

2014-03-27

Estudio de la relación entre los Cinco Grandes Factores de la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad

Álvarez, Rocío Belén

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/111>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

“Estudio de la relación entre los Cinco Grandes Factores de la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad”

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89.

Alumnas:

Álvarez Rocío Belén	Mat. 6040/03	DNI 30946732
López Cintia Lorena	Mat. 6158/03	DNI 31186815
Pérez Claudia Celeste	Mat. 5936/02	DNI 30681921

Supervisor:

Esp. Sánchez, Roberto

Seminario de radicación: Trastornos de personalidad. Diagnóstico, evaluación y pautas de tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer al Esp. Roberto Sánchez por haber aceptado trabajar con nosotros en esta investigación. Especialmente por el tiempo dedicado a nuestro aprendizaje y su enorme colaboración en la realización de este estudio. Ha sido un privilegio para nosotras contar con la ayuda de una persona con su trayectoria en esta área, y que además nos ha guiado con mucha generosidad y humildad compartiendo sus conocimientos.

También nos gustaría agradecer a nuestras familias y amigos por el apoyo incondicional y acompañamiento en la realización del trabajo de investigación; por la paciencia y aliento con que nos impulsaron.

Finalmente quisiéramos agradecer a todos aquellos que de una u otra manera participaron en este estudio consintiendo ser sujetos a la administración de las pruebas: gracias a estudiantes universitarios de nuestra facultad y de facultades próximas; a nuestros compañeros de trabajo; vecinos y amigos.

1. INTRODUCCIÓN

La descripción y clasificación de los trastornos de la personalidad (TP) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2002) se realiza mediante un modelo categorial, en el cual se le asigna al paciente una etiqueta diagnóstica que sirve para describir sus rasgos desadaptativos. Sin embargo, los TP, al igual que el funcionamiento de la personalidad normal, no pueden describirse adecuadamente mediante una única etiqueta diagnóstica. Los seres humanos parecen tener más bien una serie de constelaciones de rasgos de personalidad desadaptativos (y adaptativos). Estos rasgos y constelaciones podrían describirse mejor mediante modelos dimensionales. Se han presentado una serie de modelos dimensionales para los TP, y parece que la mayoría de ellos pueden ser integrados en una estructura jerárquica común (Widiger y Mullins-Sweatt, 2007). Los distintos modelos que muestran la configuración de los TP ayudan a los investigadores a entender y simplificar el mundo complejo de estos trastornos; estos modelos sitúan a los TP en el mismo espacio multivariado, revelando las dimensiones fundamentales de los mismos, así como similitudes y diferencias en estas dimensiones. El Modelo de los Cinco Factores (MCF) es uno de estos modelos configuracionales (Dyce y O'Connor, 2002). En este trabajo relacionaremos las dimensiones del MCF (Costa y McCrae, 1990, John y Srivastava, 1999; Sanchez y Ledesma, 2007) con las categorías de los trastornos del DSM-IV-TR (APA, 2002).

1.1. Conceptos de Personalidad y de Trastornos de la Personalidad

Según Millon y Everly (1994), la personalidad representa un patrón profundamente incorporado y que muestra rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persisten por largos períodos de tiempo y es relativamente resistente a la extinción. Estos rasgos emergen de una

complicada matriz de disposiciones biológicas y del aprendizaje experiencial. Hay dos procesos situados en el centro de la personalidad: (a) cómo interactúa el individuo con las demandas del medio ambiente, y (b) cómo se relaciona el individuo consigo mismo. Los autores utilizan el término *patrón* en referencia a la personalidad por dos razones: primero, para llamar la atención sobre el hecho de que estas conductas y actitudes surgen de una compleja interacción entre disposición biológica y experiencias aprendidas; segundo, para denotar el hecho de que estas características de personalidad no son sólo una agregación difusa de tendencias al azar, sino una estructura predecible y aprendida de conductas manifiestas y encubiertas. El DSM-IV (APA, 1994) define la personalidad como un patrón persistente en las formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad se definen como pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y uno mismo que se hacen patentes en una amplia gama de contextos personales y sociales. Sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo. Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto (APA, 1994).

El enfoque diagnóstico utilizado en el DSM-IV (APA, 1994) presenta una perspectiva categorial donde los TP representan síndromes clínicos cualitativamente distintos. Sin embargo, el Manual 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. Un modelo consiste en las cinco dimensiones siguientes: neuroticismo, introversión versus extraversión, rechazo o disponibilidad para experimentar, hostilidad versus amabilidad y escrupulosidad. (...)”

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.”

Así, observamos que el DSM-IV ya plantea la conveniencia de considerar un modelo dimensional para los TP.

La Teoría de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad (TCF) (McCrae y Costa, 1999; McCrae y otros, 2000; Allik y McCrae, 2002; Sanchez y Ledesma, 2007) proporciona un marco útil para entender la personalidad adulta, proponiendo dos vías distintas: las tendencias básicas (básicamente las cinco dimensiones), que siguen un patrón de maduración intrínseca y abarcan potenciales y disposiciones abstractas, y las adaptaciones características (condicionadas culturalmente) que responden a las oportunidades y los incentivos del ambiente social, e incluyen las habilidades, los hábitos, las creencias, los papeles y las relaciones, todos ellos adquiridos.

De acuerdo con la TCF, los factores amplios de personalidad y los rasgos específicos que los definen se comprenden mejor no como adaptaciones características sino como tendencias básicas endógenas. Sin embargo, las influencias ambientales desempeñan un papel crucial en el funcionamiento del sistema de personalidad en varios aspectos: definen las condiciones bajo las cuales se desarrolla la personalidad humana, moldean una vasta colección de habilidades, valores, actitudes e identidades, proporcionan las formas concretas en que se expresan los rasgos de personalidad y por ende, suministran los indicadores a partir de los cuales se infieren los rasgos de personalidad y se miden los niveles de rasgos. En síntesis, el ambiente serviría para modular, para permitir la justa expresión de aquello que traemos al nacer (McCrae y otros, 2000).

De acuerdo con la TCF, los rasgos no pueden ser observados directamente, sino más bien inferirse a partir de patrones de conducta y experiencia. Las escalas de personalidad confían en estos indicadores y

necesitan ser sensibles a las variaciones introducidas por la cultura, la edad y otros contextos, si bien están diseñados para permitir inferir los constructos psicológicos más profundos (McCrae y otros, 2000).

1.2. El Modelo de los Cinco Grandes Factores

1.2.1. Desarrollo Histórico de los Modelos Factoriales

1.2.1.1. La Medicina y la Tradición Griega Clásica

Desde la perspectiva de la medicina de la tradición clásica griega, cuatro elementos constituían al universo y, por consiguiente, al hombre en tanto que cosmos en miniatura. El aire, el agua, la tierra y el fuego se homologaban en el cuerpo humano a cuatro humores: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema (Avia, Sanz y Silva, 1999). De acuerdo a Empédocles de Agrigento (495 – 435 a. de C. aproximadamente) la diversidad de elementos y sus combinaciones daban cuenta de las diferencias individuales. La patología estaba dada por el predominio de un elemento por sobre los otros así como la salud era sinónimo de equilibrio entre las partes. Posteriormente Hipócrates (460 – 336 a. de C.), retomando dicha doctrina y haciendo uso de los conocimientos de la época acerca de los fluidos corporales, convirtió la relación entre los humores y el temperamento en un intento más por establecer las conexiones entre la personalidad y sus bases biológicas (Sánchez y Ledesma, 2007). Galeno sería quien continuara los desarrollos taxonómicos de Hipócrates afirmando que los tipos humorales se definen por la preponderancia, y no por la exclusividad, de un rasgo temperamental específico. Se fundan, entonces, cuatro personalidades básicas: sanguínea, colérica, melancólica y flemática (Avia, Sanz y Silva, 1999; Sánchez y Ledesma, 2007). La personalidad sanguínea, en concordancia con la humedad y calidez de la sangre, definiría un temperamento alegre, siendo el sujeto optimista y sociable. Por su parte, a la personalidad colérica, regida por la bilis amarilla (cálida y seca) propicia un temperamento irascible,

siendo la persona impulsiva e irritable. La bilis negra (fría y seca) predominaría en la personalidad melancólica, caracterizada por un temperamento depresivo, pesimista, reservado y triste. Finalmente, la personalidad flemática, gobernada por la fría y húmeda flema, se constituiría a partir de un temperamento apagado, siendo el sujeto inmutable, apático y controlado.

El pensamiento occidental desde los siglos II a XVII se dejó llevar por esta milenaria corriente que tanto Emmanuel Kant a fines del XVIII como Wilhelm Wundt en las postrimerías del XIX también emplearían en sus lineamientos teóricos (Avia, Sanz y Silva, 1999). Incluso Eysenck, relacionó sus factores de extraversión y neuroticismo con los cuatro temperamentos de los griegos (Sanchez y Ledesma, 2007).

1.2.1.2. La Tradición Factorial, Personalidad y Rasgos

El concepto de *rasgo* adquirió un lugar relevante a la hora de comprender la personalidad a partir de los trabajos de Gordon Allport y su obra seminal *Personalidad: una interpretación psicológica* (1937), donde define al rasgo de personalidad como una disposición a responder, de forma igual o parecida, a diversas clases de estímulos; se trataría de una tendencia a conducirse de forma relativamente constante que perduraría a lo largo de la vida. Entre sus características menciona:

1. Existen realmente; no se trata de constructos para explicar la conducta.
2. No sólo emergen de estímulos ambientales sino que determinan o condicionan el comportamiento.
3. Guardan relación entre sí.
4. De acuerdo al contexto, pueden ser variables. Incluso pueden aparecer rasgos opuestos en situaciones distintas.

Hans Eysenck en 1947 publicaría el libro *Dimensiones de la personalidad*, procurando descubrir los determinantes de las diferencias

individuales en el marco de un modelo de la personalidad basado en los rasgos. Convencido de que no los encontraría estudiando las relaciones entre los estímulos y las respuestas, inicialmente postuló dos dimensiones de origen biológico: la Extraversión (antagónico de la Introversión) y el Neuroticismo (opuesto a la Estabilidad emocional). Posteriormente, ante lo limitado de una solución de dos factores para comprender la personalidad, agregaría un tercer factor: Psicoticismo (negativo del control de los impulsos) (Sánchez y Ledesma, 2007).

Los programas de investigación que desde los años '40 estuvieron dirigidos a develar los rasgos básicos de la personalidad fueron signados por la ausencia de un consenso acerca de los mismos. Según Avia, Sanz y Silva (1999), pese a los esfuerzos sostenidos en el tiempo por diversos autores hacia fines de los 40' y comienzos de los 50' (Guilford y Zimmerman, Cattell, Eysenck), la comunidad científica no logró establecer un modelo único de estructura de la personalidad. Dado que la meta esencial de las teorías de rasgos y las teorías factorialistas no lograba ser alcanzada, la psicología de los rasgos sucumbió a una crisis sufrida alrededor de los años '70, arrastrando a la psicología de la personalidad toda. Es de la mano del Modelo de los Cinco Factores (MCF) que la disciplina resurge junto con un nuevo acercamiento a los modelos dimensionales (Avia, Sanz y Silva, 1999).

1.2.1.3. Modelos Actuales de Rasgos: Hipótesis Léxica y Tradición Factorial

A partir de la década del '80, la investigación científica sobre el Modelo de los Cinco Factores se ha visto en aumento gracias a los aportes de los enfoques léxicos y factorialistas (Costa y McCrae, 1990, John y Srivastava, 1999; Sanchez y Ledesma, 2007). La hipótesis léxica sostiene que los rasgos de personalidad se ven descriptos por el lenguaje cotidiano de las interacciones humanas. De esta manera, el lenguaje se convierte en fuente de información a la hora de conocer y dar cuenta de la personalidad. Interculturalmente, la existencia de términos idiomáticos diferentes para definir un rasgo presupone su frecuencia de manifestación en el universo

demográfico y, por consiguiente, la importancia adjudicada al mismo al momento de reconocerlo en diversos sujetos (Avia, Sanz y Silva, 1999).

Con el objetivo de arrojar luz sobre la hipótesis léxica, Sánchez y Ledesma (2007) citan a Saucier y Goldberg (1996) quienes se refieren a la misma de la siguiente manera: (a) el lenguaje de la personalidad describe fenotipos, es decir, formas de expresión y no de génesis de los rasgos; (b) los caracteres fenotípicos están codificados en el lenguaje cotidiano; (c) el grado de representatividad de un rasgo en el lenguaje es proporcional a la relevancia de dicho atributo; (d) la hipótesis léxica permite elegir variables de personalidad para su investigación; (e) las diferencias individuales de las personas se ven reflejadas mediante el uso de adjetivos; (f) el enfoque léxico puede aplicarse en el contexto de la ciencia de la personalidad, mas no sucede igual en otros contextos científicos; (g) las dimensiones obtenidas en el juicio sobre la personalidad son relativamente constantes y pueden replicarse con distintos procedimientos en diferentes muestras.

El modelo complementa a la hipótesis léxica, con la *tradición factorial*. El análisis factorial vendría a corroborar los estudios antecesores apelando a la construcción de inventarios y cuestionarios para evaluar las dimensiones de la personalidad (Avia, Sanz y Silva, 1999). Los factores se constituyen recogiendo datos del lenguaje y examinando correlaciones estadísticamente a través del análisis factorial (Sánchez y Ledesma, 2007).

Desde el punto de vista de Digman (2002) fue McDougall en 1932 quien primero sugirió el estudio de la personalidad distinguiendo *cinco factores*. Dos años más tarde, Thurstone llevó a cabo un análisis factorial sobre la base de 60 adjetivos descriptores de rasgos concluyendo que cinco factores independientes eran suficientes para abarcarlos a todos. Por su parte, Allport y Oldbert en 1936 dirigieron un programa de investigación léxico incluyendo términos de la personalidad que estimaban importantes así como también todos los presentes en un diccionario de idioma inglés que servían para diferenciar la conducta de uno de la de otros. Inicialmente la lista contaba 18000 palabras, reduciéndose paulatinamente a 4500. Finalmente Cattell

partiría de tal nómina para, a fines de los años '40, consolidar sus *16 Factores de Personalidad* (Sánchez y Ledesma, 2007). Hasta 1980, mientras los sistemas de Cattell y Eysenck cobraban mayor repercusión en tanto representativos de los modelos factoriales, otra serie de investigaciones tendientes a la perspectiva pentafactorial tomaba los aportes de Fiske (1949), Tupes y Cristal (1961), Norman (1963) y Norman y Goldberg (1966) (Digman, 2002).

En 1981, Goldberg introduciría el término "*Cinco Grandes*" para denominar a los factores que consideraría de recurrente aparición en múltiples investigaciones sobre el tema. Con esa denominación proponía dar a entender que cada factor reuniría en sí mismo numerosos rasgos predeterminados, es decir que una dimensión abarca en su amplitud una variedad delimitada de caracteres asociados (Sánchez y Ledesma, 2007). Esos cinco rasgos eran la Extraversión (polo opuesto Introversión), la Amabilidad (Antagonismo), la Responsabilidad (Irresponsabilidad), el Neuroticismo (Estabilidad emocional) y la Apertura a la Experiencia (Convencionalismo). Numerosos ensayos empíricos posteriores corroborarían la estabilidad y replicabilidad de los Cinco Grandes en diferentes culturas e idiomas (Avia, Sanz y Silva, 1999).

1.2.2. El Modelo de los Cinco Grandes Factores

Finalizando la década de los '80, la psicología de la personalidad se ve alentada por el resurgimiento del concepto de *rasgo*, el interés por el análisis factorial y las ventajas derivadas de los supuestos léxicos (Sánchez y Ledesma, 2007). El Modelo de los Cinco Grandes Factores logró su desarrollo como resultado de la aplicación del método factorial sobre extensas muestras de términos descriptores de rasgos que originalmente fueron seleccionados en el idioma inglés. La relevancia particular de cada rasgo fue definida por la cantidad de vocablos empleados para describir sus diversas graduaciones y variedades a la hora de dar cuenta de la personalidad (Widiger y Mullins-Sweatt, 2005). Las cinco dimensiones fueron

replicadas en estudios léxicos sobre los vocablos usados para señalar los rasgos en diversos idiomas. Asimismo el modelo ha logrado relevante aval empírico y validez convergente y discriminante (Widiger y Mullins-Sweatt, 2005). Cada factor, a su vez, consta de subdominios o facetas particulares reseñadas por Costa y McCrae en los años '90 y mencionadas en este texto más adelante.

Dos sistemas son utilizados en la actualidad con el objetivo nombrar a los cinco factores. El primero procede de las investigaciones propias de la línea léxica, se enuncian con números romanos y se dan a conocer a través de las siguientes locuciones definidas por Norman en 1963: (a) I. Extraversión o Surgencia (*Extroversión* o *Surgency*); (b) II. Amabilidad (*Agreeableness*); (c) III. Responsabilidad (*Conscientiousness*); (d) IV. Estabilidad emocional (*Emotional Stability*) y, por último, (e) V. Cultura (*Culture*) (Avia, Sanz y Silva, 1999). Los números romanos reflejan su orden de emergencia en los estudios de Norman así como también la prioridad de los mismos en relación a la cantidad de adjetivos referentes a rasgos en los diccionarios de lengua inglesa.

El segundo sistema dispuesto para hacer alusión a los cinco grandes se inspira en los trabajos de Eysenck y en los análisis factoriales de inventarios sobre personalidad distinguiendo, en principio, la Extraversión (*Extraversion*) y el Neuroticismo (*Neuroticism*). Luego Costa y McCrae agregarían la Apertura a la experiencia (*Openness to experience*), la Amabilidad (*Agreeableness*) y la Responsabilidad (*Conscientiousness*) (Avia, Sanz y Silva, 1999).

Descripción de los Factores

Los cinco grandes factores del modelo de Costa y McCrae, son los que se detallan a continuación.

Neuroticismo (polo opuesto *Estabilidad emocional*).

El Neuroticismo se define por la tendencia a vivenciar emociones negativas, conjeturar pensamientos irracionales y poseer una escasa capacidad para controlar los impulsos y las situaciones estresantes (Avia, Sanz y Silva, 1999). Se trataría de un nivel crónico de ajuste emocional e inestabilidad (Costa y Widiger, 2002). Dentro del continuo dimensional, los sujetos con gradientes más altos de neuroticismo se mostrarán preocupados, aprehensivos, sensibles, nerviosos, inseguros, inestables, hipocondríacos, tristes, miedosos, tensos y vulnerables. Mientras que quienes puntúen menos en esta dimensión, serán vistos como personas seguras, fuertes, autocontroladas, calmas, relajadas, estables y equilibradas (Avia, Sanz y Silva, 1999). Las facetas incluidas por Costa y McCrae dentro de este factor son la ansiedad, la hostilidad, la impulsividad, la vulnerabilidad, la timidez y la depresión (Sánchez y Ledesma, 2007).

Extraversión (Introversión).

