

XII. Agenda de investigación en TP: conclusiones

T. Widiger, PhD, E. Simonsen, MD, R. Krueger, PhD,
J. Livesley, MD, PhD, y R. Verheul, PhD

La APA está auspiciando conferencias internacionales para organizar una agenda de investigación para el desarrollo de la próxima edición del DSM. La primera conferencia de esta serie, «Modelos dimensionales de TP: etiología, patología, fenomenología y tratamiento», ha sido dedicada a revisar la investigación actual y preparar la agenda más efectiva para llegar a una clasificación dimensional de los TP. El propósito de este artículo, autorizado por el comité directivo de la conferencia, es resumir las presentaciones y sus recomendaciones para investigación.

En 1999, se realizó una conferencia sobre planificación en la investigación para el DSM-V, auspiciada por la APA y el Instituto Nacional de Salud Mental, con el objetivo de establecer las prioridades para las futuras ediciones del DSM (McQueen, 2000). Se formaron diferentes grupos de planificación para preparar recomendaciones explícitas sobre investigación. El grupo dedicado a las lagunas del sistema concluyó que «hay notable insatisfacción con la actual conceptualización y definición de los TP del DSM-IV-R» (First *et al*, 2002, p.124), y bosquejó el respaldo conceptual y empírico para un modelo alternativo dimensional de clasificación de TP. El grupo dedicado a la nomenclatura trabajó sobre los supuestos diagnósticos actuales, concluyendo que «es importante prestar atención a las ventajas y desventajas de utilizar dimensiones o categorías en el DSM-V» (Rounsaville, *et al*, 2002, p.13), sugiriendo que los esfuerzos iniciales para un modelo dimensional deberían aplicarse primero a los TP, y si fuera aceptado por los clínicos, luego sería posible aplicarlo al resto de trastornos mentales.

Tras estas presentaciones se dictaron conferencias internacionales para enriquecer los datos

empíricos sobre el posible desarrollo del DSM-V. La primera conferencia, «Modelos dimensionales de TP: etiología, patología, fenomenología y tratamiento», ha sido dedicada a revisar la investigación actual y preparar la agenda más efectiva para llevar el campo hacia una clasificación dimensional de los TP. Los artículos cubren el siguiente temario: (1) recomendaciones sobre modelos dimensionales alternativos; (2) genética de la conducta y mapeo genético; (3) mecanismos neurobiológicos; (4) antecedentes infantiles; (5) estudios transculturales; (6) continuidad de los ejes I y II; (7) cobertura y puntos de corte para el diagnóstico; y (8) utilidad clínica. En este artículo se resumen estas presentaciones y sus recomendaciones para la investigación.

I. Modelos dimensionales alternativos

Tras presentar 18 vías alternativas de clasificación dimensional de TP, Widiger y Simonsen (2005) sugieren que estas pueden ser integradas en un único modelo jerárquico. En el primer nivel los dos espectros clínicos de internalización y externalización, identificados por Krueger (1999, 2002). En el segundo nivel los cuatro o cinco dominios principales de funcionamiento de la personalidad. En el tercer nivel, las escalas de rasgos. Y en el cuarto nivel, los criterios diagnósticos conductuales más específicos.

La mayoría de las escalas de los modelos dimensionales alternativos (Clark, Cloninger, Costa y McCrae, Eysenck, Harkness y McNulty, Wiggins, Livesley, Millon, Shedler y Westen, Tellegen, Tyrer y Zuckerman, Livesley), pueden ser integradas en un único modelo jerárquico y están bien representadas por los cuatro dominios de personalidad adaptativa y no adaptativa: **(1) Disregulación - estabilidad emocional;**

(2) Restricción – Impulsividad; (3) Extraversión – Introversión; y (4) Oposicionismo – Conformismo. Utilizando algoritmos adecuados los criterios actuales de diagnóstico de TP pueden representarse en esta estructura jerárquica.

Algunas escalas (por ejemplo, el TCI de Cloninger y el PAS de Tyrer) aun necesitan investigación para encontrar el sitio adecuado en la estructura jerárquica. También es necesaria más investigación para valorar si las 6 polaridades adaptativas de Millon y las 12 escalas de Shedler y Westen (SWAP-200) pueden integrarse en la estructura jerárquica o si solamente describen rasgos no adaptativos no conmensurables con otros modelos. También cuestionan la localización específica de algunas escalas de Widiger y Simonsen. La investigación puede ayudar a determinar cómo estos modelos alternativos de TP puedan integrarse en una estructura jerárquica común.

Subrayan que no solo es importante determinar dónde incluir las escalas y los modelos sino también cuántas incluir en cada dominio, para lo cual sugieren mantener como requisitos indispensables: evitar el solapamiento, representar adecuadamente cada modelo, cobertura de todos los dominios de la personalidad, relevancia clínica, familiaridad, y facilidad de uso. Se cuestionan la posibilidad de incluir un quinto dominio, «no convencional» (aberraciones cognitivo-perceptuales y conductas excéntricas). Por último, plantean la ventaja de incluir en el modelo los rasgos normales, puesto que una descripción más exhaustiva y precisa de la estructura de personalidad de cada paciente facilita la toma de decisiones clínicas y la respuesta al tratamiento.

II. Contribuciones de la genética molecular y la genética de la conducta

Livesley (2005) resume los datos actuales de investigación sobre genética molecular y genética de la conducta. Si bien es deseable (y necesario)

que el DSM-V incluya una codificación de genotipos, los datos actuales no permiten avalar la relación entre polimorfismos genéticos y rasgos de personalidad específicos. Si bien los datos actuales capturan más elementos que el DSM-IV, aun son insuficientes para una clasificación guiada por la genética molecular.

