Schroeder & Irish, 1996. *Convergence of two systems for assessing PD*. Psychological Assessment, 8, 294-303.
13. Clark, Simms, Wu, & Casillas, in press. *Manual for the schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP-2)*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
14. Clark, McEwen, Collard & Hickok, 1993. *Symptoms and traits of PD, two new methods for their assesment*. Psychological Assessment, 5, 81-91.
15. Clark & Watson, 1999. *Temperament, a new paradigm for trait psychology*. In Pervin & John (Eds) «Handbook of personality (pp. 399-423). New York, Guilford Press.
16. Cloninger, C.R. 2000. *A practical way to diagnosis PD*. Journal of PD, 14, 99-108.
17. Coker, Samuel & Widiger, 2002. *Maladaptive Personality functioning with the Big Five-Factor Model and the FFM*. Journal of PD, 16, 385-401.
18. Costa & McCrae, 1990. *PD and the Five-Factor model*. Journal of PD, 4, 362-371.
19. Costa & McCrae, 1992. *Revised NEO Personality Inventory*. Odessa, Psychological Assessment Resources.
20. Deary, Peter, Austin & Gibson, 1998. *Personality traits and PD*. British Journal of Psychology, 89,647-661.
21. De Clerq & De Fruyt, 2003. *PD symptoms in adolescence: a Five-Factor perspective*. Journal of PD, 17, 269-292.
22. De Fruyt, Van de Wiele & Van Heeringen, 2000. *Cloninger's model of temperament and character and the Five-Factor model*. Personality and individual differences, 29, 441-452.
23. Digman & Collins, 1999. *Neurobiology of the structure of personality: Dompamine facilitation of incentive motivation and estraversion*. Behavioral and Brain Sciences, 22, 491-569.
24. Duijsens & Diekstra, 1996. *DSM-R and ICD-10 PDand their relationship with the Big Five dimensions of personality*. Personality and Individual Differences, 21, 119-133.
25. Dyce & O'Connor, 1998. *PD and the Five-Factor model: a test of facet-level predictions*. Journal of PD, 12, 31-45.
26. Dyce, O'Connor, Parkins & Janzen, 1997. *Correlational structure if the MCMI-III PD scales and comparinsons with other data sets*. Journal of Personaity Assesment, 69, 568-582.
27. Eysenck, H, 1987. *The definition of PD and the criteria appropriate for their description*. Journal of PD, 1, 211-219.
28. First, et al, 2002. *PD and relational disorders: a research agenda for addressing crucial gaps in DSM*. In Kupfer, First & Regier (Ed), «A research agenda for DSM-V». Washington, APA.
29. Frances A, 1980. *The DSM-III PD section: a commentary*. American Journal of Psychiatry, 137, 1050-1054.
30. Haigler & Widiger, 2001. *Experimental manipulation of NEO-PI-R items*. Journal of Personality Assesment, 77, 339-358.
31. Harkness & McNulty, 1994. *The personality Psychopathology Five (PSY-5)*. In Strack & Lorr (Eds), «Differentiating normal and abnormal Personality (pp. 291-315). New York, Springer.
32. Harkness, McNulty & Ben-Porath, 1995. *The PSY-5 constructs and MMPI-2 scales*. Psychological Assesment, 7, 104-114.
33. Hyer, Brawell,Albretch, Boyd, Boudewyns & Talbert, 1994. *Relationship of NEO-PI to personality styles, and severity of trauma in chronic PTSD victims*. Journal of Clinical Psychology, 50, 699-707.
34. John & Strivastava, 1999. *The Big Five trait taxonomy*. In Pervin & John (Eds), «Handbook of Personality (pp.102-138). New York, Guilford Press.
35. Krueger, 2002. *Psychometric perspectives on comorbidity*. In Heizer & Hundziak (Eds), «Defining psychopathology in the 21st century (pp. 41-54). Washington, American Psychiatric Publications.