La Extraversión es descrita por Avia, Sanz y Silva (1999) como la cantidad e intensidad de relaciones interpersonales, grado de actividad, necesidad de estimulación y capacidad para la alegría. Los sujetos más extrovertidos dentro de la escala se distinguen por ser divertidos, activos, optimistas, sociables, conversadores y afectuosos. Por el contrario, aquellos más introvertidos se expresarán de manera más reservada, fría, autónoma, callada, solitaria, distante y sobria. No siempre se trata de sujetos infelices o pesimistas, pero no suelen experimentar las emociones efusivamente (Costa y Widiger, 2002). Las facetas o subdominios de la dimensión son el gregarismo, la cordialidad, la asertividad, la búsqueda de emociones, la actividad y la vivencia de emociones positivas (Avia, Sanz y Silva, 1999).

Apertura a la experiencia (Convencionalismo).

La Apertura a la experiencia se diferencia de la inteligencia y la habilidad e involucra la búsqueda activa de experiencias (Costa y Widiger, 2002). Supone la permeabilidad y profundidad de la conciencia y la motivación activa por ampliar el campo de vivencias. Aquellas personas que dentro del continuo dimensional de apertura a la experiencia se encuentran con mayor

puntaje se reconocerán como curiosas, imaginativas, creativas, originales, liberales y con intereses diversos. Su opuesto será quien se muestre rígido, inflexible, convencional, tradicional, conservador, dogmático, pragmático e insensible (Avia, Sanz y Silva, 1999). Las facetas incluidas en este factor son los sentimientos de receptividad, la tendencia a realizar acciones diferentes, la mentalidad abierta a ideas nuevas, la fantasía, la disposición a reflexionar sobre los valores y la estética (Avia, Sanz y Silva, 1999).

Amabilidad (Antagonismo).

La Amabilidad hace mención a las clases de interacciones que un sujeto prefiere mantener a lo largo del continuo compasión – antagonismo (Costa y Widiger, 2002). Las personas con niveles más altos de amabilidad se mostrarán bondadosas, afables, compasivas, serviciales, confiadas, altruistas, cooperativas, sensibles y empáticas. En el otro extremo del continuo, se encontrarán aquellos más cínicos, rudos, vengativos, irritables, suspicaces, manipulativos, críticos, egoístas, competitivos y agresivos (Avia, Sanz y Silva, 1999). Los subdominios de la amabilidad son la confianza, la franqueza, el altruismo, la actitud conciliadora, la modestia y la sensibilidad social (Sánchez y Ledesma, 2007).

Responsabilidad (Falta de responsabilidad).

La Responsabilidad remite al nivel de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a objetivos (Avia, Sanz y Silva, 1999). Las personas con mayores puntajes en esta dimensión se mostrarán fiables, autocontroladas, trabajadoras, organizadas, puntuales, prudentes, ambiciosas, perseverantes, meticulosas, cuidadosas y formales. Por otro lado, quienes resulten menos responsables serán vistos como poco fiables, informales, vagos, apáticos, descuidados, negligentes, hedonistas y laxos (Costa y Widiger, 2002). Las facetas propias de este factor son la competencia, el orden, el sentido del deber, la necesidad de logro, la autodisciplina y la reflexión (Sánchez y Ledesma, 2007).

1.2.3. Evaluación de la personalidad de acuerdo al Modelo de los Cinco Grandes. El Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad (AEP)

La tradición factorial y el Modelo de los Cinco Grandes Factores han sido reconocidos por el énfasis puesto sobre el desarrollo de escalas para su medición. Gran cantidad de instrumentos han sido construidos con la finalidad de operacionalizar las cinco dimensiones, entre ellos el *Revised NEO Personality Inventory* (NEO PI-R) elaborado por Costa y McCrae en 1992 sobre la base del esquema anterior de su *NEO Personality Inventory* de 1985 (Costa y McCrae, 1985, 1992). Debido a la importancia que ha cobrado el NEO PI-R dentro de la comunidad especializada (Ledesma, Sánchez y Díaz, 2011), el inventario fue traducido a distintos idiomas, incluso el español (Costa y McCrae, 1999).

El *Big Five Inventory* publicado por John, Donahue y Kentle en 1991 es otro cuestionario que procura referir la personalidad infiriendo los factores a partir de la estimación de hábitos, actitudes y preferencias conductuales. De su traducción en Argentina se ocuparon Castro-Solano y Casullo en 2001, facilitando una alternativa de medición de los Cinco Grandes en nuestro idioma (Ledesma, Sánchez y Díaz, 2011).

Los instrumentos nombrados anteriormente, al igual que otra larga serie de inventarios desarrollados para evaluar la personalidad según el MCF, comparten el mismo formato: frases cortas que representan rasgos específicos de cada uno de los cinco factores. Pero existe otro formato consistente únicamente en un listado de adjetivos para que la persona responda cuánto lo describe cada uno de ellos (Sanchez y Ledesma, 2007). El formato con adjetivos tiene como ventaja la sencilla lectura y comprensión para los participantes, así como también insume poco tiempo de administración. Se le suma, asimismo, que los resultados obtenidos son consistentes con el MCF (Ledesma, Sánchez y Díaz, 2011).

Las diferencias culturales y lingüísticas justifican el desarrollo y la utilización de instrumentos que se adapten a los contextos y poblaciones específicas. Se considera que el desarrollo de instrumentos no se puede

limitar a traducir versiones existentes en otros idiomas, y tampoco se puede suponer la equivalencia de un instrumento en diferentes culturas, aunque el idioma sea el mismo. Esto resulta particularmente importante en el caso de adjetivos, donde diferentes culturas pueden requerir diferentes traducciones de un mismo término. Del mismo modo, una traducción puede dar lugar a diferentes interpretaciones (Ledesma, Sánchez y Díaz, 2011). Estas discrepancias entre diferentes traducciones de conceptos teóricos, se extiende incluso a los propios nombres de los factores (Avia, Sanz y Silva, 1999).

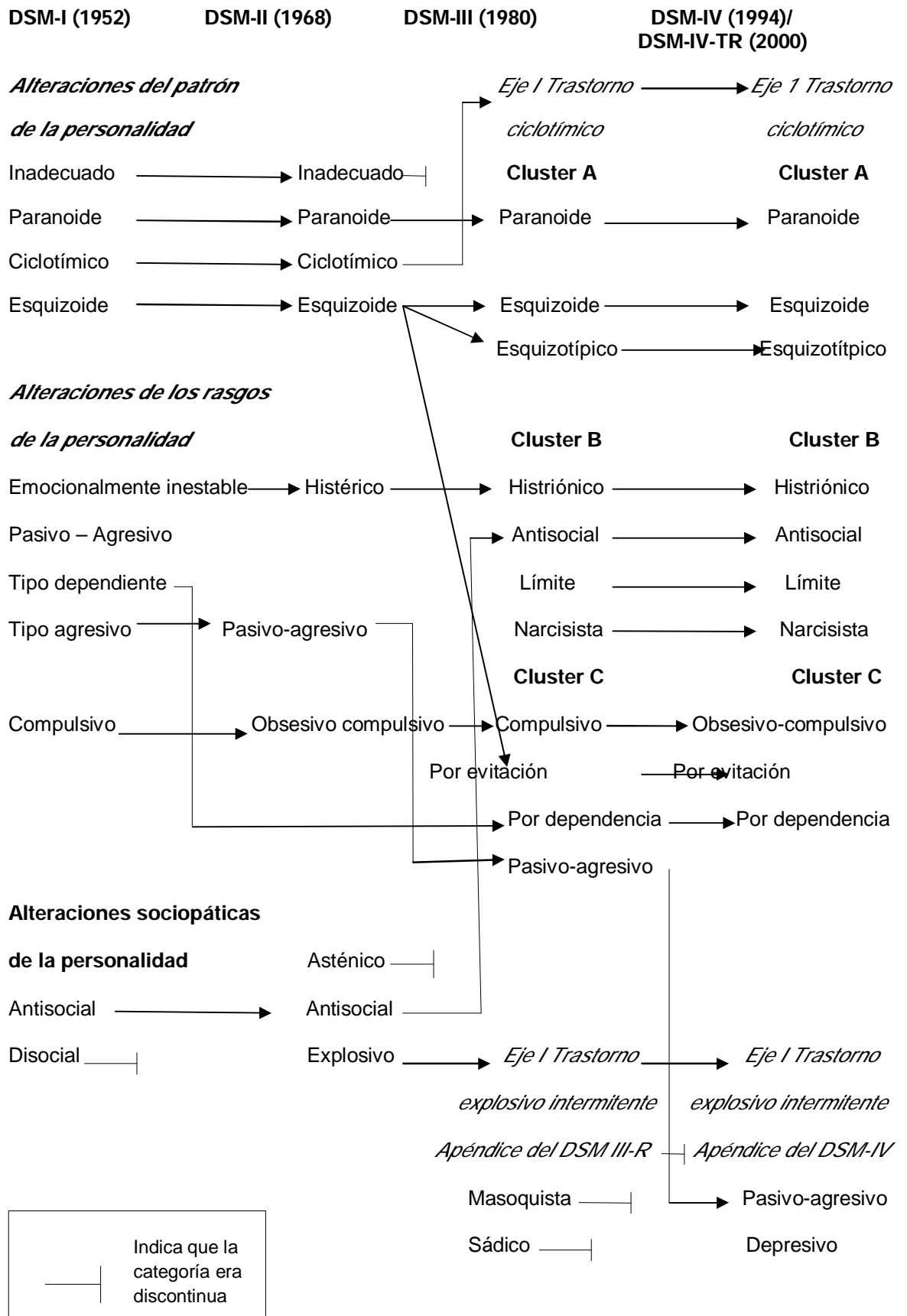
El Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad (AEP) (Ledesma, Sánchez y Díaz, 2011; Sanchez y Ledesma, 2007) es un instrumento diseñado en nuestro contexto para describir la personalidad, basado en el MCF. Además, constituye una contribución a la investigación y evaluación psicológica en diferentes contextos, al proponer una medida válida, confiable y económica para evaluar la personalidad (Ledesma, Sánchez y Díaz, 2011). El listado es empleado para indagar el grado de presentación de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad. Comprende 67 adjetivos descriptores de la personalidad los cuales son presentados a la persona quien debe indicar en una escala de 5 puntos qué tanto la describen. La escala va de 1 (“no me describe en absoluto”) a 5 (“me describe tal como soy”). 16 adjetivos conforman la dimensión de Amabilidad, 18 la de Neuroticismo, 13 la de Responsabilidad, 10 la de Extroversión y 10 la de Apertura a la experiencia. El AEP fue el instrumento utilizado en este trabajo para evaluar la personalidad según el MCF.

1.3. Los Trastornos de la Personalidad

1.3.1. Desarrollo Histórico de los Trastornos de la Personalidad según el DSM

Los trastornos de la personalidad aparecen en todas las ediciones del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM) de la *American Psychiatric Association* (APA). Debido fundamentalmente a la necesidad de estandarizar los diagnósticos psiquiátricos en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, la APA encargó a su Comité de Nomenclatura y Estadística que recabara la opinión de los expertos con el fin de desarrollar un manual diagnóstico que sirviera para codificar y estandarizar los diagnósticos psiquiátricos. Este sistema diagnóstico sirvió de base a la primera edición del DSM en 1952. Esta primera edición fue muy utilizada y posteriormente se procedió a su revisión en varias ocasiones, dando lugar al DSM-II (1968), al DSM-III (1980), al DSM-III-R (1987), al DSM-IV (1994) y al DSM-IV-TR (2000). En la figura 1. se presenta la historia de la clasificación y de los términos diagnósticos utilizados para referirse a los trastornos de la personalidad desde el DSM-I al DSM-IV (el DSM-IV-TR es sólo una revisión del texto del DSM-IV en la que se utilizan los mismos términos diagnósticos) (Oldham, 2007).

FIGURA 1. Desarrollo Histórico del DSM (adaptado de Oldham, 2007).



En el DSM-I, los trastornos de la personalidad se consideraban como déficits que reflejaban detenciones parciales del desarrollo o distorsiones de éste, secundarias a una crianza inadecuada o patológica desde los primeros años de vida. Estos trastornos se clasificaban en tres grandes grupos: alteraciones del patrón de la personalidad, alteraciones de los rasgos de la personalidad y alteraciones sociopáticas de la personalidad. *Las alteraciones del patrón de la personalidad* se consideraban como los trastornos más afianzados del sujeto y más difíciles de modificar. Este grupo incluía la personalidad inadecuada, la personalidad esquizoide, la personalidad paranoide y la personalidad ciclotímica. *Las alteraciones de los rasgos de la personalidad* se consideraban menos graves y discapacitantes que las anteriores, ya que en ausencia de estrés, estos pacientes podían funcionar relativamente bien en la vida diaria. Sin embargo, cuando estaban sometidos a un nivel de estrés considerable, los pacientes con personalidad emocionalmente inestable, pasiva-agresiva o compulsiva presentaban malestar emocional y deterioro del funcionamiento en la vida diaria. La categoría de *alteraciones sociopáticas de la personalidad* reflejaba lo que en ese momento se consideraban desviaciones sociales, como la reacción antisocial, la reacción disocial, las desviaciones sexuales y las adicciones (Oldham, 2007).

En el proceso de revisión del DSM-I se hizo un esfuerzo para apartarse de los diagnósticos basados en teorías o paradigmas teóricos e intentar alcanzar un consenso sobre los principales patrones de personalidad que fueran observables y mensurables, así como duraderos y consistentes en el tiempo. Se eliminaron las subcategorías del DSM-I (alteraciones del patrón de la personalidad, alteraciones de los rasgos de la personalidad, alteraciones sociopáticas de la personalidad) y se añadió un nuevo trastorno de la personalidad que se denominó trastorno asténico de la personalidad, pero se eliminó en la siguiente edición (DSM-III) (Oldham, 2007).

En el DSM-III se introdujo por primera vez el sistema multiaxial. Los trastornos clasificados en el Eje I incluían aquellos que generalmente eran episódicos y cursaban con remisiones y reagudizaciones. En el Eje II se incluían los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Se consideraba que estos dos tipos de trastornos se caracterizaban por un inicio precoz y problemas persistentes a lo largo del tiempo; sin embargo, se decía que el retraso mental era de origen “biológico” mientras que los trastornos de la personalidad se consideraban de origen “psicológico”. La necesidad de situar los trastornos de la personalidad en el Eje II era la necesidad de asegurarse de que se tenían en cuenta la presencia de trastornos que se pasaban por alto cuando la atención se dirigía a los trastornos del Eje I por su vistosa sintomatología. Además esta decisión de situarlos en el Eje II condujo a un mayor reconocimiento de los trastornos de la personalidad, sirviendo así a estimular la investigación y a que mejorara el conocimiento sobre la psicopatología de la personalidad (Oldham, 2007).

Como se observa en la Figura 1, los diagnósticos de la personalidad inadecuada y de trastorno asténico de la personalidad que figuraban en el DSM-II ya no aparecen en el DSM-III. El diagnóstico explosivo de la personalidad cambió al de trastorno explosivo intermitente de la personalidad, y el trastorno ciclotímico de la personalidad pasó a llamarse trastorno ciclotímico. Además estos dos últimos diagnósticos pasaron al Eje I. Por otro lado, el trastorno esquizoide de la personalidad se subdivide en tres diagnósticos: el *trastorno esquizoide de la personalidad*, que se aplicaba a aquellas personas “solitarias” que no mostraban ningún interés por mantener relaciones interpersonales; el *trastorno esquizotípico de la personalidad*, que se consideraba dentro del espectro de la “esquizofrenia” y se caracterizaba por pensamientos, creencias y comportamientos excéntricos, y el *trastorno de la personalidad por evitación*, caracterizado por el aislamiento social no obligado, sino elegido por el paciente, sentimientos de incompetencia para las relaciones sociales y ansiedad ante la posibilidad de ser evaluado negativamente por los demás. También se añadieron dos nuevos trastornos: el trastorno de personalidad límite y el trastorno narcisista

de la personalidad. Respecto del límite, se hace hincapié en las alteraciones emocionales, las relaciones interpersonales inestables y la falta de control de los impulsos. A partir de esta edición del Manual los trastornos de la personalidad se organizan en tres grupos denominados *clusters*, basados en las similitudes de sus características (Oldham, 2007).

En el DSM-III-R, publicado en 1987, no se hizo ningún cambio en las categorías diagnósticas de los trastornos de la personalidad, aunque se hicieron ciertos ajustes en algunos conjuntos de criterios, por ejemplo, haciéndolos uniformemente politéticos en lugar de definir algunos trastornos de la personalidad mediante conjuntos de criterios monotéticos. Además, en el Apéndice A (“Categorías diagnósticas que requieren más investigación”) del DSM-III-R se incluyeron dos nuevos trastornos de la personalidad: el trastorno masoquista de la personalidad y el trastorno sádico de la personalidad. Ambos diagnósticos se consideraban provisionales y su inclusión definitiva dependía de los resultados de la investigación y de la revisión de la experiencia clínica (Oldham, 2007).

En el DSM-IV (APA, 1994) se introdujo por primera vez un conjunto de criterios diagnósticos generales para los trastornos de la personalidad, en el que se da especial importancia a factores tales como el inicio precoz, la duración prolongada, la inflexibilidad y el carácter dominante. Las categorías diagnósticas y la organización de los TP en grupos son las mismas que en el DSM-III-R, con la excepción de que el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad pasa al capítulo de diagnósticos que requieren más investigación (Apéndice B). El trastorno pasivo-agresivo de la personalidad tal como se definía en las dos ediciones anteriores del DSM se consideró demasiado genérico y unidimensional. Se denominó provisionalmente “trastorno negativista de la personalidad” y se revisaron sus criterios diagnósticos. Los dos criterios diagnósticos provisionales del Eje II en el DSM-III-R (trastorno masoquista de la personalidad y trastorno sádico de la personalidad) no se incluyeron en el DSM-IV ya que se consideró que no existían suficientes datos de investigación ni consenso clínico que justificara

su inclusión. Se propuso un nuevo trastorno de la personalidad en el Apéndice B: el trastorno depresivo de la personalidad. Se propuso este diagnóstico de forma provisional para incluir a los pacientes que se caracterizan por un estilo cognitivo pesimista. Sin embargo aún no está clara su validez diagnóstica (Oldham, 2007).

El DSM-IV establece un procedimiento de tipificación para los TP que prescribe:

“Cuando (como suele ocurrir) el patrón de comportamiento de un individuo cumple los criterios para más de un trastorno de la personalidad, el clínico debe hacer constar todos los diagnósticos de los trastornos de la personalidad pertinentes por orden de importancia”.

El diagnóstico de los trastornos de personalidad en la actual edición del DSM implica dos aspectos centrales. El primero es el referido al concepto mismo de trastorno de la personalidad, que es definido como un patrón de conductas y de experiencias internas que está generalizado, es estable y se mantiene al menos desde la adolescencia. El segundo aspecto se refiere a la identificación de un trastorno de personalidad en una lista de diez, con una categoría adicional de “no especificado”.