Sin embargo, la investigación en genética de la conducta promete una relevancia inmediata para la clasificación dimensional de TP en el DSM-V, puesto que busca explicar la estructura genética y ambiental subyacente a la variación fenotípica (Por ejemplo, Ando *et al*, 2004; Jang *et al*, 2002). Una clasificación dimensional de TP precisa información sobre los factores etiológicos responsables de los patrones de covariancia. Las técnicas genéticas de variante múltiple permiten rastrear los datos para una clasificación basada en la etiología, puesto que extienden el análisis de variante única de influencias genéticas en un rasgo para estimar la covariancia de influencias genéticas y ambientales entre dos o más rasgos, y a partir del análisis factorial de covariancia de matrices genéticas y ambientales aporta información sobre las estructuras subyacentes a la covariancia. Los resultados de genética de la conducta pueden utilizarse para refinar los fenotipos de personalidad y construir una nosología genéticamente informada. Un grupo de rasgos primarios (observables y mensurables) definidos genéticamente puede facilitar la investigación molecular proporcionando dianas con variancia genética más homogénea. Solo entonces, la genética molecular podría utilizarse para afinar la nosología y proveer posteriores validaciones.

La investigación genética de variante múltiple, utilizando una amplia variedad de mediciones, sugiere que hay muy pocos factores genéticos que inciden en los patrones de covariancia (Livesley, en imprenta): sólo cuatro dominios (Disregulación emocional; Restricción-Responsabilidad, Oposicionismo-Disocial; e Inhibición-Introversión) son suficientes para representar a todos los TP, permitiendo al menos una estructura inicial del sistema.

Esto sugiere que la personalidad está sujeta a extensos efectos pleiotrópicos, en los cuales, una sola entidad genética tiene influencia sobre diferentes fenotipos. La alta correspondencia entre fenotipo y genotipo que se observa al estudiar modelos dimensionales de personalidad adaptativa y no adaptativa contrasta con la poca correspondencia observada en modelos categoriales (Merikangas, 2002). Que la estructura de rasgos refleje la influencia genética es una evidencia valiosa para fundar una clasificación etiológica genéticamente informada. En este sentido el diagnóstico de TP está en una posición más fuerte que otros trastornos mentales. Sin embargo, la investigación genética también resalta problemas conceptuales que necesitarán ser estudiados. Por ejemplo, la importancia relativa de los rasgos primarios (síntomas y escalas) y los dominios para organizar y utilizar una clasificación dimensional. Los rasgos primarios suelen ser considerados como componentes de los dominios, y los dominios suelen ser valorados como equivalentes y definibles por el mismo número de rasgos primarios. Pero parece improbable que estas suposiciones reflejen la arquitectura genética de los TP, puesto que los rasgos primarios parecen tener una variancia genética única, y algunos ni siquiera pertenecen a algún dominio.

III. Mecanismos neurobiológicos

Paris (2005) comienza señalando que hasta ahora la investigación no ha logrado identificar factores biológicos consistentes que correlacionen con las actuales categorías diagnósticas. Como ya sugirió en otros artículos (2000, 2003), las categorías actuales son demasiado heterogéneas como para tener coherencia biológica (definida como relaciones específicas y consistentes con marcadores biológicos). De hecho, no hay casi ningún esfuerzo en explicar la neurobiología de categorías tan corrientes como TP Histriónico, TP Narcisista, TP Dependiente y TP Obsesivo (Blashfield e Intocchia, 2000).

Paris (en imprenta), revisó la investigación existente sobre genética molecular, genética de la conducta, neuroimagen, respuesta farmacológica, y neurobiología animal y humana respecto a TP, prestando especial atención a tres modelos (Cloninger, 2000; Depue, 1999); y Siever y Davis, 2001), destacando que pese a la extensión de la literatura empírica, los resultados son inconsistentes. Hay meta-análisis de genética molecular que obtienen resultados positivos. Sen *et al* (2004), en un meta-análisis que incluye 5629 sujetos, concluyeron que «hay una fuerte asociación entre Neuroticismo... y la variante del transportador de serotonina... y que la ausencia de replicaciones se debe al uso de otros instrumentos y a muestras poco numerosas...» (p.85). Paris sugiere que hay suficiente respaldo empírico para relacionar el funcionamiento de la serotonina con la evitación del daño y con la impulsividad agresiva. Sin embargo, otros meta-análisis no encontraron relación entre neurotransmisores y búsqueda de novedad (Kluger *et al* 2002; Schinka *et al*, 2002).

Paris concluye que intentar un modelo dimensional de personalidad no adaptativa basado en mecanismos neurobiológicos es prematuro e irreal. Mientras no sepamos más sobre la ciencia de las emociones y las conductas (nuestro entendimiento sobre los mecanismos cerebrales es aun demasiado incipiente), cualquier intento de desarrollar un modelo neurobiológico de dimensiones de personalidad es prematuro. Irreal, porque ninguna función cerebral está limitada a un sitio único o a un solo neurotransmisor. La modulación y la interacción son las reglas, no la excepción (Andreasen, 2001). Por ejemplo, las monoaminas (exhaustivamente estudiadas) modulan el efecto de neuronas que usan el GABA (Cooper *et al*, 2003). Sus efectos en la conducta no son lineales: con los mismos receptores se obtienen efectos totalmente diferentes en diferentes localizaciones cerebrales, dependiendo tanto de la anatomía como de la fisiología. La serotonina tiene al menos 15 sitios de receptores (Kroeze *et al*, 2002). Estos datos hacen poco

probable que podamos encontrar una correspondencia uno a uno entre un neurotransmisor y un mecanismo neurofisiológico, y menos aun con rasgos de personalidad. Es conveniente que la investigación desplace el foco de atención de los dominios (como se ha hecho hasta ahora) hacia dimensiones de rasgos más estrechas. De momento, el análisis factorial de rasgos es mejor que una hipótesis neurobiológica. Luego, las dimensiones obtenidas con este método podrán revisarse desde el punto de vista neurobiológico.