36. Krueger & Tackett, 2003. *Personality and psychopathology: working for the big picture*. Journal of PD, 17, 109-128.
37. Larstone, Jang, Livesley, Vernon & Wolf, 2002. *Relationship between Eysenck's model, Five-Factor model, and traits delineating personality functioning*. Personality and Individual Differences, 33, 25-37.
38. Livesley, WJ, 2001. *Conceptual and taxonomic issues*. In Livesley (Ed), «Habdbook of PD» (pp.3-38). New York, Guilford Press.

Modelos dimensionales alternativos de TP

39. Livesley, WJ., 2003. *Diagnosis dilemmas in classifying PD*. In Philips, First & Pincus (Eds), «Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis» (pp. 153-190). Washington, APA.
40. Livesley, Jang, & Vernon, 1998. *Phenotypic and genetic structure of traits delineating PD*. Archives of General Psychiatry, 55, 941-948.
41. Lynam & Widiger, 2001. *Using the Five-Factor model to represent the DSM-IV PD: an expert consensus approach*. Abnormal Psychology, 110, 401-412.
42. Markon, Krueger & Watson, 2005. *Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach*. Journal of Personality and Social Psychology, 88, 139-157.
43. McCrae & Costa, 1989. *The structure of interpersonal traits: Wiggins's circumplex and the Five-Factor model*. Journal of Personality and Social Psychology, 56, 586-595.
44. Miles & Hempel, 2004. *The Eysenck EPQ-R and EPP*. In Hilsneroth & Hersen (Eds), «Comprehensive handbook of psychological assessment» (pp. 99-107). New York, Wiley.
45. Miller & Lynam, 2003. *Psychopathy and the Five-Factor Model of personality*. Journal of Personality Assessment, 81, 168-178.
46. Millon, T, 1994. *Millon Index of personality Styles Manual*. San Antonio, the Psychological Corporation.
47. Millon, et al, 1996. *Disorders of personality, DSM-IV and beyond*. New York, John Wiley and Sons.
48. Millon, Millon & Davis, 1994. *MCMI-III manual*. Minneapolis, National Computer Systems.
49. Mulder & Joyce, 1997. *Temperament and the structure of PD configuration*. Psychological Medicine, 27, 99-106.
50. O'Connor & Dyce, 1998. *A test of models of PD configuration*. Journal of Abnormal Personality, 107, 3-16.
51. Oldham & Skodol, 2000. *Charting the future of Axis II*. Journal of PD, 14, 17-29.
52. Pickering & Gray, 1999. *The neuroscience of personality*. In Pervin & John (Eds), «Handbook of Personality» (pp. 277-299). New York, Guilford press.
53. Pincus & Gurtman, 1995. *The three faces of interpersonal dependency*. Journal of Personality and Social Psychology, 69, 744-758.
54. Presly & Walton, 1973. *Dimensions of abnormal personality*. British Journal of Psychiatry, 122, 269-276.
55. Retzlaff & Gibertini, 1987. *Factor structure of the MCMI basic personality scales and common-item artifact*. Journal of Personality Assessment, 51, 588-594.
56. Reynolds & Clark, 2001. *Predicting dimensions of PD from domains and facets of the Five-Factor model*. Journal of Personality, 69, 199-202.
57. Rounsaville, Alarcon, Andrews, Jackson, Kendell & Kendler, 2002. *Basic nomenclature issues for DSM-V*. In Kupfer, First & Regier (Eds), «A research agenda for DSM-V», Washington, APA.
58. Saulsman & Pagem 2004. *The Five-Factor Model and PD empirical literature, a meta-analysis review*. Clinical Psychology Review, 23, 1055-1085.
59. Schroeder, Wormworth & Livesley, 1992. *Dimensions of PD and their relationship to the Big Five dimensions of personality*. Psychological Assessment, 4, 47-53.
59. Schedler & Western, 2004a. *Dimensions of personality pathology: an alternative to the Five-factor Model*. American Journal of Psychiatry, 161, 1743-1754.
60. Schedler & Western, 2004b. *Refining the DSM-IV PD diagnosis: integrating science and practice*. American journal of Psychiatry, 161, 1350-1365.