La revisión propuesta en el borrador del DSM-V avanza hacia un modelo dimensional. Resulta una propuesta más bien compleja y tiene tres características principales: una nueva definición de lo que es un trastorno de personalidad, centrada en los fallos de adaptación, que implican alteraciones de la identidad o en las relaciones interpersonales efectivas; cinco categorías diagnósticas (antisocial/psicópata, evitativo, límite, obsesivo-compulsivo y esquizotípico); y una serie de seis dominios de personalidad, cada uno de los cuales con un subconjunto de facetas o rasgos (Esbec y Echeburúa, 2011). El Grupo de Trabajo sobre los TP de la APA recomienda una reconceptualización importante de la psicopatología de la personalidad como deficiencias básicas en el funcionamiento de la personalidad, como

rasgos patológicos de la personalidad y como tipos prominentes de personalidad patológica.

Los TP se diagnosticarían siguiendo cuatro criterios:

1. Identificación de cinco niveles de gravedad en el funcionamiento de la personalidad (de “no afectación” a “deterioro extremo”).
2. Establecimiento de las cinco categorías de TP mencionadas, las cuales deben valorarse en una escala dimensional de cinco puntos (de “nulo: esta descripción no se aplica al paciente” a “muy bueno: el paciente es un ejemplo de este tipo”) (propuesta pendiente de validación empírica).
3. Creación de seis dominios generales de personalidad y de 37 facetas-rasgo de personalidad más específicas.
4. Redefinición de los TP, basada en rasgos patológicos y deficiencias severas en los componentes básicos del funcionamiento de la personalidad.

El Grupo de Trabajo recomienda que los pacientes sean valorados en función de los seis dominios y los 37 rasgos-facetas más específicos. Estas dimensiones deben graduarse en una escala de 0 a 3 puntos (0: muy poco o nada; 1: ligeramente descriptivo; 2: moderadamente descriptivo; 3: muy descriptivo de la persona). Los dominios de carácter amplio y los rasgos-facetas correspondientes a cada uno de ellos figuran expuestos en la Tabla 1.

Tabla 1. Dominios de carácter amplio y rasgos-facetas correspondientes, DSM V (Adaptado de Esbec y Echeburúa, 2011)

DOMINIOS	RASGOS-FACETAS DE LA PERSONALIDAD	RASGOS
Emocionalidad negativa	Labilidad emocional, ansiedad, sumisión, inseguridad de separación, pesimismo, baja autoestima, culpa/vergüenza, autolesiones, depresividad, desconfianza.	10
Introversión	Retraimiento social, aislamiento social, afectividad restringida, anhedonia, evitación de relaciones íntimas.	5
Antagonismo	Insensibilidad, manipulación, narcisismo, histrionismo, hostilidad, agresión, negativismo,	8

	engaño.	
Desinhibición	Impulsividad, desatención, imprudencia, irresponsabilidad.	4
Compulsividad	Perfeccionismo, perseverancia, rigidez, orden, aversión al riesgo.	5
Esquizotipia	Percepciones inusuales, creencias inusuales, excentricidad, desregulación cognitiva, propensión a la disociación.	5

1.3.2. Descripción de los Trastornos de la Personalidad según el DSM-IV

Según el DSM-IV (APA, 1994) los rasgos de personalidad son patrones persistentes de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos, sólo constituyen trastornos cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La característica principal de un trastorno de personalidad es un patrón permanente de la experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos (criterio A). Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (criterio B) y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio C). El patrón es estable y de larga duración (criterio D). El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (criterio E) y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni a una enfermedad médica (criterio F). Cuando el patrón de comportamiento de un individuo cumple los criterios para más de un trastorno de la personalidad el clínico debe hacer constar todos los diagnósticos de los trastornos pertinentes.

Los trastornos de personalidad están reunidos en tres grupos. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico, y se define porque las personas con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista,

propio de personas que suelen parecer dramáticas, emotivas o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo, y caracteriza a personas que suelen parecer ansiosas o temerosas. Es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos. Por su parte, el trastorno de la personalidad no especificado es una categoría para dos casos: (a) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de personalidad y hay características de varios trastornos de personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad; (b) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de personalidad que no está incluido en la clasificación (APA, 1994).

A continuación definiremos brevemente cada uno de los TP del DSM-IV (APA, 1994).

Trastornos de Personalidad del Grupo A

Trastorno paranoide de la personalidad.

El TP paranoide es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas. Son personas con las que generalmente es difícil llevarse bien y suelen tener problemas en las relaciones personales. Su suspicacia y hostilidad excesivas pueden expresarse mediante las protestas directas, las quejas recurrentes o por un distanciamiento silencioso claramente hostil (APA, 1994).

Trastorno esquizoide de la personalidad.

El TP esquizoide remite a un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. Pueden tener dificultades especiales para expresar la ira, incluso en respuesta a la provocación directa, lo que contribuye a la impresión de que no tienen emociones. Suelen reaccionar pasivamente ante

las circunstancias adversas y tienen dificultades en responder adecuadamente a los acontecimientos vitales importantes (APA, 1994).

Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Se configura como un patrón general de déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Suelen buscar tratamiento para los síntomas asociados de ansiedad, depresión u otros estados de ánimo disfóricos, más que para las características del trastorno de la personalidad *per se*. Pueden experimentar episodios psicóticos transitorios (que duran minutos u horas), especialmente en respuesta al estrés (APA, 1994).

Trastornos de la Personalidad del Grupo B

Trastorno antisocial de la personalidad.

El TP antisocial consiste en un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta. También ha sido denominado psicópata, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. Con frecuencia carecen de empatía y tienden a ser insensibles, cínicos y a menospreciar los sentimientos, derechos y penalidades de los demás. Pueden tener un concepto de sí mismos engrdeído y arrogante y pueden ser excesivamente tercos, autosuficientes o fanfarrones (APA, 1994).

Trastorno límite de la personalidad.

El TP límite se caracteriza por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad. Pueden presentar un patrón de infravaloración de sí mismos en el momento en que están a punto de lograr un objetivo. Algunos sujetos presentan síntomas similares a los psicóticos durante los períodos de estrés. Son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones de los estudios y las rupturas matrimoniales (APA, 1994).

Trastorno histriónico de la personalidad.

El TP histriónico se caracteriza por la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Pueden tener dificultades para alcanzar la intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales sin ser conscientes de ello, frecuentemente están haciendo un papel en sus relaciones. Pueden tratar de ejercer un control sobre su compañero mediante la manipulación emocional o la seducción, por una parte, en tanto que, por otra, demuestran una notable dependencia de él (APA, 1994).

Trastorno narcisista de la personalidad.

El TP narcisista es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. La vulnerabilidad de la autoestima hace al sujeto muy sensible al “ultraje” de la crítica o la frustración. Aunque tal vez no lo demuestren abiertamente, las críticas pueden obsesionar a estos sujetos y hacer que se sientan humillados. Suelen conducir al retraimiento social o a una apariencia que puede enmascarar y proteger la grandiosidad. Las relaciones interpersonales están típicamente deterioradas debido a los problemas derivados de su pretenciosidad y de la relativa falta de interés por la sensibilidad de los demás (APA, 1994).

Trastornos de la Personalidad del Grupo C

Trastorno de la personalidad por evitación.

El TP por evitación consiste en un patrón general de la inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa. Suelen evaluar atentamente los movimientos y expresiones de aquellos con quienes tienen contacto. Sus temores pueden provocar la ridiculización y la burla de los demás. Sienten mucha ansiedad ante la posibilidad de reaccionar a las críticas sonrojándose o llorando. Los demás les describen como “vergonzosos”, “tímidos”, “solitarios” y “aislados”. La baja autoestima y la hipersensibilidad al rechazo están asociadas a la restricción de contactos interpersonales. Normalmente no tienen una gran red de apoyo social que les ayude en los momentos de crisis. Desean afecto y aceptación

y pueden tener fantasías sobre relaciones idealizadas con otros (APA, 1994).

Trastorno de la personalidad por dependencia.

El TP por dependencia se caracteriza por la necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y de adhesión y temores de separación. Se caracterizan por el pesimismo y la inseguridad en sí mismos, tienden a minimizar sus capacidades y sus valores. Toman las críticas y la desaprobación como pruebas de su inutilidad y pierden la fe en sí mismos. Buscan la sobreprotección y ser dominados por los demás. Evitan las posiciones de responsabilidad y experimentan ansiedad al enfrentarse a las decisiones a tomar (APA, 1994).

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

El TP obsesivo-compulsivo refiere a una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. La toma de decisiones se convierte en un proceso de larga duración y a menudo doloroso. Tienen tendencia a trastornarse o enfadarse en las situaciones en las que no son capaces de mantener el control de su entorno físico o interpersonal, si bien es típico que la ira no se exprese de manera abierta. Sus relaciones cotidianas son serias y formales. Pueden estar preocupados por lo lógico y lo intelectual y ser intolerantes con el comportamiento afectivo de los demás (APA, 1994).

Trastorno de la Personalidad No Especificado.

Diagnóstico reservado para aquellas personas que no cumplen los criterios completos para ningún trastorno de personalidad, pero en su conjunto, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en una o más áreas importantes de la actividad del individuo. Puede utilizarse cuando el clínico considera que un trastorno específico de la personalidad que no está incluido en la clasificación es apropiado (APA, 1994).

En la siguiente tabla presentamos los diferentes TP según la caracterización clínica de Beck y Freeman (1995).

Tabla 2. Perfil de las características de los trastornos de la personalidad
(adaptado de Beck y Freeman, 1995)

Trastorno	Concepción de sí mismo	Concepción de los demás	Principales creencias	Estrategia principal
Por evitación	Vulnerable al desprestigio, al rechazo. Socialmente inepto. Incompetente.	Críticos, despreciativos, superiores.	Es terrible ser rechazado, humillado. Si la gente conociera mi verdadero yo, me rechazaría. No tolero los sentimientos desagradables.	Evitar las situaciones de evaluación. Evitar los pensamientos desagradables.
Por dependencia	Necesitado, débil, desvalido, incompetente.	(Idealizados). Generosos, brindan apoyo, competentes.	Necesito de la gente para sobrevivir, para ser feliz. Necesito un flujo constante de apoyo, de aliento.	Cultivar las relaciones de dependencia.
Obsesivo – compulsivo	Responsable. Rinde cuentas. Fastidioso. Competente.	Irresponsables. Despreocupados. Incompetentes. Autocomplacientes.	Yo sé qué es lo mejor. Los detalles son cruciales. La gente <i>debería</i> trabajar mejor, esforzarse más.	Aplicar las reglas. Perfeccionismo. Evaluar, controlar. “Deberes”, criticar, castigar.
Paranoide	Justo. Inocente, noble. Vulnerable.	Interfieren. Maliciosos. Discriminan. Tienen móviles abusivos.	Los móviles son sospechosos. Hay que mantenerse en guardia. No hay que confiar.	Cautela. Búsqueda de móviles ocultos. Acusar. Contraatacar.
Antisocial	Solitario. Autónomo. Fuerte.	Vulnerables. Explotadores.	Tengo derecho a violar las reglas. Los otros son tontos. Los otros son explotadores.	Ataque, robo. Engañar, manipular.
Narcisista	Especial, único. Merece reglas especiales, es superior. Está por encima de las reglas.	Inferiores, admiradores.	Puesto que soy especial, merezco reglas especiales. Estoy por encima de las reglas. Soy mejor que los otros.	Usar a los demás. Saltearse las reglas. Manipular. Competir.
Histriónico		Accesibles a la seducción. Receptivos. Admiradores.	La gente está para servirme o admirarme. No tienen derecho a negarme lo que merezco. Puedo guiarme por mis sentimientos.	Teatralidad, encanto; estallidos de mal genio. Llanto; gestos suicidas.
Esquizoide	Autosuficiente. Solitario.	Intrusivos.	Los otros no me compensan. Las relaciones son desastrosas, indeseables.	Mantener la distancia.

1.3.3. La clasificación de los Trastornos de la Personalidad según Millon

Millon ha propuesto una sustantiva teoría de los TP y de su clasificación (Millon, 1976, 1990, 1999; Millon y Davis, 1998, 2000; Sanchez, 2003). Sin adentrarnos en los aspectos teóricos, lo que excedería los límites de este trabajo, presentamos a continuación en la tabla 3. la clasificación que propone el autor, en particular para observar la relación que establece entre diferentes trastornos y para establecer niveles de gravedad entre los mismos, diferenciaciones ausentes en la propuesta de la APA (2002).

Tabla 3. Los TP de acuerdo a la clasificación de Millon

	Placer/Dolor	Dependientes	Independientes	Ambivalentes
Pasivo	Evitativo	Dependiente	Narcisista	Obsesivo
Activo	Esquizoide	Histriónico	Antisocial	Negativista
Disfuncional	Esquizotípico	Límite	Paranoide	Límite o Paranoide

En la tabla anterior se observa que según el autor las personas con un TP Esquizoide o Evitativo comparten la dificultad para vivenciar situaciones placenteras y están más enfocadas para evitar las situaciones displacenteras; el TP Esquizotípico sería la variante más disfuncional cuando alguno de esos dos trastornos se agrava. Las personas con un TP Dependiente o Histriónico compartirían el hecho de buscar su satisfacción en los demás, mientras que el TP Límite sería la variante más disfuncional. Por otro lado, las personas con un TP Narcisista o Antisocial buscarían la gratificación desde ellos mismos y el TP Paranoide sería la variante más disfuncional. Finalmente, los TP Obsesivo-compulsivo y Negativista (trastorno ausente en la clasificación oficial del DSM y considerado en el Apéndice de trastornos que requieren estudios posteriores), propio de personas con un conflicto sobre depender de los demás o de ellos mismos tendrían una variante disfuncional en caso de agravamiento de la patología en el TP Límite o Paranoide.

1.3.4. Evaluación de los Trastornos de la Personalidad de acuerdo al DSM: el Cuestionario Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)

El Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (*International Personality Disorder Examination*), IPDE, es un instrumento diagnóstico basado en una entrevista semiestructurada utilizada para evaluar los trastornos de la personalidad (Loranger y otros, 1994). Ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y se ha traducido al español (López-Ibor y otros, 1996). Cuenta con versiones DSM-IV y CIE-10, y se utiliza frecuentemente en el ámbito clínico y en investigación al ser una de las entrevistas que presenta mejores propiedades psicométricas. Fue elaborada en 1996 por Loranger y colaboradores; López-Ibor, Pérez Urdaniz y Rubio Larrosa diseñaron su versión española (1996).

La versión DSM-IV tiene 99 preguntas agrupadas bajo seis encabezamientos: Trabajo, Yo, Relaciones interpersonales, Afectos, Prueba de Realidad y Control de Impulsos. La corrección puede ser informatizada o manual y facilita un resultado categorial y dimensional. Este instrumento tiene la ventaja de permitir valorar la información obtenida de otras fuentes, como la historia clínica o informadores, cuando estos datos discrepan de los facilitados por el paciente en la entrevista. Requiere que el entrevistador tenga entrenamiento previo en el uso del instrumento y tiene el inconveniente de necesitar mucho tiempo para su aplicación, pues se requieren entre 60 y 90 minutos en término medio para realizar la entrevista.

Como método abreviado se diseñó el cuestionario IPDE, que es una herramienta de cribaje autoadministrada, con la intención de eliminar aquellos sujetos en los que resulta poco probable que padezcan un trastorno de personalidad, pues aunque este cuestionario genera un número considerable de falsos positivos es de esperar que produzca pocos falsos negativos en relación a la entrevista IPDE. Este cuestionario en la versión DSM-IV tiene 77 preguntas con dos posibles respuestas, verdadero o falso. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados como positivos, es

posible que el sujeto pueda ser diagnosticado con ese trastorno. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Esta versión es que se utiliza en este trabajo.

1.3.5. Modelos Dimensionales para los Trastornos de la Personalidad

La conceptualización de los TP en la versión actual del DSM (APA, 2002) representa una perspectiva categorial, donde los trastornos de la personalidad constituyen síndromes clínicos cualitativamente distintos (Widiger y Mullins-Sweatt, 2007) y supone una discontinuidad (Oldham, 2007). Sin embargo, se reconoce al mismo tiempo que 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, ya que se distribuyen a lo largo de un continuo (Widiger y otros, 2002; Widiger y Mullins-Sweatt, 2007).

Los cuatro problemas que se citan con frecuencia con respecto al modelo categorial de los trastornos de la personalidad son: excesiva concurrencia de diagnósticos; heterogeneidad entre los pacientes diagnosticados de un mismo trastorno; no existencia de un límite de carácter no arbitrario entre los TP y el funcionamiento normal; y estos trastornos no cubren de forma exhaustiva todos los tipos de personalidad desadaptativa (Widiger y Mullins-Sweatt, 2007).

Los modelos categoriales para la clasificación parecen ser más fáciles de usar al momento de realizar diagnósticos ya que aportan una considerable cantidad de información de modo claro y sencillo. En cambio, los modelos dimensionales para la clasificación son más complejos que las categorías diagnósticas porque generalmente proporcionan una información más

precisa y específica, teniendo un efecto positivo inmediato en la práctica clínica ya que ayudaría a resolver el problema de la concurrencia diagnóstica; de la heterogeneidad de los pacientes que han recibido un mismo diagnóstico; de los límites diagnósticos inconsistentes y mal definidos; de la cobertura inadecuada y de las distinciones diagnósticas ilusorias (Widiger y Mullins–Sweatt, 2007).

Una vez conceptualizados los trastornos de la personalidad como exageraciones del funcionamiento normal (rasgos de personalidad intensos y extremos, y por lo tanto, desadaptativos), el reto consiste en desarrollar un esquema que refleje esta continuidad dimensional e incluya los tipos y rasgos de la personalidad normal (Oldham, 2007).

Oldham y Skodol (2000) proponen un método que no implicaría excesivos cambios en la nomenclatura actualmente existente, y que consiste, sencillamente, en obtener un perfil dimensional de los tipos de personalidad desadaptativa en los términos de las categorías diagnósticas actualmente existentes o ligeramente modificadas.

Además, un modelo dimensional podría conservar los síntomas actualmente existentes de los TP como manifestaciones (conductuales) de orden inferior de un determinado rasgo de personalidad. La principal diferencia es que los modelos dimensionales se referirían a estos síntomas dentro de las dimensiones que se solaparían entre sí en menor medida que las categorías diagnósticas actualmente existentes (Widiger y Mullins–Sweatt, 2007).

Ya se han presentado diferentes modelos dimensionales de los TP. Algunos de estos modelos, citados por Widiger y Mullins–Sweatt (2007), son: el modelo tridimensional de Eysenck (1987) (neuroticismo, extraversión, psicoticismo); el modelo de la personalidad psicopatológica de cinco factores (PSY-5) (emotividad positiva/extraversión, agresividad, restricción, emotividad negativa/neuroticismo, psicoticismo); la Teoría de Aprendizaje Biosocial de Millon que plantea tres polaridades (placer-dolor, sí mismo-otros, y pasivo-activo); el modelo de Tyrer (1988) de cuatro dimensiones

(antisocial, dependiente, inhibido y retraído); el modelo de Zuckerman (2002) de cinco dimensiones (sociabilidad, actividad, agresividad/hostilidad, búsqueda impulsiva de sensaciones, neuroticismo/ansiedad); el modelo de siete factores de Cloninger (uno de los pocos que relaciona los trastornos de la personalidad con procesos tanto biológicos como psicológicos. Incluye cuatro dimensiones del temperamento: búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa, y persistencia, y tres dimensiones del carácter: capacidad de autodirección, cooperación y autotranscendencia), etc.