IV. Antecedentes infantiles

Mervielde, De Clercq, De Fruyt y Van Leeuwen (2005), comienzan argumentando que si bien se acepta que los TP del adulto tienen raíces en factores temperamentales y evolutivos, hasta la fecha ha habido muy poca investigación sobre antecedentes infantiles y adolescentes de los TP del DSM-IV (por ejemplo, Johnson *et al.*, 2000). Solo 1 de los 10 TP hacen referencia a los antecedentes infantiles (APA, 2000). Esto contrasta con la extensa investigación sobre la relación del temperamento infantil con la estructura de personalidad del adulto (Roberts y DelVecchio, 2000). Los temperamentos infantil y adolescente probablemente sean los mejores candidatos para estudiar los antecedentes evolutivos de los TP del adulto (Krueger y Tackett, 2003; Shiner y Caspi, 2003). Los investigadores interesados en las diferencias individuales entre niños, han conceptualizado estas diferencias en términos de características temperamentales. El temperamento se diferencia de la personalidad en su estabilidad desde el nacimiento y en una mayor carga genética o neurobiológica.

Los autores resumen los modelos predominantes sobre temperamento (Chess y Thomas, 1996; Buss y Plomin, 1984; Derryberry y Rothbart, 1997; y Goldsmith y Campos, 1982). Sugieren que los modelos pueden integrarse en 4 temperamentos básicos: (1) Emocionalidad (afectividad negativa, malestar ansioso o irritable); (2) Extraversión (sociabilidad vs

inhibición o timidez); (3) Actividad (nivel de energía, vigor); y (4) Persistencia (persistencia ante objetivos, control persistente).

A partir de datos de numerosos estudios, incluyendo estudios propios por denominación de coetáneos y estudios léxicos, relacionan los 4 tipos de temperamento con los rasgos de personalidad del adulto. Por ejemplo, Kohnstamm *et al.* (1998), recogieron descripciones parentales no estructuradas de 2416 niños entre 2 y 12 años en varios países (Bélgica, China, Alemania, Grecia, Holanda, Polonia y EEUU). Mervielde y De Fruyt, con 9000 descripciones no estructuradas de padres flamencos, desarrollaron el HIPIC (Inventario Jerárquico de Personalidad Infantil), cuyo análisis factorial destaca cinco grandes dominios: (1) Responsabilidad; (2) Benevolencia; (3) Extraversión; (4) Estabilidad emocional; (5) e Imaginación. Observaron que esta clasificación correlaciona adecuadamente con los estudios centrados en la persona: los hiper-controladores tienen baja Estabilidad emocional y baja Extraversión, mientras que los hipo-controladores tienen baja Amabilidad y baja Responsabilidad.

Sostienen además que su modelo de personalidad infantil es congruente con las conclusiones recientes de Shiner y Caspi (Shiner, 2000; Shiner y Caspi, 2003), quienes tras revisar la literatura sobre temperamento concluyeron que los rasgos se organizan adecuadamente en cuatro dominios: (1) Extraversión o emocionalidad positiva (sociabilidad, inhibición, dominancia, energía); (2) Neuroticismo o emocionalidad negativa (ansiedad, irritabilidad); (3) Responsabilidad (atención, control inhibitorio, motivación hacia metas); y (4) Amabilidad (oposicionismo, tendencias prosociales). La única diferencia con el modelo de Mervielde es la ausencia de la dimensión Imaginación, probablemente por la dificultad de los profesores de preescolar para diferenciar curiosidad y creatividad de responsabilidad. En cualquier caso, Caspi *et al.* (2005) ahora incluyen una quinta dimensión (Apertura) en sus últimas revisiones.

Los autores concluyen que hay evidencias sobre la emergencia de un patrón de asociación entre temperamento, personalidad y psicopatología. El nivel superior está bien representado por Externalización e Internalización (Achenbach, 1995; Krueger y Tackett, 2003); y las diferencias individuales están representadas por los 4 dominios de Shiner y Caspi (Neuroticismo, Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad). La integración de la investigación en niños y adultos con un modelo común proporciona bases conceptuales para entender la estabilidad de la personalidad a lo largo de la vida (Caspi *et al*, 2003; Roberts y DelVecchio, 2000). Sugieren que la investigación deberá intentar integrar los constructos actuales de TP del DSM-IV con la literatura sobre temperamento infantil y del adulto para entender los antecedentes infantiles de los TP del adulto desde una base científica.

V. Aspectos transculturales

Los estudios transculturales son difíciles y caros. Algunos estudios han considerado que la aplicación de la nomenclatura de TP del DSM-IV a otras culturas es significativamente diferente a la de la sociedad occidental en la que ha sido creado (Por ejemplo, Grilo *et al*, 2003). Pero hay un solo estudio sistemático multinacional, en el que se aplicó el IPDE (Internacional Personality Disorder Examination) a 14 centros de salud mental en 11 países diferentes de 4 continentes (Loranger *et al*, 1994). Esto contrasta con la extensa investigación sobre la universalidad de la estructura general de la personalidad.