61. Siever & Davis, 1991. *A psychobiological perspective on PD*. American Journal of Psychiatry, 148, 1647-1658.
62. Simonsen, E., in press. *Experiences in translating the Millon inventories in a European country*. Personality and psychopathology. New York, Guilford Press.
63. Spitzer, Endicott & Gibbon, 1979. *Crossing the border into Borderline personality and borderline. Schizophrenia*. Archives of General Psychiatry, 36, 17-24.
64. Sprock, J, 2002. *A comparative study of the dimensions and facets of the Five-Factor model in the diagnosis of cases of PD*. Journal of PD, 16, 402-423.
65. Tellegen & Waller, 1987. *Exploring personality through test construction: development of the MPQ*. Unpublished manuscript, Minneapolis MN.
66. Trull, 1992. *DSM-III-R PD and the Five-Factor Model: an empirical comparison*. Journal of Abnormal Psychology, 101, 553-560.
67. Trull & Durrett, in press. *Categorical and dimensional models of PD*. Annual review of Clinical Psychology.
68. Trull, Useda, Costa & McCrae, 1995. *Comparison of the MMPI-2, PSY-5, NEO-PI, and NEO-PI-R*. Psychological Assessment, 7, 508-516.
69. Trull, Widiger, Lynam & Costa, 2003. *Borderline PD from the perspective of general personality functioning*. Journal of Abnormal Psychology, 112, 193-202.
70. Tyrer (ed), 2000. *PD: Diagnosis, management, and course*, 2nd edition. London, Arnold.
71. Tyrer, P, 2001. *PD*. British Journal of Psychiatry, 179, 81-84.
72. Tyrer & Alexander, 1979. *Classification of PD*. British Journal of Psychiatry, 135, 163-167.
73. Tyrer & Jhonson, 1996. *Establishing the severity of PD*. American journal of Psychiatry, 153, 1593-1597.
74. Watson & Clark, 1997. *Extraversion and its positive emotional core*. In Hogan, Johnson, & Briggs (Eds), *Handbook of personality psychology* (pp.767-793). New York, Academic Press.

75. Watson, Clark, & Harkness, 1994. Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 18-31.
76. Watson, Wiese, Vaidya, & Tellegen, 1999. The two general activation systems of affect: structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 820-838.
77. Westen & Schedler, 2000. A prototype matching approach to diagnosing PD: toward DSM-V. *Journal of PD*, 14, 109-126.
78. Whiteside & Lynam, 2001. The Five-Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
79. Widiger, T.A., 1998. Four out of five ain't bad. *Archives of General Psychiatry*, 55, 865-866.
80. Widiger & Costa, 2002. Five-Factor Model PD research. In Costa & Widiger (Eds) «PPD and the Five Factor Model (pp.59-87). Washington, DC, American psychological Association.
81. Widiger & Hagemoser, 1997. PD and interpersonal circumplex. In Plutchik & Conte (Eds), «Circumplex models of personality and emotions» (pp. 299-325).
82. Washington, American Psychological Association.
83. Widiger & Mullins-Sweatt, in press. Categorical and dimensional models of PD. In Oldham, Skodol &
84. Bender, «Textbook of PD». Washington DC, American Psychiatric Press.
85. Widiger & Samuel, in press. Diagnostic categories or dimensions: a question for DSM V. *Journal of abnormal Psychology*.
86. Widiger & Sanderson, 1995. Towards a dimensional model of PD in DSM-IV and DSM-V. In Livesley (Ed) «The DSM-IV PD» (pp. 433-458). New York, Guilford Press.
87. Wiggins, J.S, 2003. *Paradigms of Personality Assessment*. New York, Guilford Press.
88. *World Health Organization (WHO)*, 1992. The ICD 10. Geneva, Switzerland.
89. Zuckerman, M, 2002. *ZKPQ: an alternative five-factorial model*. In Read and Perugini (Eds), «Big five Assesment» (pp.377-397). Kirkland WA, Hogrefe & Huber.
90. Zuroff, D.C., 1994. *Depressive personality styles and the Five-Factor Model of personality*. *Journal of Personality Assessment*, 63, 453-472.