La hipótesis que subyace a los modelos dimensionales, es que es posible que los TP formen un *continuum* con el funcionamiento de la personalidad normal, lo que de ser así, haría que los límites entre los TP y la personalidad no patológica fueran flexibles y explicaría la presencia de una cantidad considerable de síntomas característicos de los TP en la población general (Widiger y Mullins-Sweatt, 2007).

La mayoría de los modelos alternativos pueden integrarse en una estructura jerárquica común, ya que todos los modelos mencionados intentan conseguir el mismo objetivo: identificar las dimensiones fundamentales de la personalidad desadaptativa que fundamentan y rebasan las categorías diagnósticas actualmente existentes (Widiger y Mullins-Sweatt, 2007).

Todos los modelos incluyen un dominio que tiene que ver con la extraversión. Este dominio opone el gregarismo, la locuacidad, la asertividad y la actividad al retraimiento social, el aislamiento, la introversión y la anhedonía. También incluyen rasgos que se refieren a las relaciones interpersonales agresivas, disociales o antagónicas. En este dominio se oponen la suspicacia, el rechazo, la conducta de aprovechamiento de los demás, el antagonismo, la insensibilidad, la crueldad, la mentira y el comportamiento manipulador de la confianza, la amabilidad, la empatía, la modestia, la dependencia y la falta de seguridad en sí mismo (Widiger y Mullins-Sweatt, 2007).

La gran mayoría de los modelos consideran a su vez un dominio relacionado con el control y la regulación de la conducta, que se denomina restricción, compulsividad y responsabilidad o, cuando se refiere a la dirección opuesta, impulsividad y desinhibición. En este dominio se oponen la disciplina, la compulsión, el sentido del deber, la responsabilidad, la conducta reflexiva, la adicción al trabajo y la conducta orientada hacia la consecución de metas y objetivos a la irresponsabilidad, la laxitud, la impulsividad, la negligencia y el hedonismo (Widiger y Mullins-Sweatt, 2007).

Por último, la totalidad de los modelos incluyen un dominio amplio relacionado con la inestabilidad emocional, que otros autores denominan afectividad negativa o neuroticismo. En este dominio se oponen los sentimientos de ansiedad y depresión, el desánimo, la labilidad emocional, la desesperanza, la autoconciencia y la vulnerabilidad a la sensación de invulnerabilidad y a la confianza, y quizá, también a la insustancialidad, la desvergüenza y la intrepidez (Widiger y Mullins-Sweatt, 2007).

En resumen, los modelos predominantes del funcionamiento de la personalidad normal y anormal parecen converger en cuatro dominios amplios que pueden denominarse extraversión frente a introversión, antagonismo frente a amabilidad, restricción frente a impulsividad y desregulación emocional frente a estabilidad emocional.

Solo dos de los modelos examinados incluyen un quinto factor amplio, que en el MCF se denomina apertura a la experiencia (u originalidad), dentro del PSY-5 psicoticismo (p.ej., ilusiones, percepciones erróneas, distorsiones perceptivas e ideación mágica). La apertura a la experiencia es el quinto y el más pequeño de los dominios del MCF (Widiger y Mullins-Sweatt, 2007).

La mayoría de los TP actualmente existentes se pueden describir mejor en términos de más de un dominio (p.ej., 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 de los TP

del DSM-IV-TR es más evidente cuando en el modelo aparecen de forma articulada las facetas de orden inferior (Widiger y Mullins–Sweatt, 2007).

Existen pocas dudas respecto a que la adopción de un modelo dimensional podría resolver varios de los problemas que generan las categorías del DSM-IV-TR y de la CIE-10, especialmente la heterogeneidad de las categorías, el solapamiento entre criterios que generan una gran comorbilidad en el Eje II (excesivos diagnósticos) y la consideración de las categorías como arbitrarias. De hecho, ya el propio DSM-IV TR considera posible que, al menos, el enfoque categorial se engrane con otro dimensional (modelo híbrido) (Esbec y Echeburúa, 2011).

Hay una búsqueda actual de consenso para la valoración de los TP en el futuro. Las propuestas más interesantes pueden resumirse en cuatro grupos: (a) Propuestas sobre un perfil dimensional de las actuales o futuras categorías; (b) Reorganización dimensional de los síntomas de los TP; (c) Modelos de espectro clínico; (d) Integración de los TP con el funcionamiento general de la personalidad (Esbec y Echeburúa, 2011).

En suma, actualmente existe cierto consenso en los siguientes aspectos (Esbec y Echeburúa, 2011): 1) tienden a predominar los modelos pentafactoriales de la personalidad, sustentados en estudios genéticos, neuropsicológicos y de análisis factorial. Los más consensuados se refieren a las dimensiones: (a) afectiva (ansiedad, neuroticismo, afecto negativo o desregulación); (b) cognitiva (esquizotipia, apertura); (c) exploratoria (extraversión *versus* inhibición o introversión); (d) impulsiva (*versus* compulsiva o responsabilidad); y (e) disocial (agresividad o antagonismo *versus* amabilidad); 2) los TP son considerados como exageraciones de los rasgos normales de la personalidad y están condicionados genéticamente (genotipos), pero siempre en interacción con factores psicosociales y contextuales; 3) es más fiable la valoración dimensional de la personalidad que la categorial, pero no se descarta un modelo mixto que combine las tradiciones médico-psiquiátrica y psicológica; 4) es necesario valorar el grado de prototipicidad de las categorías diagnósticas y la severidad de los

TP; 5) se requiere una valoración por parte del clínico sobre la estructura de la personalidad, la capacidad adaptativa, los aspectos estáticos y dinámicos y los problemas en las relaciones interpersonales en base a una descripción de disposiciones y conductas; y 6) los fundamentos conceptuales de la distinción entre el Eje I y el Eje II son débiles y los límites entre ambos frecuentemente son difusos.

Las categorías serán redefinidas para que sean más homogéneas, mutuamente excluyentes y exhaustivas, de manera que puedan ser clasificados todos los casos y se evite la comorbilidad que muchas veces no es más que una confusión diagnóstica. La reducción en el número de tipos tiene por objetivo reducir los diagnósticos comórbidos de los TP. El uso de dimensiones en ciertos dominios de personalidad está encaminado a ofrecer una mayor fiabilidad temporal e inter-evaluadores. Los actuales *clústeres* o agrupaciones (A, B y C) tienden a desaparecer (Esbec y Echeburúa, 2011).

El Grupo de Trabajo recomienda las cinco categorías específicas mencionadas anteriormente y definidas dimensionalmente por sus rasgos correspondientes: *antisocial/psicopático, límite, evitativo, obsesivo-compulsivo, y esquizotípico*. Son éstas las categorías que tienen un mayor respaldo empírico y las que más correlacionan con las dimensiones de personalidad propuestas (antisocial-psicopático, con antagonismo y desinhibición; límite, con emocionalidad negativa y desinhibición; evitativo, con emocionalidad negativa e introversión; obsesivo-compulsivo, con compulsividad; y esquizotípico, con esquizotipia) (Esbec y Echeburúa, 2011).

1.4. Correlaciones entre las Dimensiones del Modelo de los Cinco Grandes Factores y los Trastornos de la Personalidad clasificados en el DSM-IV

Lynam y Widiger (2001) 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 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 – por ejemplo, la comorbilidad entre los trastornos.

Como sostienen Piedmont y otros (2009), se reconoce a los TP como variantes extremas de las dimensiones de la personalidad normal, por tanto se esperaría encontrar tipos de trastornos que se vinculen con cada dimensión de manera particular. Mas la tarea no es tan sencilla. En la bibliografía consultada se han hallado diversas relaciones entre los trastornos de la personalidad detallados en el Eje II del DSM IV y las dimensiones del modelo de los cinco grandes.

De acuerdo a la investigación realizada por Burr, Trull y Widiger (2001), la mayoría de los trastornos de personalidad correlacionaron positivamente con puntuaciones de Neuroticismo y negativamente con puntuaciones de Extroversión y de Responsabilidad. Piedmont y otros (2009) citan conclusiones similares respecto del Neuroticismo y la Extroversión mientras que Grubin, Madsen y Parsons (2006) concluyen que Neuroticismo y Amabilidad están fuertemente enlazados con la mayoría de los trastornos de la personalidad.

Este es el problema esencial del Eje II: 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. Según Caballo, Guillén y Salazar (2009), el Neuroticismo caracteriza a casi todos los trastornos de la personalidad, con excepción del esquizoide y del dependiente.

Se pudo encontrar que el Neuroticismo se relacionaba positivamente a la mayoría de los trastornos de personalidad, especialmente con el evitativo, el límite, el paranoide y el dependiente, 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 negativamente con la Extroversión (en particular el de evitación y el esquizoide); Apertura a la experiencia se relaciona positivamente con algunos trastornos (especialmente con el esquizotípico, el límite y el histriónico); la Amabilidad se relaciona negativamente con las puntuaciones paranoide, narcisista y antisocial, mientras que se vincula positivamente con el dependiente; y, finalmente, las puntuaciones de Responsabilidad se correlacionaron negativamente con la mayoría de los trastornos del Eje II (sobre todo con el límite) (Burr, Trull y Widiger, 2001).

La falta de Amabilidad caracterizaría a todos los trastornos de la personalidad excepto al histriónico y al de evitación, con el cual se hallaron relaciones positivas (Widiger y Costa, 2002). De hecho, las relaciones de dicho rasgo son estadísticamente significativas con todos los estilos/trastornos, excepto el estilo/trastorno histriónico y el trastorno obsesivo compulsivo (Caballo, Guillén y Salazar, 2009).

Finalmente, la dimensión Apertura a la experiencia no ha prestado significativa contribución en algunos estudios sobre la sintomatología y diferenciación de los trastornos, más allá de lo citado anteriormente (Diekstra y Duijsens, 1996; Caballo, Guillén y Salazar, 2009; Piedmont y otros, 2009). Ello podría deberse a diversas razones: (a) a que se manifiesta una relación débil entre este factor y la personalidad patológica (Diekstra y Duijsens, 1996); (b) a que numerosas características disfuncionales correspondientes a distintos trastornos subyacen a esta dimensión (Piedmont y otros, 2009); (c) a que la nomenclatura diagnóstica oficial no contempla adecuadamente a la Apertura en toda su extensión e implicancias (Widiger y Costa, 2002).

A continuación se detallan las evidencias encontradas para cada TP y su relación con los cinco factores.

Trastorno paranoide de la personalidad.

En lo que al *trastorno paranoide de la personalidad* se refiere, se lo reconoce esencialmente por un excesivo bajo nivel de Amabilidad (alto antagonismo) (Diekstra y Duijesens, 1996; Lynam y Widiger, 2001; Widiger y

otros, 2002; Grubin, Madsen y Parsons, 2006), particularmente en la faceta de baja confianza (Lynam y Widiger, 2001; Widiger y otros, 2002). Otros trastornos que a su vez involucran bajos niveles de Amabilidad son el narcisista y el antisocial, dando cuenta de su potencial comorbilidad. Lo que distinguiría al narcisista de los otros, sería el hincapié en las bajas puntuaciones de las facetas de modestia, altruismo y sensibilidad hacia los demás; en tanto que en el paranoide se acentuarían tales valores en confianza y franqueza y en el antisocial en las facetas de baja franqueza y baja actitud complaciente (Widiger y otros, 2002). Pese a ello, otras investigaciones también han establecido correlaciones negativas significativas con las facetas franqueza, altruismo y actitud complaciente (Lynam y Widiger, 2001).

Se pusieron de manifiesto altas correlaciones del trastorno paranoide con Neuroticismo (Diekstra y Duijsens, 1996; Grubin, Madsen y Parsons, 2006), destacando la faceta de hostilidad (Lynam y Widiger, 2001; McCrae y Trull, 2002) al tiempo que Burr, Trull y Widiger (2001) agregaron a lo anterior puntuaciones considerables de la faceta ansiedad del mismo factor.

Pueden mencionarse los hallazgos de Lynam y Widiger (2001) en relación a las bajas puntuaciones relevadas para las facetas de calidez y gregarismo del factor Extroversión así como también las de acciones y valores para la dimensión Apertura a la experiencia. La línea investigativa seguida por Diekstra y Duijsens (1996) a su vez señaló correlaciones bajas significativas en Extroversión, ello vinculado a que el sujeto paranoide suele mantenerse suspicaz y se espera de él una conducta más inhibida, pasiva y cerrada que extrovertida.

Trastorno esquizoide de la personalidad.

Con respecto al trastorno esquizoide se hallaron correlaciones negativas significativas con la Extroversión (Diekstra y Duijsens, 1996; Avia, Sanz y Silva, 1999; Lynam y Widiger, 2001; Piedmont y otros 2009). Además fueron

encontradas correlaciones negativas con Extraversión al nivel de las facetas de calidez, gregarismo, vivencia de emociones positivas (Lynam y Widiger, 2001; Burr, Trull y Widiger, 2001; Trull y McCrae, 2002) asertividad, actividad y búsqueda de emociones (Lynam y Widiger, 2001). Si bien no hay otras relaciones significativas al nivel de los dominios, sí se encontraron en el nivel de la faceta sentimientos de receptividad de Apertura a la experiencia (Widiger y otros, 2002; Trull y McCrae, 2002). Una de las investigaciones llevadas a cabo por Diekstra y Duijsens (1996) relevó correlaciones negativas con Apertura a la experiencia utilizando tres instrumentos distintos de medición; pues los bajos niveles de Apertura sugieren un angosto rango de emotividad, de rutinas estrictas y dogmatismo.

Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Los trastornos esquizotípico y límite de la personalidad se hallan relacionados positivamente con Apertura a la experiencia, reflejando la asociación entre estos dos trastornos (Burr, Trull y Widiger, 2001; Lynam y Widiger, 2001; Gurrera y otros, 2005). Widiger y Costa (2002) citan los estudios de Wiggins y Pincus (1989), quienes marcaron una relación de sintomatología esquizotípica con la Apertura a la experiencia. A su vez, el énfasis en las distorsiones cognitivas y perceptuales (Costa y McCrae, 1990; Widiger y Costa, 2002) reflejaría una inadaptación excesiva en lo que respecta a dicho dominio. Estos hallazgos coinciden con Dy-Liacco y otros (2009), quienes hipotetizaron sobre una Apertura a la experiencia disfuncional y positiva en este trastorno, dadas las percepciones raras y excéntricas características de la sintomatología esquizotípica.

El rol de este factor ha resultado controversial en relación al trastorno esquizotípico (Gurrera y otros, 2005). Por una parte se han expuesto estudios en los que la Apertura resultó ser elevada en pacientes con trastorno esquizotípico (p. ej., Morey, et.al., 2002). Sin embargo, contrariamente otros no han hallado ninguna relación (p. ej. Trull, 1992; Blais, 1997). En general, los análisis que reportaron correlaciones han

utilizado muestras de estudiantes universitarios, en tanto que los que fallan en revelar un vínculo han empleado muestras de pacientes psiquiátricos; de allí que se estime que la severidad de los síntomas puede influir en dicha relación (Gurrera y otros, 2005).

Se descubrieron relaciones negativamente altas entre el trastorno esquizotípico y el dominio Extroversión, lo que indica una introversión excesiva en este trastorno (Diekstra y Duijsens, 1996; Costa y McCrae, 1990; Lynam y Widiger, 2001; Widiger y Costa Jr., 2002; Gurrera y otros, 2005; Grubin, Madsen y Parsons, 2006); también se halló una relación positiva con Neuroticismo (Diekstra y Duijsens, 1996; Gurrera y otros, 2005; Grubin, Madsen y Parsons, 2006), particularmente en las facetas de timidez y ansiedad (Costa y McCrae, 1990; Lynam y Widiger, 2001; Widiger y Costa Jr., 2002).

En cuanto al factor Responsabilidad, se han reseñado correlaciones negativas (Diekstra y Duijsens, 1996) con la faceta de orden (Lynam y Widiger, 2001).

Trastorno límite de la personalidad.

El trastorno límite de la personalidad se relaciona negativamente con el factor Amabilidad, orientándose así hacia su polo opuesto, el antagonismo (Diekstra y Duijsens, 1996; Widiger y Costa, 2002; Grubin, Madsen y Parsons, 2006). El dominio Amabilidad se relaciona negativamente con el resto de los trastornos, con la excepción del trastorno dependiente y el obsesivo compulsivo (Caballo, Guillén y Salazar, 2009) y el evitativo (Widiger y Costa, 2002).

Hay quienes señalan una relevante correlación con todas las facetas de Neuroticismo salvo la timidez, es decir, con ansiedad, hostilidad, impulsividad, vulnerabilidad y depresión (Lynam y Widiger, 2001; McCrae y Trull, 2002). Suele haber acuerdo en definir a este trastorno como uno con llamativo peso neurótico (Wiggins y Pincus, 1989; Costa y McCrae, 1990;

Diekstra y Duijsens, 1996; Burr, Trull y Widiger, 2001; Trull y McCrae, 2002; Grubin, Madsen y Parsons, 2006; Dy-Liacco y otros, 2009; Caballo, Guillén y Salazar, 2009).

Si bien la relación negativa con Responsabilidad se da en la mayoría de los trastornos, es característico del trastorno límite de la personalidad (Diekstra y Duijsens, 1996; Burr, Trull y Widiger, 2001), y se visualiza lo opuesto en el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (Caballo, Guillén y Salazar, 2009). Siguiendo las investigaciones citadas de Lynam y Widiger (2001), se distinguió a la faceta de deliberación como la más notable y se establecieron vínculos reveladores en las facetas de sentimientos de receptividad y acciones de la dimensión Apertura a la experiencia.

Trastorno antisocial de la personalidad.

Cuenta con amplio consenso el postulado de que el trastorno de la personalidad antisocial registra bajos niveles en Responsabilidad (Diekstra y Duijsens, 1996; Costa y McCrae, 1990; Trull, 1992; Lynam y Widiger, 2001; Burr, Trull y Widiger, 2001; Widiger, y otros, 2002; Piedmont y otros, 2009), especialmente en las facetas de sentido del deber, autodisciplina (Lynam y Widiger, 2001; McCrae y Trull, 2002) y deliberación (Lynam y Widiger, 2001).

Por otra parte, mostraría correlaciones negativas con el factor Amabilidad (Diekstra y Duijsens, 1996; Burr, Trull y Widiger, 2001; Trull y McCrae, 2002; Piedmont y otros, 2009) en particular en las facetas franqueza, altruismo, actitud complaciente, sensibilidad hacia los demás (Lynam y Widiger, 2001; McCrae y Trull, 2002) y modestia (Lynam y Widiger, 2001). La baja Amabilidad daría cuenta de una personalidad que tiende a ser irritable, agresiva y frecuentemente involucrada en asaltos y luchas físicas, incluso de maltrato hacia el cónyuge o niños (APA, 1994).