Allik (en este volumen) señala que el EPQ (Eysenck y Eysenck, 1975), una de las primeras mediciones exhaustivas de personalidad que ha tenido popularidad en el mundo, traducida a diferentes lenguas, ha logrado generalizar (estructura de rasgos y principales puntuaciones de rasgos) sus 3 dominios (Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo) a varias culturas (por ejemplo, Lynn y Martin, 1995, 38 países, 68.374 participantes). Costa y McCrae (2002),

han logrado generalizar los cinco grandes factores del MCF (Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad) a 36 países, incluyendo cinco lenguas madre diferentes (indoeuropea, urálica, altaica, dravidiana y sinotibetana), replicando el estudio con informes de pares de 11.985 individuos en 50 sociedades diferentes (Costa McCrae, 2005).

El estudio más amplio (Schmitt *et al*, 2003), incluye 100 científicos de 56 países, administró el BFI (Big Five Inventory, Benet, Martínez y John, 1998), traducido a 29 lenguas y administrado a 17.837 participantes de 56 países diferentes. Los resultados indican que la estructura dimensional de 5 dominios es robusta en todo el mundo: América del Norte y del Sur; Europa occidental, meridional y oriental; Oriente medio; África; Oceanía; y Asia (sudeste y este). Los resultados avalan la universalidad de la estructura de la personalidad en una amplia extensión de lenguas y culturas. Incluso hay relaciones interesantes entre rasgos de personalidad e indicadores culturales, como producto interior bruto y las dimensiones de cultura de Hofstede (Hofstede y McCrae, 2004).

Allik indica que estos resultados son consistentes con estudios léxicos y emic (rasgos descritos libremente por habitantes autóctonos, utilizando su propio lenguaje). Se podría argumentar que la consistencia no indica que los rasgos incluidos sean universales en cuanto a interés, relevancia o importancia para cada cultura, pero los estudios emic refutan este argumento. Saucier y Goldberg (2001) señalan que los resultados de estudios léxicos en términos autóctonos en 13 lenguas diferentes (inglés, alemán, holandés, checo, polaco, ruso, italiano, español, hebreo, húngaro, turco, coreano y filipino), mantienen elevada consistencia de 3 dominios (Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad), y algo menor en los dos restantes (Neuroticismo y Apertura). Ashton y Lee (2001) extendieron el análisis a todos los estudios léxicos autóctonos existentes concluyendo que «los datos avalan la variancia de Extraversión, Amabilidad, Respon-

sabilidad y Estabilidad emocional, los primero cuatro de los cinco grandes» (p. 238).

Allik investigó las diferencias transculturales en el estilo de respuesta (por ejemplo, tendencia a describirse a si mismo de una manera deseable, o tendencia a aceptar las frases afirmativas). Por ejemplo, Shmitt y Allik (en imprenta), recogieron los datos de la escala de autoestima de Rosenberg en 28 lenguas, administrada a 16.998 participantes, en 53 países. Como era de esperar, la autoestima correlaciona negativamente con Neuroticismo y positivamente con Extraversión en casi todos los países. Es más, la media de todas las naciones está por encima de la media teórica, sugiriendo que la autoevaluación positiva es universal. No se encontró relación entre la autoestima nacional y los componentes del índice de desarrollo humano (expectativas de vida, grado de escolarización y nivel de vida). Sin embargo, se encontró relación entre estos índices y el estilo de respuesta: las personas de países desarrollados entienden mejor las frases negativas. Hacen falta más estudios con otras metodologías, (por ejemplo, escalas hechas por observadores y entrevistas semi-estructuradas).

Allik también enfatiza la importancia de entender la variancia transcultural en niveles de significado, encontrando algunos datos difíciles de explicar, dada su inconsistencia con mediciones objetivas de estereotipos culturales (por ejemplo, la menor puntuación de Responsabilidad en Japón). Por otra parte, las diferencias obtenidas son tan pequeñas que son descartadas en descripciones transculturales de personalidad y pueden no ser replicadas en otros estudios. La baja talla de las diferencias transculturales puede sugerir una equivalencia escalar para todos los individuos, más allá de la cultura y la lengua, que puede ser representada en una escala métrica. Sin embargo, las implicaciones de estas diferencias en niveles de significado para una medición universal de funcionamiento no adaptativo de la personalidad aun no es clara. Al menos es evidente que hay suficiente base científica para integrar un modelo dimensional

de personalidad para estudiar la estructura general de la personalidad.

VI. Continuidad de los ejes I y II

La separación de TP (eje II) que hace el DSM-IV ha recibido muchas críticas (Livesley, 2003; Widiger, 2003). Y aunque en el DSM-V, los TP fueran trasladados al eje I, quedaría la duda sobre los límites entre los TP y el resto de los trastornos mentales. Krueger (en este volumen), tras una extensa revisión, destacó las bases putativas de la distinción entre TP y el resto de trastornos mentales (trastornos clínicos = TC): estabilidad temporal, edad de inicio, respuesta a tratamiento, *insight*, co-ocurrencia de diagnósticos, y etiología. Demuestra que con estas bases no es posible distinguir adecuadamente los TP de los TC, y sugiere que la investigación debe apuntar a comprender porqué y cómo la personalidad y los TC están interconectados. Propone que una buena manera de hacerlo es incluir el funcionamiento general de la personalidad en los ensayos clínicos y estudios.

Cada vez hay más evidencias sobre la fiabilidad de un modelo de personalidad empírico que incorpore al mismo tiempo las variaciones normales y anormales de la personalidad (Trull y Durren, 2005). Por ejemplo, Markon, Krueger y Watson (2005), crearon un modelo estructural articulado de los constructos utilizando cinco instrumentos: DAPP-BQ (Livesley y Jackson, en imprenta), EPQ (Eysenck y Eysenck, 1975), MPQ (Tellegen, en imprenta), NEO-PI-R (Costa y McCrae, 19992), y TCI (Cloninger, 2000). A partir de un meta-análisis de 52 estudios obtuvieron una matriz de correlaciones entre 44 escalas derivadas de los citados instrumentos, y tras análisis factorial para buscar estructuras subyacentes, desarrollaron una hipótesis de modelo jerárquico en cuatro niveles. (1) Cinco dominios subyacentes a las variaciones de las 44 escalas (Neuroticismo, Amabilidad, Responsabilidad, Extraversión y Apertura), semejantes a los dominios del MCF (Costa y Widiger, 2002).

(2) Cuatro factores significativos por encima del nivel de los cinco grandes, semejantes a los de varios modelos frecuentes de la psicopatología (Livesley *et al*, 1998; O'Connor y Dyce, 1998; Watson, Clark y Harkness, 1994). (3) Un nivel de 3 factores, semejante a otros modelos (Clark y Watson, 1999, Eysenck, 1987, Tellegen, en imprenta), con las dimensiones de Emocionalidad negativa, Desinhibición (Amabilidad y Responsabilidad bajas) y Emocionalidad positiva. (4) Un nivel de dos factores, semejante al modelo de Digman (1990), con un factor alfa (Neuroticismo, Amabilidad y Responsabilidad), y un factor beta (Extraversión y Apertura). El segundo estudio de Markon *et al* (2002) replicó este modelo jerárquico, en una única muestra de participantes que completaron el NEO-PI-R, el EPQ-R, el SNAP (Clark *et al*, en imprenta) y el BFI (John *et al*, 1991).

Los resultados parecen indicar que la organización jerárquica de la personalidad tiene una base de cinco dominios (no se encontraron dominios mayores por debajo del nivel de cinco), y que las estructuras de los niveles superiores son combinaciones de estos dominios. Sin embargo, los análisis destacan la importancia clínica y teórica tanto de los niveles superiores como de las facetas que componen cada dominio. Por ejemplo, el dominio desinhibición, por encima del nivel de los cinco dominios, está compuesto por la combinación de baja Amabilidad y baja Responsabilidad, está muy relacionado con la conducta antisocial. Más aun, muchas de las escalas de Markon *et al* contienen sustancial contenido cantidades de variancia residual que no puede ser explicada por los cinco dominios. Por ejemplo, la escala de autoagresión del DAPP-BQ, de evidente importancia clínica, no está capturada adecuadamente por el dominio Neuroticismo. Este es un claro ejemplo de la importancia del nivel de facetas (rasgos por debajo de los cinco dominios), que debe ser incluido en un sistema exhaustivo de descripción de personalidad normal y anormal. El nivel de facetas es

indispensable tanto por la información detallada que ofrece como por conectar la riqueza de fenómenos clínicos de los TP con los grandes dominios de la personalidad (Shedler y Westen, 2004). Nuevos desarrollos en el procesamiento de datos por variante múltiple (Muthen, 2002), pueden permitir identificar puntos de mayor o menor densidad. Las regiones de mayor densidad podrían representar a las configuraciones de personalidad más frecuentes, y algunas de ellas tener una importancia clínica particular.

La exploración del nivel de dominios puede ser útil para integrar la personalidad con los trastornos del eje I. La co-ocurrencia diagnóstica no es necesariamente un artefacto. Puede representar una observación empírica fiable que necesite un modelo explicatorio diferente: por ejemplo, cuando es pensada en términos de los cimientos personológicos que esos TP comparten (Krueger y Tackett 2003). Krueger, Caspi, Moffit y Silva (1998), demostraron que el T. afectivo unipolar y los T. por ansiedad reflejan una disposición latente a internalizar, mientras que el T. por abuso de sustancias y la Conducta antisocial reflejan la tendencia a externalizar. Esta estructura bipolar (externalización-internalización) también ha sido observada en amplios estudios hechos en centros de atención primaria de muchos países, incluyendo los T. somatomorfos en el espectro internalizador (Krueger *et al*, 2003). Juntando los descubrimientos sobre personalidad con los de estructura de trastornos mentales, resulta que Neuroticismo (o afectividad negativa) proporciona las bases personológicas para la psicopatología internalizadora, mientras que la emocionalidad negativa, junto a desinhibición, aportan la base personológica para la psicopatología externalizadora. La estructura bipolar permiten que las relaciones entre personalidad y psicopatología cobren sentido en un modelo común, jerárquico, integrador y dimensional. Esto ha sido avalado por estudios en genética de la conducta (Kendler *et al*, 2003; Krueger y Tackett, 2003).

Es necesaria más investigación antes de lograr una completa reorganización del DSM. Krueger sugiere que primero habría que convertir los actuales TP en un sistema de nivel de facetas organizadas en cinco grandes dominios (Markon *et al*, 2005), e investigar y discutir cuáles son las facetas óptimas que representan estos dominios en la práctica clínica. Luego considerar la reorganización de secciones y trastornos tomando en cuenta el espectro internalización - externalización, discutiendo la organización óptima de los trastornos según el espectro. Finalmente investigar la posibilidad de relacionar estos nuevos desarrollos en metodología con nuevas ideas sobre cómo describir y organizar los constructos de la personalidad y de la psicopatología. Una investigación abierta, creativa e imaginativa, que se pregunte estas cuestiones puede llegar a proporcionar un sistema diagnóstico empíricamente avalado, útil al clínico, que mejore la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales.