Algunos investigadores señalan puntuaciones positivas con la faceta hostilidad del factor Neuroticismo y búsqueda de emociones de Extroversión (Lynam y Widiger, 2001; McCrae y Trull, 2002). No obstante ello no

implicaría niveles relevantes de ninguno de las dos dimensiones (Diekstra y Duijsens, 1996; Burr, Trull y Widiger, 2001; Lynam y Widiger, 2001; McCrae y Trull, 2002; Grubin, Madsen y Parsons, 2006; Piedmont y otros, 2009).

En Neuroticismo también se han indicado puntuaciones de correlación inversa para las facetas de ansiedad y timidez; así como se encontraron variaciones positivas para las facetas de impulsividad (Neuroticismo), actividad y asertividad (Extroversión) y acciones (Apertura a la experiencia) (Lynam y Widiger, 2001). Estudios que describen correlaciones negativas con el factor de Apertura son, asimismo, los de Diekstra y Duijsens (1996) y los de Grubin, Madsen y Parsons (2006), aunque sin especificar los subdominios.

Trastorno histriónico de la personalidad.

Respecto al trastorno histriónico de la personalidad, se relevaron puntuaciones elevadas en Extroversión (Lynam y Widiger, 2001; Trull y Widiger, 2001; Piedmont y otros, 2009; Caballo, Guillén y Salazar, 2009), mientras que se obtuvieron relaciones elevadas en las facetas de búsqueda de emociones (Lynam y Widiger, 2001; McCrae y Trull, 2002; Widiger y otros, 2002), gregarismo (McCrae y Trull, 2002; Widiger y otros, 2002), actividad y vivencia de emociones positivas (Lynam y Widiger, 2001). Diekstra y Duijsens (1996) no manifiestan vínculo significativo entre el trastorno histriónico y la Extroversión. Respecto a este dato no menor, los autores aducen que en el 75% de los escritos por ellos leídos se manifiesta una alta correlación, no obstante en sólo un estudio de los que han montado han logrado corroborar dicha afirmación.

También se revelaron relaciones con la dimensión Apertura a la experiencia (Diekstra y Duijsens, 1996; Lynam y Widiger, 2001; Grubin, Madsen y Parsons 2006), en especial para las facetas de fantasía y sentimientos de receptividad (Lynam y Widiger, 2001; McCrae y Trull, 2002) y acciones (Lynam y Widiger, 2001). Existen correlaciones significativas de

histrionismo con Neuroticismo (Diekstra y Duijsens, 1996; Lynam y Widiger, 2001; Grubin, Madsen y Parsons, 2006), al nivel de las facetas timidez (Lynam y Widiger, 2001; Trull y Widiger, 2001) hostilidad, vulnerabilidad (Trull y Widiger, 2001) e impulsividad (Lynam y Widiger, 2001).

Trastorno narcisista de la personalidad.

El trastorno narcisista de la personalidad está vinculado con el polo opuesto de la Amabilidad, el antagonismo (Diekstra y Duijsens, 1996; Burr, Trull y Widiger, 2001; Lynam y Widiger, 2001; Corbitt, 2002; McCrae y Trull, 2002; Grubin, Madsen y Parsons, 2006; Piedmont y otros, 2009). Widiger y otros (2002) sugieren que los criterios esenciales incluyen bajas puntuaciones en las facetas de modestia, altruismo y baja sensibilidad hacia los demás, a los que Lynam y Widiger (2001) agregan valores elevados para las facetas de confianza, franqueza y actitud complaciente. Los autores, en conjunción con la literatura clínica, sugieren bajos niveles en la faceta franqueza, insinuando, por ejemplo, que pueden ser manipuladores. Trull y McCrae (2002) también suponen altos niveles de apertura a la fantasía (Apertura a la experiencia), timidez (hipersensibilidad a las evaluaciones) y hostilidad (Neuroticismo). Ello se condice con el hecho de que “están preocupados por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios” (APA, 1994).

A diferencia de lo reseñado, para Piedmont y otros (2009) el trastorno narcisista de la personalidad no muestra correlaciones relevantes con ningún factor en particular. Sin embargo, estudios precedentes encontraron puntuaciones significativas con Neuroticismo (Diekstra y Duijsens, 1996; Burr, Trull y Widiger, 2001; Grubin, Madsen y Parsons 2006). Lynam y Widiger (2001) comentan este sería el trastorno con mayores desacuerdos en la literatura, al tiempo que se encontraron correlaciones opuestas para el factor Extroversión, pues en la faceta de calidez habría correlaciones negativas mientras que para las facetas de asertividad y búsqueda de emociones existiría un amplio peso positivo.

En lo que refiere al factor Responsabilidad, se han encontrado correlaciones positivas notables con la faceta necesidad de logro (McCrae y Trull, 2002).

Trastorno de la personalidad por evitación.

El trastorno de personalidad por evitación se relaciona fuerte y positivamente con el Neuroticismo y negativamente con la Extroversión (Costa y McCrae, 1990; Diekstra y Duijsens, 1996; Lynam y Widiger, 2001; Widiger y Costa 2002; Burr, Trull y Widiger 2001; Caballo, Guillén y Salazar 2009). Widiger y Costa (2002) también hallaron una correlación positiva de este trastorno con Amabilidad; se señala en particular la faceta modestia (Lynam y Widiger, 2001). Este trastorno se define en el DSM-IV como “un patrón general de la inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa” (APA, 1994). Desde la perspectiva del modelo de los cinco factores, involucra: (a) Introversión, particularmente en las facetas de baja asertividad (restricción en la intimidad personal, inhibición en situaciones interpersonales, evitan trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante), bajo gregarismo (evitan hacer nuevos amigos o involucrarse con gente), baja búsqueda emociones positivas (normalmente son reacios a asumir riesgos personales o a involucrarse en nuevas actividades, ya que esto puede ponerles en aprietos) y baja vivencia de emociones positivas (Lynam y Widiger, 2001); (b) Neuroticismo, particularmente en las facetas de timidez, vulnerabilidad, ansiedad, (Lynam y Widiger, 2001; Widiger y Costa, 2002) y depresión (por ejemplo, miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo; sentimientos de inadecuación; se sienten inferiores al resto) (Widiger y Costa, 2002). Se encuentra una interesante correlación negativa con la faceta impulsividad del citado factor (Lynam y Widiger, 2001).

De acuerdo a Caballo, Guillén y Salazar (2009), son escasas las correlaciones significativas con los distintos trastornos de personalidad para el rasgo de la Apertura a la experiencia, en tanto Lynam y Widiger (2001)

han ilustrado una correlación negativa significativa para la faceta de acciones.

Un descubrimiento importante en la investigación realizada por Piedmont y otros (2009) se vincula a la dimensión Apertura a la experiencia, en tanto posible dominio diferencial de diagnóstico (o determinante para el diagnóstico). Sin embargo, más allá de las distintas relaciones indagadas entre la dimensión y los diversos trastornos, la Apertura a la experiencia no tiene asociaciones consistentes con el presente conjunto de trastornos. Hay al menos tres aspectos de la Apertura que parecen ser relevantes para el entendimiento de los trastornos de la personalidad: distorsiones cognitivas, falta de *insight* e impulsividad. Los autores mencionan a McCrae (1994) ya que éste notó que las distorsiones cognitivas son características de muchos trastornos de la personalidad, desde cogniciones bizarras y fragmentadas del esquizotípico y la sensación inflada de importancia de sí mismo del narcisista, a los sentimientos de persecución y victimización característicos del paranoide. En cada instancia, de acuerdo a McCrae, hay una capacidad para ver y entender el propio ambiente de manera altamente atípica y distorsionada, cualidades asociadas a alguien con niveles altos de Apertura a la experiencia. Aunque no hay un TP que haya sido consistentemente ligado a este factor, hay un número de características disfuncionales que se encuentran relacionadas a este dominio y que podrían subyacer a varios trastornos. Una Apertura disfuncional parece incluir cualidades asociadas tanto a percepciones raras y excéntricas (trastorno esquizotípico) como a rigidez ideacional y emocional (trastorno obsesivo-compulsivo) (Piedmont y otros, 2009).

De acuerdo a Widiger, Costa y McCrae (2002), los problemas asociados con Apertura a la experiencia incluyen preocupación con fantasías y soñar despierto, pensamiento excéntrico, identidad difusa y objetivos inestables, y una inconformidad que puede interferir con el avance social y vocacional. Los problemas en el vivir cotidiano asociados a bajos niveles del factor incluyen dificultad en adaptarse a cambios sociales y personales, a baja

tolerancia para diferentes puntos de vista o estilos de vida, blandura emocional, alexitimia, y un rango de interés constreñido. Teniendo en cuenta estas cualidades, queda claro que aquellos altos en Apertura parecen enfatizar sus experiencias internas e ideaciones y son fácilmente absorbidos por las imágenes únicas o altamente personalizadas que crean. A la inversa, los individuos que puntúan bajo, parecen preferir y conformarse con los patrones que ya existen en su mundo externo. Experiencias internas y motivaciones personales son minimizadas o evitadas. En ambas instancias, la dimensión de Apertura desadaptativa resulta en una desconexión de grupos sociales sea porque parecen terriblemente independientes e inconformistas, pareciendo raros y excéntricos, o sea porque están rígidamente atrincherados en un patrón específico de conducta y/o en un patrón ideacional, que parecen carecer de emociones profundas y tolerancia social.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

En cuanto al trastorno obsesivo-compulsivo, se hallaron relaciones significativas con Neuroticismo (Diekstra y Duijsens, 1996; Avia, Sanz y Silva 1999; Trull y Widiger, 2001). Caballo, Guillén y Salazar (2009) obtuvieron correlaciones positivas significativas con Responsabilidad. Para Neuroticismo, las correlaciones positivas encontradas fueron para la faceta ansiedad y las negativas para impulsividad (Lynam y Widiger, 2001).

En las investigaciones que estudiaron las relaciones de los trastornos con las facetas, se obtuvieron relaciones positivas del obsesivo compulsivo con asertividad (Trull y McCrae, 2002; Widiger y otros, 2002) y negativas con búsqueda de emociones (Lynam y Widiger, 2001), correspondientes a Extroversión; relación negativa con la faceta de valores (Lynam y Widiger, 2001; Trull y McCrae, 2002; Widiger y otros, 2002), sentimientos de receptividad, acciones e ideas (Lynam y Widiger, 2001) de Apertura a la experiencia; relación negativa con actitud complaciente de Amabilidad; relaciones positivas con competencia, orden, sentido del deber, necesidad

de logro (Lynam y Widiger, 2001; Trull y McCrae, 2002; Widiger y otros, 2002) autodisciplina y deliberación de la dimensión Responsabilidad (Lynam y Widiger, 2001).

Trastorno de la personalidad por dependencia.

El trastorno dependiente de la personalidad es una variante extrema del factor Amabilidad y altos niveles de Neuroticismo (Widiger y otros, 2002). Respecto a la Amabilidad se encuentran puntuaciones especialmente altas en las facetas de altruismo, actitud complaciente y modestia (Diekstra y Duijsens, 1996; Burr, Trull y Widiger, 2001; Widiger y otros, 2002; Dy-Liacco y otros, 2009). Este TP también se caracteriza por baja asertividad (Extroversión) (Lynam y Widiger, 2001; Widiger y otros, 2002).

Otros autores (p.ej. Lynam y Widiger, 2001; McCrae y Trull, 2002) señalan que las facetas de Neuroticismo características de este trastorno son la de ansiedad, timidez y vulnerabilidad mientras que en Extroversión sería la de calidez (McCrae y Trull, 2002) y en Amabilidad se añadiría la de confianza.

Con respecto a las diferencias asociadas al sexo, sobre los cinco grandes rasgos, la Extroversión y la Estabilidad emocional se asociarían más con los hombres, mientras que la Amabilidad y el Neuroticismo serían más característico de las mujeres. Podría decirse que los trastornos que tienen más que ver con aspectos emocionales (especialmente la inestabilidad emocional, el neuroticismo o la depresión, como por ejemplo, trastornos límite y dependiente) son más característicos de las mujeres, mientras que aquellos que reflejan más agresividad, energía o audacia son más característicos de los hombres (por ejemplo, antisocial y narcisista) (Caballo, Guillén y Salazar, 2009).

Más allá de los cinco grandes, los expertos aún no presentan una teoría unificada que describa por completo la personalidad y, a su vez, explique

sus orígenes y bases biológicas (Avia, Sanz y Silva, 1999). Por otra parte tampoco existe un consenso que discrimine a los trastornos de la personalidad de acuerdo a los subdominios de los cinco factores si bien proveen mayor información a la hora de distinguirlos en comparación con el nivel de los dominios (Trull y Widiger, 2001).

A modo de síntesis, en la tabla 4. se resumen las relaciones entre factores y TP que cuentan con mayor consenso en la literatura científica. Dado que no es el objetivo del presente trabajo establecer una discriminación por facetas, las mismas no se presentan.

Tabla 4. Correlaciones encontradas con más frecuencia en la literatura científica sobre los TP del DSM IV y las cinco dimensiones del Modelo de los Cinco Grandes

Trastorno/Dimensión	Neuroticismo	Extroversión	Amabilidad	Responsabilidad	Apertura
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. Por ejemplo: el trastorno paranoide de la personalidad está constituido por altas puntuaciones en Neuroticismo. Los signos negativos (-) dan cuenta de una relación inversa entre el trastorno y la dimensión. Por ejemplo: el trastorno paranoide de la personalidad se define por bajos niveles de Extroversión, es decir, se manifiesta desde su polo opuesto, la introversión.

1.5. Objetivos e Hipótesis del Trabajo de Investigación

La finalidad del presente trabajo de investigación es estudiar la relación entre los trastornos de la personalidad descritos en el DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (2002) con factores de personalidad del Modelo de los Cinco Grandes Factores (McCrae y Costa, 1999; McCrae y otros, 2000; Allik y McCrae, 2002; Sanchez y Ledesma, 2007). Este estudio se realizó mediante un diseño no experimental, correlacional. Se formuló inicialmente con los objetivos generales y particulares que se presentan a continuación:

Objetivo general: Estudiar la relación entre los trastornos de la personalidad descritos en el DSM-IV y en el DSM-IV-TR (APA, 1994, 2002) con las dimensiones de la personalidad del MCF.

Objetivos particulares:

1. Indagar sobre los antecedentes teóricos respecto a la utilidad de un modelo dimensional para abordar los trastornos de la personalidad.
2. Establecer las relaciones existentes entre cada uno de los factores bipolares del modelo de los “cinco grandes” y los diferentes trastornos de la personalidad de la actual versión del DSM, en una muestra de población general de la ciudad de Mar del Plata
3. Establecer las relaciones existentes entre los 10 TP del DSM y los 5 factores del modelo de los “cinco grandes” con el nivel de escolaridad.
4. Establecer las relaciones existentes entre los 10 TP del DSM y los 5 factores del modelo de los “cinco grandes” con el hecho de estar realizando un tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Se elaboraron las siguientes hipótesis de trabajo que funcionarían como directrices de nuestra tarea. Estimamos ventajosa la utilización de un modelo dimensional más que categorial a la hora de comprender los trastornos de la personalidad. Consideraremos que existen relaciones significativas entre cada uno de los cinco factores del modelo de los cinco grandes y los diez trastornos de la personalidad clasificados en el DSM IV,

teniendo en cuenta que, como sostienen Dy-Liacco y otros (2009), los TP se constituirían como variantes extremas de las dimensiones de la personalidad normal.

Se compararán las correlaciones que aquí se obtengan con las ya establecidas en la literatura sobre el tema, así como también se formularán posibles vinculaciones a ser contrastadas durante esta investigación. Se citan, entonces, aquellos supuestos surgidos de la literatura y que luego se sintetizan en la Tabla 5.

1. El trastorno de la personalidad paranoide se relaciona de manera inversa con Amabilidad y Extroversión y de manera directa con el Neuroticismo (la gravedad del trastorno estaría directamente ligada con la falta de estabilidad emocional).

2. El trastorno de la personalidad esquizoide se relaciona negativamente con la Extroversión (Introversión), dada la tendencia aislarse de la persona esquizoide. Por el mismo motivo, el trastorno se relaciona de manera inversa con Amabilidad.

3. Del trastorno esquizotípico se esperan relaciones negativamente moderadas con Responsabilidad y Amabilidad, una relación negativa fuerte con Extraversión y una relación positiva fuerte con Neuroticismo (dado que este es otro de los trastornos considerados más graves).

4. El trastorno límite de la personalidad se relaciona principalmente de manera fuerte con el Neuroticismo, dado que se trata del trastorno de mayor gravedad en lo que respecta a la imposibilidad de mantener en un nivel estable sus emociones. También se relaciona de manera moderada con la Amabilidad de manera negativa (dada la dificultad de la persona con este trastorno de mantener relaciones interpersonales estables) y con la Responsabilidad, también de manera negativa (dada la dificultad de asumir diversas actividades de manera constante y sostenida).

5. El trastorno de la personalidad antisocial se correlaciona de manera negativa con Responsabilidad y con Amabilidad (dada las tendencias a no respetar a los otros ni a las normas de la persona antisocial) y de manera

positiva con Apertura a la experiencia (dada la impulsividad y la búsqueda de sensaciones que caracterizan a este trastorno).

6. El trastorno histriónico correlaciona de manera moderada y positiva con Neuroticismo y con Extroversión, de manera negativa con Responsabilidad (dada la tendencia en dejar sus asuntos en manos de otro, propia de la persona con este trastorno) y de manera positiva con Apertura a la experiencia (dada la tendencia al aburrimiento y a buscar nuevas sensaciones).

7. El trastorno narcisista de la personalidad correlaciona negativamente con Amabilidad (por la propia superioridad que siente la persona narcisista) y positivamente con Apertura a la Experiencia (por la tendencia a fantasear y a creer que las diferentes situaciones de la vida están a su alcance).

8. Del trastorno evitativo se esperan relaciones moderadas negativa con Apertura a la experiencia (por la tendencia a no arriesgarse del sujeto con este trastorno), positiva y fuerte con Neuroticismo (por la tendencia a las emociones negativas propia de este trastorno), y negativa y fuerte con Extroversión (por la tendencia a aislarse de contextos donde puede sentirse juzgado o despreciado).

9. El trastorno obsesivo – compulsivo de la personalidad correlaciona positivamente Responsabilidad (dada la tendencia a la excesiva formalidad de estas personas) y con Neuroticismo, y de manera negativa con Apertura a la Experiencia (por apagarse demasiado a lo establecido).

10. El trastorno dependiente de la personalidad se relaciona de manera fuerte y directa con el Neuroticismo, dada la tendencia a padecer episodios de ansiedad ante la amenaza de separación de figuras significativas, y con Amabilidad, de la que resulta una variante extrema. Del mismo modo, refleja correlaciones moderadas y negativas con el factor de Responsabilidad, en la medida en que estas personas no tienden a hacerse cargo de las cuestiones que les corresponden.

A continuación presentamos en la Tabla 5 las correlaciones mencionadas previamente en la literatura científica que aborda la temática y agregamos entre paréntesis aquellas relaciones hipotetizadas para este trabajo.

Tabla 5. Correlaciones encontradas sobre los TP del DSM-IV y las cinco dimensiones del MCF y correlaciones hipotetizadas en la actual investigación

Trastorno/Dimensión	Neuroticismo	Extroversión	Amabilidad	Responsabilidad	Apertura
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 dan cuenta de una relación inversa entre el trastorno y la dimensión. Los signos referenciados en la tabla entre paréntesis dan cuenta de las correlaciones hipotetizadas para este estudio.

2. ESTUDIO EMPÍRICO

2.1. Metodología

Participantes

Se trabajó con una muestra incidental de 181 participantes, de población general de la ciudad de Mar del Plata, a quienes se les explicaron los objetivos de la investigación y consintieron de formar parte de la misma. 114 fueron mujeres (63%) y 67 varones (37%). El rango de edad varió entre 19 y 73 años ($M = 34,1$; $DE = 12,9$). 6 (3,3%) de los participantes tenían estudios primarios completos o incompletos, 47 (26,0%) secundario completo o incompleto, 97 (53,6%) estudios universitarios completos o incompletos, 29 (16,0%) estudios terciarios completos o incompletos, y de 2 participantes (1,1%) no se obtuvo ese dato.

De 156 de los participantes se obtuvieron datos respecto a si estaban recibiendo atención psicológica, atención psiquiátrica o si estaban consumiendo medicación psiquiátrica recetada por otro profesional al momento de participar en esta investigación. 20 (12,8%) de ellos estaban en tratamiento psicológico, 4 (2,6%) en tratamiento psiquiátrico, y 14 (9,0%) tomando medicación psiquiátrica.

Instrumentos

Para evaluar los cinco grandes factores de la personalidad se utilizó el Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad (AEP; Ledesma, Sánchez y Díaz, 2011; Sanchez y Ledesma, 2007). El AEP es un listado de 67 adjetivos que evalúan las cinco dimensiones del MCF. El instrumento ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas, corresponderse con el MCF (Ledesma, Sánchez y Díaz, 2011) y ha sido diseñado para su uso en nuestro contexto.

Para evaluar los TP se utilizó el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (*International Personality Disorder Examination*), IPDE

(Loranger y otros, 1994; versión en castellano de Lopez Ibor Pérez, Urdaniz y Rubio Larrosa, 1996). El IPDE es un instrumento abreviado de diagnóstico basado en una entrevista semiestructurada utilizada para evaluar los trastornos de la personalidad. Consta de 77 ítems con dos opciones de respuesta (verdadero o falso) y evalúa los 10 TP del DSM-IV-TR (APA, 2002).

Adicionalmente, se administró una breve encuesta sobre datos demográficos (sexo, edad, nivel de estudios alcanzados y presencia de un tratamiento psicológico o psiquiátrico al momento de participar en la investigación).

Procedimiento

Los participantes fueron contactados por las autoras y, una vez obtenido el consentimiento informado, procedieron a responder una breve encuesta sobre datos demográficos y a completar los instrumentos de manera autoadministrada. Ningún tipo de compensación fue ofrecida por participar en este estudio. Las respuestas fueron dadas de forma anónima, en un tiempo promedio de 30 a 35 minutos. Las encuestadoras asistieron cualquier requerimiento de los participantes y chequearon que no quedaron datos en blanco de manera no intencional. La toma de datos se realizó entre los meses de diciembre de 2010 y marzo del 2011.

Análisis de los datos

Los datos fueron realizados utilizando el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 15.0 para Windows (SPSS INC., 2006). Se realizaron los siguientes análisis: coeficientes de correlación entre los cinco factores del MCF y los diez TP del DSM; correlaciones entre los diez TP del DSM; diferencias por sexo en los cinco factores y en los 10 TP; diferencias respecto a tratamiento psicológico o psiquiátrico recibidos por los participantes; diferencias de acuerdo al nivel de estudios alcanzados.

3. RESULTADOS

3.1. Correlaciones el MCF y los Trastornos de la Personalidad del DSM

Mediante el coeficiente de Pearson se obtuvieron las correlaciones existentes entre los cinco factores del MCF y los diez TP correspondientes a los tres grupos de la versión actual del DSM (APA, 2002). Los resultados se muestran a continuación.

Tabla 6. Correlaciones entre los 5 factores del MCF y los 10 TP del DSM

	Esq1	Evit	Depe	Hist	Narc	Anti	Obse	Esq2	Limi	Para
Amab	- 0,16*	-0,13	0,05	-0,03	-0,23**	-0,30**	-0,06	-0,20**	-0,13	-0,14
Resp	0,10	-0,17*	-0,24**	-0,26**	-0,11	-0,28**	0,20**	-0,21**	-0,17*	0,05
Extr	-0,35**	-0,38**	0,05	0,23**	0,04	-0,04	-0,18*	-0,42**	-0,06	-0,15
Neur	0,16*	0,37**	0,30**	0,28**	0,14	0,11	0,29**	0,30**	0,57**	0,42**
Aper	-0,12	-0,21**	-0,07	0,16*	0,24**	0,29**	-0,22**	-0,01	0,10	0,08

Nota: Amab: Amabilidad; Resp: Responsabilidad; Extr: Extroversión; Neur: Neuroticismo; Aper: Apertura a la Experiencia; Esq1: Esquizoide; Evit: Evitativo; Depe: Dependiente; Hist: Histriónico; Narc: Narcisista; Anti: Antisocial; Obse: Obsesivo-compulsivo; Esq2: Esquizotípico; Limi: Límite; Para: Paranoide

* La correlación es significativa al nivel del 0,05

** La correlación es significativa al nivel del 0,01

Como se observa en la tabla anterior Amabilidad correlaciona negativa y significativamente con los trastornos Esquizoide, Narcisista, Antisocial y Esquizotípico. Responsabilidad correlaciona de manera negativa y significativa con la mayoría de los trastornos: Evitativo, Dependiente, Histriónico, Antisocial, Esquizotípico y Límite; la excepción la constituye el trastorno Obsesivo-compulsivo, el cual correlaciona de manera directa con el factor. Extraversión correlaciona de manera negativa y significativa con los trastornos Esquizoide, Evitativo, Obsesivo-compulsivo y Esquizotípico,

mientras que correlaciona de manera positiva con el trastorno Histriónico. Neuroticismo correlaciona significativa y positivamente con la amplia mayoría de los trastornos a excepción de los TP Narcisista y Antisocial. Finalmente, Apertura a la experiencia correlaciona de manera negativa con los trastornos Evitativo y Obsesivo-compulsivo, y de manera positiva con los trastornos Narcisista y Antisocial.

De manera complementaria se hallaron las correlaciones entre los diferentes trastornos del DSM-IV-TR (APA, 2002). Los resultados se muestran en la tabla 7.

Tabla 7. Correlaciones entre los 10 TP del DSM

	Esq1	Evit	Depe	Hist	Narc	Anti	Obse	Esq2	Limi	Para
Esq1	1	0,15*	-0,15*	-0,13	-0,03	0,07	0,36**	0,39**	0,09	0,28**
Evit		1	0,27**	0,20**	0,14	0,05	0,28**	0,40**	0,33*	0,38**
Depe			1	0,28**	0,07	0,10	0,07	0,28**	0,45**	0,20**
Hist				1	0,35**	0,26**	0,03	0,08	0,40**	0,21**
Narc					1	0,46**	0,20**	0,12	0,18*	0,22**
Anti						1	0,07	0,28**	0,28**	0,29**
Obse							1	0,24**	0,17*	0,30**
Esq2								1	0,33**	0,46**
Limi									1	0,39**
Para										1

Nota: Esq1: Esquizoide; Evit: Evitativo; Depe: Dependiente; Hist: Histriónico; Narc:

Narcisista; Anti: Antisocial; Obse: Obsesivo-compulsivo; Esq2: Esquizotípico; Limi: Límite;

Para: Paranoide

* La correlación es significativa al nivel del 0,05

** La correlación es significativa al nivel del 0,01

Tal como se visualiza en la tabla anterior se observan correlaciones significativas entre diferentes trastornos. En particular, se observa que los

tres trastornos más graves de acuerdo a la clasificación de Millon, paranoide, esquizotípico y límite (Millon, 1976, 1999; Millon y Davis, 1998, 2000; Sanchez, 2003), correlacionan con la mayoría de los restantes trastornos, lo que confirmaría la teoría del autor que sostiene que estos trastornos son variantes más desadaptativas de los restantes trastornos.

Diferencias de sexo.

Se obtuvieron los valores medios y los desvíos estándar diferenciados por sexo para los cinco factores. Los resultados se muestran en la tabla 8.

Tabla 8. Diferencias de sexo para los cinco factores

	Sexo	N	Media	D. e.
Amab	Mujer	114	4,04	0,45
	Varón	67	3,88	0,50
Resp	Mujer	114	3,88	0,58
	Varón	67	3,61	0,64
Extr	Mujer	114	3,68	0,67
	Varón	67	3,78	0,63
Neur	Mujer	114	3,04	0,60
	Varón	67	2,78	0,55
Aper	Mujer	114	3,12	0,65
	Varón	67	3,35	0,62

Nota: Amab: Amabilidad; Resp: Responsabilidad; Extr: Extroversión; Neur: Neuroticismo; Aper: Apertura a la Experiencia

En la tabla anterior se observa que las mujeres obtuvieron mayores valores en Amabilidad, Responsabilidad y Neuroticismo, mientras que los hombres obtuvieron medias mayores en Extroversión y Apertura a la experiencia. Con el propósito de determinar la significación de estas diferencias se aplicó la prueba t de comparación de medias. El análisis estadístico determinó que esas diferencias fueron significativas en Amabilidad ($t=2,252$ $p=0,026$), Responsabilidad ($t=2,946$ $p=0,004$),

Neuroticismo ($t=2,844$ $p=0,005$) y Apertura a la experiencia ($t=-2,289$ $p=0,023$).

Se obtuvieron los valores medios y los desvíos estándar diferenciados por sexo para los cinco factores. Los resultados se muestran en la tabla 9.

Tabla 9. Diferencias de sexo para los diez TP del DSM

	Sexo	N	Media	D.e.
Esq1	Mujer	114	1,87	1,35
	Varón	67	1,93	1,06
Evit	Mujer	114	2,69	1,82
	Varón	67	2,73	1,85
Depe	Mujer	114	1,70	1,43
	Varón	67	1,45	1,41
Hist	Mujer	114	2,38	1,63
	Varón	67	2,48	1,67
Narc	Mujer	114	2,33	1,48
	Varón	67	2,97	1,70
Anti	Mujer	114	0,77	0,92
	Varón	67	1,61	1,27
Obse	Mujer	114	3,32	1,73
	Varón	67	3,28	1,55
Esq2	Mujer	114	1,20	1,33
	Varón	67	1,36	1,23
Limi	Mujer	114	2,49	1,96
	Varón	67	2,22	1,63
Para	Mujer	114	2,00	1,53
	Varón	67	1,96	1,52

Nota: Esq1: Esquizoide; Evit: Evitativo;
 Depe: Dependiente; Hist: Histriónico; Narc:
 Narcisista; Anti: Antisocial; Obse: Obsesivo-
 compulsivo; Esq2: Esquizotípico; Limi:
 Límite; Para: Paranoide

Con el propósito de determinar la significación de las diferencias observadas se aplicó la prueba t de comparación de medias. El análisis estadístico determinó que esas diferencias fueron significativas sólo para el TP Narcisista ($t=-2,647$ $p=0,009$) y para el TP Antisocial ($t=-5,137$ $p=0,009$), en ambos casos con mayores valores para los hombres.

Diferencias por tratamiento recibido.

Se obtuvieron las medias y los desvíos estándar para los diferenciados de acuerdo a si los participantes estaban recibiendo tratamiento psicológico al momento de participar en esta investigación. Los resultados se muestran en la tabla siguiente.

Tabla 10. Diferencias según tratamiento psicológico

	Psico	N	Media	D.e.
Amab	No	136	4,01	0,48
	Si	20	4,02	0,47
Resp	No	136	3,76	0,62
	Si	20	3,88	0,67
Extr	No	136	3,74	0,64
	Si	20	3,60	0,74
Neur	No	136	2,90	0,57
	Si	20	3,30	0,63
Aper	No	136	3,21	0,65
	Si	20	3,40	0,71
Esq1	No	136	1,93	1,23
	Si	20	1,65	1,23
Evit	No	136	2,69	1,84
	Si	20	2,65	1,69
Depe	No	136	1,49	1,34
	Si	20	2,10	1,74
Hist	No	136	2,52	1,64
	Si	20	2,40	1,67
Narc	No	136	2,57	1,56
	Si	20	2,45	1,39
Anti	No	136	1,15	1,16
	Si	20	0,75	0,97
Obse	No	136	3,25	1,60
	Si	20	2,65	1,35
Esq2	No	136	1,28	1,28
	Si	20	1,05	1,00
Limi	No	136	2,35	1,79
	Si	20	2,90	2,07
Para	No	136	1,97	1,56
	Si	20	1,90	1,02

Nota: Amab: Amabilidad; Resp: Responsabilidad; Extr: Extroversión; Neur: Neuroticismo; Aper: Apertura a la Experiencia; Esq1: Esquizoide; Evit: Evitativo; Depe: Dependiente; Hist: Histriónico; Narc: Narcisista; Anti: Antisocial; Obse: Obsesivo-compulsivo; Esq2: Esquizotípico; Limi: Límite; Para: Paranoide; Psico: en tratamiento psicológico

Se solicitó a los participantes información por separado respecto a si estaban realizando un tratamiento psiquiátrico o si estaban consumiendo medicación psiquiátrica recetada por otro profesional. Sin embargo, el número de participantes

que informó estar en tratamiento psiquiátrico fue demasiado bajo (N=4) como para reportar los resultados. En su lugar, optamos por reportar en conjunto ambas variables. Los resultados se muestran en la tabla 11.

Tabla 11. Diferencias según consumo de medicación psiquiátrica

	Psig	N	Media	D.e.
Amab	No	142	4,00	0,48
	Si	14	4,09	0,53
Resp	No	142	3,75	0,62
	Si	14	4,02	0,62
Extr	No	142	3,72	0,63
	Si	14	3,66	0,86
Neur	No	142	2,92	0,59
	Si	14	3,21	0,54
Aper	No	142	3,22	0,65
	Si	14	3,41	0,76
Esq1	No	142	1,83	1,21
	Si	14	2,57	1,28
Evit	No	142	2,60	1,73
	Si	14	3,57	2,44
Depe	No	142	1,58	1,43
	Si	14	1,43	1,22
Hist	No	142	2,45	1,61
	Si	14	3,07	1,86
Narc	No	142	2,47	1,55
	Si	14	3,36	1,15
Anti	No	142	1,06	1,11
	Si	14	1,50	1,40
Obse	No	142	3,11	1,59
	Si	14	3,86	1,35
Esq2	No	142	1,26	1,25
	Si	14	1,14	1,23
Limi	No	142	2,37	1,78
	Si	14	3,00	2,25
Para	No	142	1,93	1,50
	Si	14	2,29	1,54

Nota: Amab: Amabilidad; Resp: Responsabilidad; Extr: Extroversión; Neur: Neuroticismo; Aper: Apertura a la Experiencia; Esq1: Esquizoide; Evit: Evitativo; Depe: Dependiente; Hist: Histriónico; Narc: Narcisista; Anti: Antisocial; Obse: Obsesivo-compulsivo; Esq2: Esquizotípico; Limi: Límite; Para: Paranoide; Psig:

medicación psiquiátrica recetada por psiquiatra u otro profesional

Con el propósito de determinar la significación de las diferencias observadas se aplicó la prueba t de comparación de medias. El análisis estadístico determinó que en ningún caso las diferencias fueron significativas para el MCF y respecto a los TP resultó significativa para los casos de los TP Esquizoide ($t=-2,175$ $p=0,031$) y Narcisista ($t=-2,083$ $p=0,039$). En el caso de TP Evitativo dicha diferencia estuvo próxima a ser significativa ($t=-1,932$ $p=0,055$).

Diferencias por nivel de estudios alcanzados.

Se obtuvieron las correlaciones existentes entre los cinco factores del MCF y el máximo nivel de estudios alcanzados, mediante el estadístico rho de Spearman para pruebas no paramétricas. Los resultados se muestran a continuación.

Tabla 12. Correlaciones entre el máximo nivel de estudios alcanzados y los 5 G

	Amab	Resp	Extr	Neur	Aper
Estud	0,09	0,11	0,20*	-0,15*	0,06

Nota: Amab: Amabilidad; Resp: Responsabilidad; Extr: Extroversión; Neur: Neuroticismo; Aper: Apertura a la Experiencia; Estud: Máximo nivel de estudios alcanzados

* La correlación es significativa al nivel del 0,05

En la tabla anterior se observa que el nivel de estudios alcanzados correlaciona de manera leve pero significativa con la extroversión y de manera negativa con el neuroticismo.

Finalmente, se obtuvieron las correlaciones existentes entre los diez TP del DSM y el máximo nivel de estudios alcanzados, mediante el estadístico rho de Spearman para pruebas no paramétricas. Los resultados se muestran a continuación.

Tabla 13. Correlaciones entre el máximo nivel de estudios alcanzados y los 10 TP del DSM

	Esq1	Evit	Depe	Hist	Narc	Anti	Obse	Esq2	Limi	Para
Estud	-0,14	-0,22**	-0,15*	0,01	0,02	-0,16*	-0,11	-0,17*	-0,15*	-0,18*

Nota: Esq1: Esquizoide; Evit: Evitativo; Depe: Dependiente; Hist: Histriónico; Narc: Narcisista; Anti: Antisocial; Obse: Obsesivo-compulsivo; Esq2: Esquizotípico; Limi: Límite; Para: Paranoide; Estud: Máximo nivel de estudios alcanzados

* La correlación es significativa al nivel del 0,05

** La correlación es significativa al nivel del 0,01

En la tabla 13 se observa que el nivel de estudios alcanzados mantiene una correlación inversa y significativa con el trastorno evitativo y, en menor medida, con los trastornos dependiente, antisocial, esquizotípico, límite y paranoide.

3.2. Discusión

En este trabajo pudieron ser confirmadas algunas de las hipótesis de las que se partía, mientras que algunos de los resultados hallados no se corresponden con los esperados; tantos unos como otros quedan sujetos a posteriores investigaciones que permitan dar cuenta con mayor certeza de las relaciones entre los TP y los cinco grandes factores de la personalidad.

Correlaciones entre los Factores del MCF y los TP del DSM

Respecto a los trastornos.