VII. Cobertura y puntos de corte

Trull sostiene que los modelos dimensionales, para llegar a ser una alternativa viable al sistema categorial actual, deben superar dos desafíos: cobertura y puntos de corte. Un modelo dimensional debe cubrir adecuadamente todas las condiciones existentes vistas en la clínica y al mismo tiempo proveer una base significativa con la cual diagnosticar (y diferenciar) la existencia de un TP.

El DSM-IV no cubre adecuadamente el funcionamiento no adaptativo de la personalidad visto en la clínica (Westen y Arkowitz-Westen, 1998; Verheul y Widiger, 2004). Además contiene redundancias sustanciales (Tull y Durrett, 2005), en parte evidente por la excesiva co-ocurrencia de diagnósticos. Si bien la cobertura ha sido tomada en cuenta, algunos modelos dimensionales no la cumplen, especialmente aquellos derivados del análisis de los criterios diagnósticos actuales (por ejemplo, Clark *et al*, en

impresión; Liveley y Jackson, en impresión; Tyrer, 2000; Westen y Shedler, 2000). En cambio, el MCF, al haber sido desarrollado para evaluar la estructura general de la personalidad (incluyendo rasgos adaptativos), cubre mejor el espectro de la personalidad normal, y como Trull señala, hay 50 estudios publicados en los que se afirma que los actuales criterios diagnósticos pueden ser adecuadamente comprendidos desde el MCF (Livesley 2001; Saulsman y Page, 2004; Widiger y Costa, 2002). Incluso hay estudios que demuestran que el grado de puntuación en el perfil del MCF correspondiente a TP tiene validez convergente y discriminatoria como medición directa del TP (Millar *et al*, 2001; Trull *et al*, 2003).

Una ventaja potencial de los modelos dimensionales de TP es su habilidad para caracterizar perfiles únicos e idiosincrásicos, que las categorías actuales no pueden representar adecuadamente. Uno de los diagnósticos más comunes con el sistema actual es el TP sin especificar, debido en parte al fracaso del actual grupo de 10 TP para cubrir todas las variables de rasgos no adaptativos vistos en clínica (Westen y Arkowitz-Westen, 1998; Verheul y Widiger, 2004). Todos los modelos dimensionales de TP existentes ofrecen mejor cobertura que los actuales, permitiendo descripciones de perfiles individualizados únicos para cada paciente y agregando rasgos adicionales no incluidos en los actuales criterios diagnósticos. Incluso los modelos dimensionales derivados del análisis de síntomas del DSM han debido añadir sintomatología adicional (por ej Clark *et al*, en impresión; Livesley y Jackson, en impresión; Westen y Shedler, en impresión). Sin embargo, sería útil que los estudios avalen empíricamente que la inclusión de rasgos adicionales (adaptativos y no adaptativos) logra incrementar la validez de las evaluaciones clínicas y aumentar la cobertura de los pacientes diagnosticados como TP sin especificar.

Un aspecto no tratado empíricamente por la investigación actual es cómo usar un modelo

dimensional para distinguir la presencia y la ausencia de un TP. La investigación documenta que no hay un límite claro cualitativo entre funcionamiento normal y anormal de la personalidad (uno de los argumentos para a favor de los modelos dimensionales), pero la ausencia del punto de corte hace más necesario que se hagan esfuerzos para desarrollar una base sólida para esta distinción. Los puntos de corte son imprescindibles para la toma de decisiones clínicas, sin embargo, la investigación actual no ha ofrecido aun ningún aval explícito sobre cómo tomar esas decisiones.

Algunos de los modelos alternativos citados han incluido propuestas sobre puntos de corte. Westen y Shedler (2000) sugieren un procedimiento de comparación subjetiva con viñetas de prototipos, en el que el clínico juzga según su experiencia si los rasgos del paciente están lo suficientemente cerca de los rasgos del prototipo descrito. Cloninger (2000) sugiere que las puntuaciones bajas en Autodirección y algo menos en Cooperación, Estabilidad emocional y Trascendencia, determinan (son suficientes para) la presencia de un TP. Livesley (2003) propone una tríada diagnóstica de TP: fallo para establecer y mantener representaciones estables del sí mismo y de otros; problemas interpersonales; y/o fallo para desarrollar una conducta prosocial y relaciones de cooperación. Widiger y Costa y McCrae (2002) sugieren describir primero el perfil del individuo (incluyendo rasgos normales y anormales), y sólo luego valorar si los rasgos no adaptativos alcanzan un nivel significativo de discapacidad. Todas son propuestas admirables, pero todas comparten la ausencia de investigación empírica sobre la fiabilidad, validez y utilidad clínica de su aplicación. No se sabe aun si estas propuestas se asemejan a los umbrales propuestos por el DSM-IV o a los umbrales que utilizan los clínicos al decidir el diagnóstico de «TP sin especificar».

En defensa de la ausencia de investigación sobre puntos de corte en modelos dimensionales, cabe señalar que también hay poca

investigación sobre los umbrales del DSM-IV (Samuel y Widiger, en imprenta). Es necesario investigar en identificar puntos de corte para la toma de decisiones clínicas y de cobertura social. Podría diagnosticarse un TP por el nivel de discapacidad significativa, clínica, social u ocupacional, pero no hay consenso sobre qué significa «discapacidad significativa» (Wakefield y First, 2003). Es improbable que la desviación estadística sirva para obtener puntos de corte, puesto que cada dimensión tiene diferentes implicaciones en la discapacidad (por ejemplo, es mucho más necesario en autoagresión que en evitación social). Además, sería útil separar la evaluación de la personalidad de la determinación de ausencia o presencia de TP. Esto facilitaría la consideración del funcionamiento adaptativo de la personalidad y una evaluación explícita y diferenciada de la discapacidad clínica (Lehman *et al* 2002). Serán necesarios puntos de corte diferentes para cada decisión clínica (por ejemplo, medicar, hospitalizar, o recibir psicoterapia). En suma, un modelo dimensional de clasificación tiene mucho que ofrecer para mejorar el diagnóstico de un TP, pero la conversión sería más fácil si hubiera estudios que garanticen puntos de corte para toma de decisiones clínicas.