1. Trastorno paranoide de la personalidad

Del TP Paranoide se esperaba que se relacionara de manera inversa con Amabilidad y Extroversión y de manera directa con el Neuroticismo. Los resultados sólo mostraron una fuerte relación con Neuroticismo, de las más elevadas de las halladas en este trabajo, lo que remite a la suspicacia y la hostilidad excesivas que se expresan a través de quejas o distanciamiento

respecto de los otros, propias de este trastorno. Con Amabilidad y Extroversión se encontraron correlaciones inversas pero bajas y no significativas. En particular, la literatura sostiene la relación con la baja Amabilidad (Diekstra y Duijesens, 1996; Lynam y Widiger, 2001; Widiger y otros, 2002; Grubin, Madsen y Parsons, 2006) siendo más cuestionada la relación con la Extroversión. Posiblemente, alguna característica del instrumento dé cuenta de la baja correlación hallada con Amabilidad, dado que similares resultados se observaron en otros trastornos donde también se esperaba que dicho factor fuera un componente central del trastorno.

2. Trastorno esquizoide de la personalidad

De acuerdo a lo analizado anteriormente en este trabajo se esperaban bajas correlaciones con Extroversión y Amabilidad. La baja Extroversión resultó ser la principal característica de este trastorno, resultado acorde con la literatura (Lynam y Widiger, 2001; Burr, Trull y Widiger, 2001; Trull y McCrae, 2002) y se obtuvieron además correlaciones bajas pero significativas con Amabilidad y con Neuroticismo, indicadores de los fallos en lo interpersonal y del malestar subjetivo de estas personas. Estos resultados podrían explicarse por la indiferencia característica de la personalidad de los individuos con este trastorno, su falta de interés en las relaciones interpersonales, su aspecto “blando” sin expresividad emocional observable y por el hecho de que a menudo no responden adecuadamente a las normas sociales (APA, 1994).

3. Trastorno esquizotípico de la personalidad

Del TP Esquizotípico se esperaban relaciones negativas moderadas con Responsabilidad y Amabilidad, y una relación negativa fuerte con Extraversión. Los resultados, en líneas generales, apoyan estos supuestos. En particular, la relación de este trastorno con Introversión es una de las más fuertes de las halladas en este estudio replicando lo observado en la literatura (Diekstra y Duijsens, 1996; Costa y MCCrae, 1990; Lynam y

Widiger, 2001; Widiger y Costa, 2002; Gurrera y otros, 2005; Grubin, Madsen y Parsons, 2006). Estos datos reflejan el patrón general de déficit sociales e interpersonales característico de este trastorno, mientras que el alto Neuroticismo indicaría la inestabilidad emocional que sufren estas personas debida a la interpretación problemática que tienen de las relaciones interpersonales (tienden a ser recelosos y pueden presentar ideación paranoide) y la ansiedad que les suscitan las situaciones sociales. La relación negativa con Amabilidad podría deberse a las dificultades para establecer las relaciones interpersonales y a la ansiedad que le suscitan al sujeto las situaciones sociales, mientras que el bajo valor en Responsabilidad podría vincularse con las distorsiones cognoscitivas y perceptivas, que harían atribuir a causas sobrenaturales o paranormales la consecución de los eventos. El factor Apertura a la experiencia no mostró un valor significativo en este estudio, consecuentemente con la controversia mostrada por la literatura. Tal vez debería realizarse un análisis al nivel de las facetas para dilucidar más precisamente la incidencia de este factor en el trastorno. Por otro lado, las particularidades de la muestra (población general) también pueden haber incidido en la ausencia de relación hallada. Posiblemente, en población psiquiátrica se encuentre una relación diferente.

4. Trastorno límite de la personalidad

El TP Límite se esperaba que se relacione de manera fuerte con el Neuroticismo, y de manera moderada con Antagonismo e, inversamente, con Responsabilidad. Los resultados muestran una relación débil pero significativa con el polo opuesto de Responsabilidad, lo que concuerda con la literatura (Diekstra y Duijsens, 1996; Burr, Trull y Widiger, 2001). Sin embargo, el aspecto más destacado es la fuerte relación con Neuroticismo, la cual fue la mayor correlación hallada en este trabajo. Por tanto, se concuerda tanto con la literatura sobre el tema (p. ej. Burr, Trull y Widiger, 2001; Trull y McCrae, 2002; Grubin, Madsen y Parsons, 2006; Dy-Liacco y otros, 2009; Caballo, Guillén y Salazar, 2009) como con lo que sostiene el

DSM (APA, 1994) que define al trastorno por la inestabilidad y la impulsividad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y las oscilaciones en la afectividad. Sólo se encontró relación muy baja y no significativa con Antagonismo, resultado que suele ser reportado en la literatura al menos de manera moderada (p.ej., Diekstra y Duijsens, 1996; Widiger y Costa, 2002; Grubin, Madsen y Parsons, 2006). Quizá particularidades de la muestra o del instrumento den cuenta de estos hallazgos. La hipótesis alternativa sitúa la dificultad al nivel de las facetas aunque la revisión teórica de las mismas (confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, modestia y sensibilidad social) llevaría a la conclusión de que todas o la mayoría de ellas se relacionarían con este trastorno.

5. Trastorno antisocial de la personalidad

Se hipotetizó que este TP correlaciona de manera negativa con Responsabilidad y con Amabilidad y de manera positiva con Apertura a la experiencia. Las tres relaciones fueron halladas en este trabajo, todas con valores cercanos a 0,30. El alto nivel de Antagonismo resulta consonante con las características del trastorno: individuos cínicos, rudos, vengativos, irritables, suspicaces, manipulativos, críticos, egoístas, competitivos y agresivos (Avia, Sanz y Silva, 1999). El engaño y la manipulación son características centrales de este trastorno; estas personas desprecian los deseos, derechos y sentimientos de los demás; engañan y manipulan para provecho o placeres personales y tienden a ser irritables, agresivos y frecuentemente involucrados en asaltos y luchas físicas, incluso de maltrato hacia el cónyuge o niños (APA, 1994). La baja Responsabilidad también resulta central para definir este TP. El DSM-IV (APA, 1994) destaca que estos individuos (a) tienden a ser continuos y extremadamente irresponsables; (b) tienen pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos; (c) no logran adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal; y (d) pueden poner de manifiesto un patrón de impulsividad para planificar el futuro, tomando las decisiones sin pensar, sin

prevenir nada y sin tener en cuenta las consecuencias para el mismo o para los demás. En suma, la persona antisocial se destaca por su tendencia a realizar acciones apartadas de las normas convencionales, en el sentido negativo de transgresión y violación de las mismas. La correlación positiva con Apertura, supuesta en este trabajo y no hallada en la literatura, podría guardar relación con la poca relevancia atribuida a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento. Su ductilidad para el engaño y la manipulación, su impulsividad y la consecución de los propios deseos sin importar lo que implique para sí o para los demás supone la posibilidad de involucrarse en experiencias impensables para otra persona (APA, 1994). De acuerdo a la literatura y a la teoría sobre este TP no se encontró relación con el Neuroticismo (aunque sí se espera que se relacione con la faceta de hostilidad). El malestar o la inestabilidad emocional propios de este factor no parecen estar presentes en los individuos antisociales.

6. Trastorno histriónico de la personalidad

Se esperaba que este trastorno correlacionara de manera positiva con Neuroticismo, Extroversión y Apertura a la experiencia, y de manera negativa con Responsabilidad. Los resultados hallados confirman esas hipótesis si bien con el factor de Apertura a la experiencia la correlación hallada fue baja (aunque significativa). La baja Responsabilidad (relación esperada en este estudio y ausente en la bibliografía), representa a individuos vistos como poco fiables, informales, vagos, apáticos, descuidados, negligentes, hedonistas y laxos (Costa y Widiger, 2002). A su vez, las personas con el TP Histriónico tienen una forma de hablar excesivamente subjetiva los argumentos subyacentes a sus opiniones suelen ser vagos y difusos, sin el menor apoyo empírico, son individuos altamente sugestionables siendo sus opiniones y sentimientos influenciados por los demás o las modas del momento, llegando incluso a ser demasiado confiados especialmente en figuras con una autoridad fuerte, de quienes tienden a pensar que les van a resolver mágicamente sus problemas (APA,

1994). Se puede afirmar, además, que los sujetos con este trastorno manifiestan un nivel de relaciones interpersonales, actividad y necesidad de estimulación intensas (dominio de Extraversión), especialmente por la necesidad constante de ser el centro de atención y por la sensación de estar muy unidos o de tener relaciones más íntimas de lo que son con los nuevos conocidos. Finalmente, el alto Neuroticismo es un indicador de un nivel crónico de desajuste emocional e inestabilidad (Costa y Widiger, 2002), el cual podría detectarse en lo superficial y rápidamente cambiante de la expresión emocional de los sujetos con este trastorno. Debido a su constante preocupación por su aspecto físico y por ser el centro de atención, pueden trastornarse fácilmente ante un comentario en referencia a su apariencia o ante una fotografía en la que les parece que no han quedado bien (APA, 1994). Podría suponerse una gran vulnerabilidad frente a la mirada de los otros, con la consecuente hostilidad e impulsividad con la que manifestarían esta vivencia. La correlación positiva con la dimensión de Apertura a la experiencia podría reflejarse especialmente en el área de las fantasías, por la tendencia de estos sujetos de inventar historias y ser muy teatrales. También podría considerarse el interés por la estética, vinculada a su aspecto físico y al tiempo y energía dedicados al mismo, con la consecuente búsqueda de experiencias ligadas a la seducción y atracción de personas nuevas.

7. Trastorno narcisista de la personalidad

Del TP Narcisista se esperaba que correlacionara negativamente con Amabilidad (por la propia superioridad que siente la persona narcisista) y positivamente con Apertura a la Experiencia (por la tendencia a fantasear y a creer que las diferentes situaciones de la vida están a su alcance). Ambas hipótesis fueron confirmadas en este trabajo, si bien las correlaciones halladas fueron bajas. La tendencia antagonista de estas personas puede estar relacionada con la falta de empatía (que se traduce en una baja sensibilidad hacia los demás respecto de sus deseos y necesidades), su

infravaloración de la contribución de los otros frente a la exageración de sus propios logros, con el consecuente comportamiento arrogante y soberbio. Respecto al factor de Apertura, puede ser relacionado con las fantasías de autoimportancia y grandiosidad propias de este trastorno. A menudo estas personas están preocupadas por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios (APA, 1994). No se halló en este trabajo relación con el Neuroticismo, aportando evidencia a la mayor parte de la literatura científica sobre el tema. Una explicación posible es que el Narcisismo, salvo en grados muy elevados, resulta adaptativo en nuestra sociedad por lo que, en principio, no se relaciona con un alto monto de malestar.

8. Trastorno evitativo de la personalidad

De este trastorno se esperaba encontrar principalmente relaciones fuertes con Neuroticismo y con Introversión, tanto por lo sostenido por la literatura (Lynam y Widiger, 2001; Widiger y Costa, 2002) como por la definición teórica del trastorno. EL DSM-IV lo define como “un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa” (APA, 1994). Estas hipótesis resultaron consonantes con los resultados obtenidos ya que se hallaron correlaciones elevadas con ambos factores. Subsidiariamente, se esperaba una baja correlación con Apertura a la experiencia, resultado también encontrado en este trabajo. Este hallazgo puede vincularse con el hecho de que se trataría de sujetos cerrados a la vivencia de experiencias nuevas, ya que normalmente son reticentes a asumir riesgos personales o a involucrarse en nuevas actividades o intereses, en el intento por evitar ser rechazados, o por su preocupación por la posibilidad de críticas. Las pocas actividades que emprenden pretenden les aseguren el éxito de antemano garantizándose apoyo y protección de los otros, antes de correr el riesgo. Finalmente, se obtuvo una baja correlación negativa con Responsabilidad. En líneas generales, la literatura reporta correlaciones similares pero no

significativas (Aboaja, Duggan, y Park, 2011; Piedmont y otros, 2009), siendo la excepción el trabajo de Bagby y otros (2005) quienes también reportan correlaciones negativas pero significativas y elevadas. De cualquier manera, no puede darse por acabada la cuestión que relaciona a este factor con el trastorno por lo que deben profundizarse estos estudios, quizá al nivel de las facetas.

9. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

De este TP se esperaba que correlacionara positivamente con Responsabilidad y con Neuroticismo, y de manera negativa con Apertura a la Experiencia. Los resultados confirman estas hipótesis, si bien las correlaciones halladas fueron bajas (aunque significativas) en los casos de Responsabilidad y Apertura y un poco más elevada en el caso de Neuroticismo. Adicionalmente, se obtuvo una baja pero significativa correlación con Introversión. En concordancia con la bibliografía, la inestabilidad emocional se regularía por el apego a la prolijidad y cuidado en los procedimientos y tareas (Duijsens, 1996; Avia, Sanz y Silva 1999; Trull y Widiger, 2001). La injerencia de la Responsabilidad en este trastorno está firmemente establecida en la literatura (Lynam y Widiger, 2001; Trull y McCrae, 2002; Widiger y otros, 2002; Caballo, Guillén y Salazar, 2009). Respecto a la relación inversa hallada en Extroversión y en Apertura podría decirse que dado el grado de rigidez de la estructura obsesiva, la inmersión en las rutinas y la aversión por el cambio supondrían la prescindencia del otro así como de la búsqueda de experiencias inéditas. Además, estos hallazgos coinciden con el hecho de que los sujetos con este TP muestran una dedicación exclusiva al trabajo y a la productividad, con exclusión de las actividades de ocio y las amistades, así como por el hecho de ser demasiado escrupulosos e inflexibles en temas de orden moral y ética (APA, 1994).

10. Trastorno dependiente de la personalidad

La literatura sobre la relación entre los TP y el MCF acuerda en que este trastorno representa una variante extrema de Amabilidad con altos niveles de Neuroticismo (Widiger y otros, 2002). Una correlación moderada y negativa con el factor de Responsabilidad complementaría el perfil de este trastorno. En este trabajo encontramos una alta correlación con Neuroticismo pero una relación de independencia con Amabilidad, resultados que ya habían sido hallados en otros estudios (Bagby y otros, 2005; Piedmont y otros, 2009), encontrándose incluso una correlación negativa (Aboaja, Dugga y Park, 2011). Por tanto, resulta cuestionable empíricamente la relación de este trastorno con Amabilidad, sostenida teóricamente. Un análisis al nivel de las facetas quizá clarifique esta contradicción. Respecto al Neuroticismo, dentro del continuo dimensional, los sujetos con gradientes más altos se mostrarán preocupados, aprehensivos, sensibles, nerviosos, inseguros, inestables, hipocondríacos, tristes, miedosos, tensos y vulnerables (Avia, Sanz y Silva, 1999). En cambio, sí se encontró una relación inversa moderada y significativa con Responsabilidad, en consonancia con lo hallado en la literatura. Se podría explicar esta relación considerando que estos individuos tienden a ser pasivos y a permitir que los demás tomen las iniciativas y asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida. Esta necesidad de que los demás asuman sus responsabilidades va más allá de lo que es apropiado para la edad o para la situación (APA, 1994).

Respecto a los factores.

En el presente estudio, de manera congruente a lo reportado por la literatura científica (p.ej. Burr, Trull y Widiger, 2001; Piedmont y Sherman, 1999), encontramos que la dimensión Amabilidad no correlaciona de manera positiva con ninguno de los trastornos. Siguiendo a Grubin, Madsen y Parsons (2006) parecería ser que dicho factor puntuaría bajo en el caso de presentarse un trastorno de la personalidad. En particular, se hallaron correlaciones significativas con los TP Esquizoide, Esquizotípico, Antisocial y

Narcisista, mientras que no se hallaron las correlaciones esperadas con los TP Paranoide, Límite y, en este único caso la correlación directa, con el TP Dependiente.

En cuanto a la Responsabilidad, los datos indicarían vínculos negativos con la mayoría de los trastornos, exceptuando el obsesivo-compulsivo cuya relación sería directa. Ello también se condice con varias reseñas bibliográficas (p.ej. Lynam y Widiger, 2001; Trull y McCrae, 2002; Widiger y otros, 2002; Caballo, Guillén y Salazar, 2009). Los TP Dependiente, Histriónico, Antisocial, Esquizotípico, Límite y Evitativo obtuvieron correlaciones negativas con este factor, y en el caso del último de ellos dicha correlación no había sido hipotetizada.

En Extroversión se obtuvieron correlaciones negativas elevadas con los TP Esquizoide, Evitativo y Esquizotípico. Estos resultados eran los esperados sobre todo teniendo en cuenta los conceptos de Millon sobre estos trastornos (Millon, 1976, 1990, 1999; Millon y Davis, 1998, 2000; Sanchez, 2003). Se obtuvo además una correlación baja y no esperada con el TP Obsesivo-compulsivo. Finalmente, se obtuvo la correlación directa hipotetizada con el TP Histriónico. No se encontró la relación inversa esperada con el TP Paranoide.

Respecto a Apertura a la experiencia las correlaciones negativas o positivas dependieron del trastorno evaluado. En particular resultaron elevadas las correlaciones directas con los TP Narcisista y Límite, ambas esperadas; en el mismo sentido resultó la correlación con el TP Histriónico si bien de manera más leve. Respecto al polo inverso del factor se encontraron relaciones leves con los TP Evitativo y Obsesivo-compulsivo. De todos modos se considera que el dominio de Apertura a la experiencia requiere más investigación para dilucidar su papel en los TP.

Finalmente, para la dimensión Neuroticismo, casi todos los trastornos muestran lazos positivos significativos. Tal correlación, asimismo, estaba prevista en investigaciones citadas con anterioridad (Burr, Trull y Widiger, 2001; Grubin, Madsen y Parsons, 2006; Caballo, Guillén y Salazar, 2009).

En particular, resultaron muy elevadas las correspondientes a los tres TP más graves de acuerdo a la clasificación de (Millon (Millon, 1976, 1990, 1999; Millon y Davis, 1998, 2000; Sánchez, 2003): Esquizotípico, Límite y Paranoide. También resultaron elevadas las correlaciones con los TP Evitativo, Dependiente e Histriónico y más leve con el TP Esquizoide. De todas maneras, este factor resulta ser el más relevante a la hora de definir un TP.

Correlaciones entre los TP del DSM.

Como objetivos secundarios en este estudio, se obtuvieron las correlaciones entre los diferentes TP del DSM (APA, 2002). Se registraron múltiples correlaciones, en particular en lo que respecta a los trastornos más graves de acuerdo a la clasificación de Millon (Millon, 1976, 1999; Millon y Davis, 1998, 2000; Sanchez, 2003). Estos datos vendrían a aportar evidencia empírica respecto a la teoría del autor que sostiene que se trata de modalidades más graves de los otros trastornos. Así, por ejemplo, resulta esperable encontrar correlaciones elevadas entre el trastorno Esquizotípico con los trastornos Esquizoide y Evitativo, o entre el trastorno Límite con los trastornos Dependiente e Histriónico. También se encontraron correlaciones elevadas entre otros trastornos relacionados teóricamente según Millon (Millon, 1976, Millon y Davis, 1998, 2000; Sanchez, 2003), como ser los trastornos Histriónico y Dependiente, o Narcisista y Antisocial.