VIII. Utilidad clínica

Tal como figura en el texto del DSM-IV, su «principal prioridad ha sido proporcionar una guía útil a la práctica clínica» (p.XXIII). La utilidad clínica ha sido siempre una prioridad para los autores del DSM, pero Verheul (en este volumen) sugiere que es necesario prestar más atención a la necesidad de obtener datos empíricos que documenten explícitamente cómo las revisiones del manual vayan a mejorar la utilidad clínica. Verheul suscribe la definición de utilidad clínica empleada por First *et al* (2004): «el grado en el que el DSM ayuda a los que toman decisiones para resolver todas las funciones clínicas de un sistema clasificatorio» (p.947). En su artículo, Verheul identifica los elementos de

validez diagnóstica que condicionan la utilidad clínica: cobertura, consistencia con modelos evolutivos y etiológicos, y consistencia con modelos de pronóstico y cambio. Luego identifica los componentes que inciden directamente en la utilidad clínica: aceptación del usuario, precisión, comunicación entre profesionales, fiabilidad entre evaluadores, sutileza diagnóstica, y toma de decisiones clínicas.

La aceptación por parte del usuario y la precisión en la aplicación de criterios diagnósticos son críticos, puesto que el potencial de cualquier modelo, por más válido que sea, queda anulado si no es utilizado o es aplicado incorrectamente. La investigación sugiere que los criterios diagnósticos actuales no son utilizados en la práctica clínica, y la información empírica sobre la potencial aceptación del usuario de modelos dimensionales es aun escasa (Sprock, 2003).

También es importante que un sistema clasificatorio facilite la comunicación entre profesionales. Se ha sugerido que las categorías actuales son preferibles a un sistema dimensional más complejo, porque una etiqueta diagnóstica (por la extensión de la información compartida) permite una mejor comunicación entre profesionales. Sin embargo, las etiquetas son inadecuadas en su descripción del caso y en la cobertura, y los clínicos prefieren tener la oportunidad de obtener y considerar una descripción más extensa de la personalidad (Zimmerman y Mattia, 1999). Para la edición de un nuevo manual son necesarios estudios que evalúen y comparen modelos dimensionales alternativos con los categorías existentes respecto a su eficacia en la comunicación entre profesionales.

Las categorías actuales pueden ser evaluadas con adecuada o alta fiabilidad entre evaluadores durante un ensayo, pero no es tan claro que en la práctica clínica se obtengan buenos niveles de fiabilidad. La investigación sugiere que las clasificaciones dimensionales obtienen mayores niveles de fiabilidad que las categoriales, pero estas comparaciones solo se han hecho en es-

tudios que usaron instrumentos estructurados, cuyo uso cotidiano por parte de los clínicos es incierto (Widiger y Samuel, en imprenta). Si un modelo no se utiliza, no será más fiable.

Varios autores han demostrado que los modelos dimensionales permiten una mayor sutileza diagnóstica que los categoriales (por ejemplo, Stone, 2002), pero esta fortaleza está directamente relacionada con la complejidad y los detalles que aportan los sistemas dimensionales. El nivel óptimo de detalle que aporta cualquier clasificación debería tomar en cuenta aspectos como la viabilidad del uso, el nivel de comunicación, y al valor añadido para la toma de decisiones. Son necesarios estudios que avalen la ventaja real en la toma de decisiones que la información adicional de los modelos dimensionales aporta.

Quizás el componente más relevante de la utilidad clínica de una taxonomía es el grado con el que logra dirigir la toma de decisiones clínicas (First *et al*/2004; Verheul, en este volumen). Los defensores del sistema actual argumentan, con acierto, que ya hay información clínica sustancial sobre métodos de tratamiento directamente relacionada con estas categorías. Sin embargo, un modelo dimensional que mantenga los síntomas de los actuales TP como manifestaciones conductuales (nivel inferior) de las respectivas escalas de rasgos (nivel superior) podría aprovecharse de la literatura y experiencia con las categorías (Widiger y Simonsen, 2005). Además, las actuales categorías pueden no ser tan útiles a los clínicos en su práctica diaria (Livesley, 2001; Verheul, en este volumen). Muchas tomas de decisiones sobre el tratamiento requieren evaluaciones más sutiles y cuantitativas, por ejemplo, cuándo y cómo poner límites estrictos, estimular la independencia o permitir la dependencia, cuyos datos no son capturados por los actuales requisitos de las principales categorías diagnósticas (Clark, 1993). Tampoco está claro si las categorías actuales son de hecho útiles para decisiones más groseras, por ejemplo,

hospitalizar o medicar.

Las decisiones sobre el tratamiento implican pocos niveles de consideración: encuadre de tratamiento (hospital, hospital de día, o ambulatorio); formato (individual, grupal, o familiar); técnicas (modelos teóricos e intervenciones); duración (durante la crisis, a corto plazo, o a largo plazo); frecuencia de las citas; y medicación, si es necesaria. Hay un creciente número de estudios y reportes clínicos que sugieren que una evaluación de las dimensiones de la personalidad puede ayudar a tomar estas decisiones (Por ejemplo, Lambert y Anderson, 1996; Miller, 1991; Sanderson y Clarkin, 2002). También hay datos y reportes que sugieren el posible valor de los modelos dimensionales para asesorar decisiones más sutiles (microdecisiones): tipo de terapia; metas; características del terapeuta; manejo de la transferencia; grado de directividad (Livesley 2003; Verheul, en este volumen). Pero en todo caso, más allá de sus ventajas, los clínicos aceptarán con más entusiasmo la conversión a un modelo dimensional si pueden ser entrenados para aplicarlo.

En suma, hay razones para ser optimistas respecto a la potencial utilidad clínica de un modelo de clasificación dimensional de TP. Sin embargo, aun falta investigación, especialmente estudios de campo en los cuales se comparen la utilidad clínica de modelos dimensionales con el actual sistema categorial (por ejemplo, facilidad de uso, comunicación entre profesionales, fiabilidad entre evaluadores, sutileza diagnóstica y toma de decisiones clínicas). Pese a que cualquier comparación estará sesgada por la familiaridad con el actual sistema, la investigación seguiría siendo útil por permitir detectar las dificultades de los clínicos al experimentar con modelos dimensionales. Los estudios de campo pueden ser caros y de larga duración, pero se podrían hacer estudios cortos valorando las opiniones de los clínicos sobre facilidad de uso, comunicación entre profesionales y toma de decisiones clínicas, utilizando casos reales y viñetas.

Conclusiones

Ha sido evidente que los conferenciantes apoyan sin duda la conversión a una clasificación dimensional de TP. Se han presentado con claridad las ventajas conceptuales y el apoyo empírico que avalan una clasificación dimensional jerárquica de los TP, consistente en cuatro o cinco dominios principales de funcionamiento de la personalidad. Esta revisión incluyó estudios suficientes sobre genética de la conducta, antecedentes evolutivos, aplicaciones transculturales, convergencia con otros trastornos mentales, cobertura y utilidad clínica.

Los participantes también ayudaron a generar ideas para una investigación que facilite la conversión a un sistema dimensional de clasificación, especialmente en cuanto al número y contenido óptimo de facetas que componen los dominios comunes a los modelos alternativos. Los modelos dimensionales alternativos proporcionan escalas que se pueden incluir en un modelo dimensional de TP. No todas podrán ser incluidas, es necesario investigar para elegir la mejor integración en una estructura jerárquica. La investigación debe incluir rasgos primarios definidos genéticamente que permitan una clasificación etiológica y la posterior investigación en genética molecular para encontrar dianas con variación genética más homogénea. También son necesarios estudios que valoren la adecuación de la representación fenotípica de los modelos dimensionales, coherencia y cobertura de cada dominio, familiaridad y facilidad de uso para los clínicos y relevancia para toma de decisiones.

Los dominios principales parecen correlacionar con los temperamentos básicos identificados en la infancia, aportando al sistema antecedentes explícitos de TP en la infancia, y relacionando la investigación en TP del adulto con la investigación en psicología evolutiva. No obstante, es necesario que la investigación articule la transición de las variables normales a anormales de estas dimensiones durante el desarrollo infantil.

Los dominios también parecen tener fuertes apoyos transculturales, proporcionando la potencial clasificación universal de TP. Sin embargo, la investigación deberá explorar metodologías etic y emic adicionales, especialmente con entrevistas semiestructuradas y evaluaciones de pares. También sería útil especificar más concretamente cómo implementar un método universal de diagnóstico (por ejemplo, si los puntos de corte deben ser iguales en todas las culturas y niveles sociales).

Los dominios también están bien coordinados con la investigación existente sobre la estructura subyacente al solapamiento entre TP y otros trastornos mentales, especialmente si se utiliza un concepto de estructura jerárquica. Por encima de los cuatro o cinco dominios, parece haber dos constructos básicos (externalización e internalización), que pueden absorber las principales facetas de estructura de la personalidad normal y anormal. Es necesaria más investigación para integrar la clasificación de otros trastornos mentales con los modelos estructurales de personalidad.

Un modelo dimensional de personalidad tiene considerable potencial para mejorar la cobertura del funcionamiento no adaptativo que se ve en la clínica. Sin embargo, hacen falta estudios para documentar empíricamente que la inclusión de los rasgos adaptativos y no adaptativos proporcionados por estos modelos de hecho mejora la validez de las evaluaciones clínicas y aumenta la cobertura de casos que reciben el diagnóstico de «TP sin especificar». Un aspecto no tomado en cuenta por la investigación actual es cómo distinguir clínicamente entre el funcionamiento normal y anormal de la personalidad con modelos dimensionales. Una ventaja de los modelos dimensionales es la flexibilidad de los puntos de corte, pero la investigación aun no ha podido demostrar cómo o dónde deben colocarse los puntos de corte para diferentes decisiones clínicas.

Finalmente, hace falta investigación adicional sobre la utilidad clínica. Un modelo dimensional de TP puede ayudar a resolver muchos problemas actuales de la práctica clínica (cobertura inadecuada, diagnósticos inestables, solapamiento, concurrencia), pero es importante demostrar empíricamente qué y cómo un modelo dimensional mejorará la facilidad de uso, la fiabilidad de evaluaciones no estructuradas, la comunicación entre profesionales y la toma de decisiones clínicas. Los estudios de campo y las evaluaciones con viñetas podrían ser informativos. También es necesario tomar en cuenta la utilidad clínica en el contexto de salud pública y costes. Por ejemplo, demostrar cómo una clasificación dimensional incide en el tratamiento y cobertura de los TP en salud pública.