Sin embargo, dadas las múltiples correlaciones obtenidas cabría profundizar estos estudios, por ejemplo mediante análisis factoriales del instrumento, con el objeto de clarificar la estructura psicopatológica de la que están dando cuenta estos resultados.

Diferencias de sexo.

Al analizar las diferencias de sexo en las dimensiones del MCF se obtuvo que las mismas resultaron significativas para Amabilidad, Responsabilidad, Neuroticismo (con mayores puntajes para las mujeres) y Apertura a la

experiencia (con mayor puntaje para los hombres). Las mayores puntuaciones que obtuvieron las mujeres en Neuroticismo y Amabilidad resultan consonantes con la literatura (Benet-Martinez y John, 1998; Costa, Terracciano, y McCrae, 2001; De Miguel-Negredo, 2005; Manga, Ramos, y Morán, 2004). Schmitt, Realo, Voracek, and Allik (2008) encuentran, además, diferencias en Extraversión y en Responsabilidad en un estudio en 55 países. Extrañamente, en el trabajo que dio lugar al AEP (Ledesma, Sánchez y Díaz, 2011) sólo se reportan diferencias en Neuroticismo. Respecto a Apertura a la experiencia, la literatura no es tan concluyente, dependiendo de los estudios o las facetas las mayores puntuaciones en hombres o mujeres (Costa, Terracciano, y McCrae, 2001; De Miguel-Negredo, 2005).

Respecto a los TP sólo se encontraron diferencias en dos trastornos típicamente más relacionados con los hombres: el Narcisista y el Antisocial. Ambos trastornos, se recuerda, corresponden a personalidades independientes de acuerdo a la clasificación de Millon (Millon, 1976, 1999; Millon y Davis, 1998, 2000; Sanchez, 2003).

Diferencias por tratamientos recibidos.

Dado que este trabajo se centra en los TP se consideró de interés indagar acerca de los tratamientos psicológicos o psiquiátricos que estuvieran recibiendo los participantes. Sólo se obtuvo información respecto a la presencia o ausencia de tales tipos de tratamientos y no respecto a la duración, motivo de consulta, evolución, valoración por parte del participante, y otros tópicos de interés que deberían profundizarse en otros trabajos. Sin embargo, cabe destacar que se encontraron diferencias significativas en el factor de Neuroticismo entre las personas que están recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico y las que no.

Diferencias por nivel de estudios alcanzado.

Si bien no era el objetivo de este trabajo, los datos recogidos nos permiten un acercamiento a la relación existente entre la personalidad y el nivel de estudios que puede alcanzar una persona. Sin embargo debe considerarse que esta relación debería profundizarse en estudios más orientados hacia el tema. En particular, este trabajo consideró en un mismo nivel categorías que deberían diferenciarse en un estudio más preciso, a saber, estudios universitarios completos, incompletos y cursando. Es decir que la clasificación no hacía diferencia si la persona había abandonado sus estudios universitarios, ni en que momento de la carrera, o si aún se encontraba estudiando, o si ya se había recibido. Similares consideraciones podrían hacerse para los otros niveles de la enseñanza. Además se consideraron los estudios terciarios como en un nivel más bajo que los estudios universitarios, por lo que podría darse el caso de alguien que completó estudios terciarios pero que obtuvo en esta variable un valor menor que quien cursó un año de la universidad. Estas y otras debilidades de este estudio, como se dijo, deberían subsanarse en otros trabajos que busquen clarificar la interesante relación existente entre la personalidad y el nivel de estudios que puede alcanzar una persona.

Pese a las consideraciones del párrafo anterior, se obtuvieron algunos resultados interesantes. En primer lugar, se observó que el nivel de estudios alcanzados correlaciona de manera leve pero significativa con la extroversión y de manera negativa con el neuroticismo. Esto estaría dando cuenta de que valores elevados en Introversión y en neuroticismo atentarían contra las posibilidades de avanzar en los niveles educativos. En segundo lugar, se observó que el nivel de estudios alcanzados mantiene una correlación inversa y significativa con el trastorno evitativo (caracterizado precisamente por altos niveles de Introversión y de Neuroticismo) y, en menor medida, con los tres trastornos más graves según la clasificación de Millon (esquizotípico, límite y paranoide), y con los trastornos dependiente y antisocial. Estos datos estarían señalando que ciertos TP incluyen entre sus características desadaptativas la dificultad para avanzar en el sistema

educativo. Se debe insistir en que estas relaciones deberían profundizarse en estudios más específicos.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente trabajo tuvo por objetivo general estudiar la relación entre los TP descritos en el DSM-IV (APA, 1994) con los cinco grandes factores de la personalidad del MCF, utilizando dos instrumentos diagnósticos; por un lado el AEP, que evalúa el perfil de la personalidad de acuerdo a los cinco factores del modelo, y por el otro, el IPDE, para detectar posibles trastornos de la personalidad. Se pudieron hallar algunas de las correlaciones ya establecidas previamente en la literatura, confirmando nuestras hipótesis, y se descubrieron relaciones no esperadas.

Como se ha visto en la revisión de la literatura, se esperaban encontrar las siguientes relaciones que no fueron halladas: negativas para el TP Paranoide con Extroversión y con Amabilidad, y positivas para el TP Dependiente con Amabilidad. A su vez, de manera no prevista, se encontró una relación positiva entre el TP Esquizoide y el Neuroticismo, negativa entre el TP Evitativo y Responsabilidad, y negativa entre el TP Obsesivo-compulsivo con Extroversión.

Entendemos que estos resultados deben leerse a la luz de diversas cuestiones. Una de ellas podría relacionarse con la muestra estudiada, población general, con características particulares y diferentes respecto a una población psiquiátrica, por ejemplo, respecto a la prevalencia de cada trastorno. Los rasgos disfuncionales o los trastornos de personalidad, que son esperables encontrar en población psiquiátrica, podrían determinar relaciones más fuertes con los factores del modelo. Teniendo en cuenta que consideramos a los TP como variantes extremas de las dimensiones de la personalidad normal (Dy-Liacco y otros, 2009), la severidad de la patología podría funcionar como una variable interviniente a la hora de vincular el trastorno en el continuo de cada dominio. Uno de los trabajos que sigue esta línea es el de Gurrera y otros (2005) quienes reportan correlaciones diversas entre el trastorno esquizotípico y Apertura a la experiencia en muestras de estudiantes universitarios y de pacientes psiquiátricos.

Otra de las razones consideradas remite al estudio de las facetas de cada factor, no tomadas en cuenta en la presente investigación. De ser incluidas en este tipo de análisis permitiría establecer con mayor precisión el perfil del MCF de cada trastorno. Cada uno de los factores engloba seis facetas que lo describen desde diversos ángulos y su consideración daría lugar a la posibilidad de correlaciones significativas entre diferentes facetas y un TP, no obstante no encontrar correlación significativa entre el TP y el factor que abarca a tales facetas. De este modo, el TP Paranoide, por ejemplo, podría correlacionar negativamente con la faceta Confianza de Amabilidad, y negativamente con las facetas Cordialidad y Emociones positivas del factor Extroversión, mientras que el TP Dependiente podría correlacionar positivamente con las facetas Actitud conciliadora, Modestia y Sensibilidad social de Amabilidad. Más aún, ciertos trastornos podrían correlacionar positivamente con algunas facetas y negativamente con otras del mismo factor, resultando así independiente respecto al factor en su conjunto. Por ejemplo, TP Dependiente podría correlacionar positivamente con Cordialidad y Gregarismo, y negativamente con Asertividad, Búsqueda de emociones y Actividad del factor de Extroversión. Un estudio pormenorizado acerca de las facetas y los TP podría arrojar luz sobre estas cuestiones y aproximarse a las correlaciones definidas por la literatura.

Por otro lado, se encontró que los resultados obtenidos en este trabajo se condicen con lo propuesto por la teoría de Millon, quien afirma que los TP Esquizotípico, Límite y Paranoide conforman los trastornos de personalidad más graves (Millon, 1976, 1990, 1999; Millon y Davis, 1998, 2000; Sánchez, 2003), y, precisamente, con esos trastornos fueron obtenidas las correlaciones más fuertes con los factores del MCF, en particular con Neuroticismo, o, dicho de otra manera, con la falta de estabilidad emocional.

Los resultados aquí obtenidos ameritan investigaciones posteriores, donde deberían tenerse en cuenta los instrumentos empleados y el tipo de la muestra seleccionada. Resulta aconsejable el uso de instrumentos de comprobada validez y confiabilidad para el diagnóstico de la personalidad

y/o sus trastornos, como por ejemplo el Inventario Clínico Multiaxial de Millon [MCMI] o entrevistas semiestructuradas para los TP, que podrían brindar mayor precisión a los resultados obtenidos. El MCMI, en sus dos últimas versiones, la II y la III, se destaca entre los inventarios más utilizados en el ámbito clínico para la evaluación de los TP (Sánchez, 2003) y, cabe destacarse, presenta además escalas de validez que evalúan la tendencia a distorsionar las respuestas, aspecto no considerado en este trabajo. Además, hay que recordar que en esta investigación se administró el Cuestionario IPDE y no la Entrevista que se incluye como parte del instrumento. Del mismo modo, el uso del NEO-PI-R (Costay McCrae, 1999), instrumento que sí incluye evaluación al nivel de las facetas, podría brindar una información más precisa a los fines a los que no estamos refiriendo.

Dentro de las limitaciones que reconocemos en este estudio se destaca la baja cantidad de sujetos bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico lo que no permite llegar a conclusiones certeras en relación a los aspectos estudiados.

Asimismo, se sugieren investigaciones futuras relativas al nivel de estudios alcanzado. En este trabajo se han descubierto dos correlaciones leves pero significativas: negativa con Neuroticismo y positiva con Extroversión. Esto es, las personas con alta Introversión y alto Neuroticismo tenderían a avanzar menos en sus estudios.

En líneas generales, los resultados apoyan nuestras hipótesis en torno a los TP y los cinco factores del MCF, y confirman casi en su totalidad las afirmaciones establecidas en investigaciones previas realizadas en otros países. Si bien los resultados de este estudio son preliminares, por tratarse de una aproximación con un nuevo instrumento para evaluar el perfil de la personalidad en nuestro contexto, creemos que son lo suficientemente estimulantes para continuar con esta línea de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aboaja, A.; Duggan, C.; Park, B. (2011). An exploratory analysis of the NEO-FFI and DSM personality disorders using multivariate canonical correlation. *Personality and Mental Health*, 5, 1-11.
- Allik, J.; McCrae, R. (2002) A Five Factor Theory Perspective. En R. R. McCrae & J. Allik (Eds.), *The Five-Factor Model of Personality Across Cultures* (pp. 303-321). New York:Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Allport, G. (1974). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós. (Original publicado en 1937 como *Personality: A psychological interpretation*).
- Álvaro-Brun, E.; Vegue-González, M. (2008). *Validez del Cuestionario Internacional Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria*. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*; 10: 35-40.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson. (Original publicado en 1994.)
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona, Masson. (Original publicado en 2000).
- Avia, M.; Sanz, J.; Silva, J. (1999). La evaluación de la personalidad desde el modelo de los “cinco grandes”: el inventario de cinco-factores NEO (NEO-FFI) de Costa y McCrae .En F. Silva (Ed.) *Avances en evaluación psicológica* (pp.171-234) Valencia: Promolibro.
- Bagby, R.; Costa, P.; Widiger, T.; Ryder, A.; Marsahll, M. (2005). DSM-IV Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality: A Multi-Method Examination of Domain- and Facet-Level Predictions. *European Journal of Personality*, 19, 307-324.
- Beck, A.; Freeman, A. y otros (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Paidós: Barcelona. (Original publicado en 1992).

- Benet-Martinez, V., & John, O. (1998). Los cinco grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729–750.
- Blais, M. (1997). Clinician ratings of the five-factor model of personality and the DSM-IV Personality disorders. *Journal of Nerv.Ment.Dis.*, 185, 388–393.
- 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. *Journal of Personality*, 69, 2, 175-178.
- Caballo, V.; Guillén, J. y Salazar, I. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40, 3, 319-327.
- Castro-Solano, A., & Casullo, M. M. (2001). Rasgos de personalidad, bienestar psicológico y rendimiento académico en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria*, 18(1), 65–85.
- Clarkin, J.; Costa, P. Jr.; Sanderson, C.; Trull, T. y Widiger, T. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. En Costa, P.; Widiger, T. (Ed.), *Personality disorders and the Five – Factor Model of Personality* (pp. 89-99). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Cloninger, C. (2000). A practical way to diagnosis personality disorders: a proposal. *Journal of Personality Disorder*, 14, 99-108.
- Costa, P., McCrae, R. (1985). The NEO Personality Inventory manual. Odessa, FL: PAR.
- Costa, P., McCrae, R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P., Terracciano, A., y McCrae, R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 322–331.

- Costa, P.; McCrae, R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371.
- Costa, P.; McCrae, R. (1999). *NEO-PI-R: Inventario de la personalidad NEO revisado (NEO-PI-R) e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI). Manual profesional*. Madrid, TEA Ediciones.
- Costa, P.; Widiger, T. (2002). Introduction: personality model o personality disorders and the five – factor. En Costa, P.; Widiger, T. (Ed.), *Personality disorders and the Five – Factor Model of Personality* (pp. 17-22). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- De Miguel-Negredo, A. (2005). Diferencias de edad y género en el NEO–PI–R en dos muestras con distinto nivel académico. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(1),13–31.
- Diekstra, R.; Duijsens, I. (1996). DSM-III-R and ICD-10 personality disorders and their relationship with the big five dimensions of personality. *Personality and individual differences*, 21, 1, 119-133.
- 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.
- Dyce, J. y O'Connor , B. (2002). Tests of general and specific models of personality disorder configuration. En Costa, P.; Widiger, T. (Ed.), *Personality disorders and the Five – Factor Model of Personality*(pp. 223-246). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Esbec, E.; Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Esp Psiquiatr*, 30 (1), 1-11.
- Eysenck, H. (1947). *Dimensions of personality*. Londres: Routledge & Kegan
- Eysenck, H. (1987). The definition of personality disorders and the criteria appropriate for their description. *Journal of Personality Disorders*, 1: 211-219, 1987.

- Fiske, I. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44, 329-344.
- Frances, A. y Widiger, T. (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.
- 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. *Personality and individual differences*, 40, 227-236.
- Gurrera, R.; Dickey, C.; Niznikiewicz, M.; Voglmaier, M.; Shenton, M.; McCarley, R. (2005). The five-factor model in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 80, 243-251.
- John, O. y 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.
- John, O., Donahue, E.; Kentle, R. (1991). The Big Five Inventory—Versions 4a and 54. Berkeley: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- John, O.; Donahue, E.; Kentle, R. (1991). The Big Five Inventory—Versions 4a and 54. Berkeley: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- Ledesma, R., Sánchez, R.; Díaz, C. (2011) 'Adjective Checklist to Assess the Big Five Personality Factors in the Argentine Population', *Journal of Personality Assessment*, 93: 1, 46 — 55.
- 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.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F.W., Ferguson,

- B., Jacobsberg, L.B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. & Regier, D.A. (1994). The International Personality Disorder Examination, IPDE. The WHO/ADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Lynam, D. y Widiger, T. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 3, 401-412.
- Manga, D., Ramos, F., Morán, C. (2004). The Spanish norms of the NEO Five-Factor Inventory: New data and analyses for its improvement. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 639–648.
- McCrae, R. y Trull, T. (2002). A five-factor perspective on personality disorder research. En Costa, P.; Widiger, T. (Ed.), *Personality disorders and the Five – Factor Model of Personality* (pp. 45-57). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- McCrae, R. y 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.
- McCrae, R. (1994). Psychopathology from the perspective of the five-factor model. In S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 26–39). New York: Springer.
- McCrae, R.; Costa, P. (1990). *Personality In Adulthood. a Five-Factor Theory Perspective*. New York, Guilford Press.
- McCrae, R.; Costa, P.; Ostendorf, F.; Angleitner, A.; Harcaron, M.; Avia, M.; Sanz, J.; Sánchez-Bernardos, M.; Kusdil, M; Woodfiel, R.; Saunders, P. y Smith, P. (2000). Nature Over Nurture. Temperament, Personality, and Life Span Development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 173-186.
- Millon, T. (1976). *Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.

- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1999). *Inventario clínico multiaxial de Millon-II [MCMI-II]*. Manual. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. y Davis, R. (2000). *Personality disorders in modern life*. New York: Wiley.
- Millon, T. y Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Morey, L., Gunderson, J., Quigley, B., Shea, M., Skodol, A., McGlashan, T., Stout, R. y Zanarini, M. (2002). The representation of borderline, avoidant, obsessive-compulsive, and schizotypal personality disorders by the five-factor model. *Journal of Personality Disorder*, 16, 215– 234.
- Norman, W. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 574-583.
- Norman, W.; Goldberg, L. (1966). Raters, ratees, and randomness in personality structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 681-691.
- 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* (pág. 223-246). Washington, DC: American Psychological Association.
- Oldham, J. (2007). Trastornos de la personalidad. Historia reciente y direcciones futuras. En Oldham, J.; Skodol, A.; Bender, D. (dir.) *Tratado sobre los trastornos de la personalidad* (pág. 3-16). Masson, Barcelona. (original publicado en 2005).
- Oldham, J.; Skodol, A. (2000). Charting the future of Axis II. *Journal of Personality Disorders*, 14: 17-29. Over Nurture. Temperament,

- Personality, and Life Span Development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173-186.
- Piedmont, R.; Sherman, M.; Sherman, N.; z, G.; Williams, J. (2009). Using the Five – Factor Model to identify a new personality disorder domain: the case for experiential permeability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 6, 1245-1258.
- Pincus, A. y Wiggins, J. (2002). Personality structure and the structure of personality disorders. En Costa, P.; Widiger, T. (Ed.), *Personality disorders and the Five – Factor Model of Personality* (pp. 103-124). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Samino Aguado, F.; Bragado, M.; Granda López, J. y Valdivieso Fernández, S. (1996). I.P.D.E. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad.
- Sanchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *PsicoUSF*, 8,2, 163-173.
- Sanchez, R.; Ledesma, R. (2007). Los cinco grandes factores: cómo entender la personalidad y como evaluarla. En A. Monjeau (Ed.) *Conocimiento para la transformación* (pág. 131-160). Mar del Plata: Ediciones Universidad Atlántida Argentina.
- Sanchez, R.; Morelli, C. (2007). *Construcción de un listado de adjetivos para evaluar la personalidad desde el modelo de los Cinco Grandes Factores. Análisis de una versión preliminar*. III Congreso Marplatense de Psicología. Mar del Plata.
- Saucier, G.; Goldberg, L. R. (1996). The Language of Personality: Lexical Perspectives on the Five-Factor Model. En Jerry S. Wiggins (Ed.), *The Five-Factor Model of Personality. Theoretical Perspectives* (pp. 21-50). New York: Guilford Press.
- Schmitt, D., Allik, J., McCrae, R., y Benet-Martínez, V. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38,173–212.

- Trull, T. (1992). DSM-III-R personality disorders and the five-factor model of personality: an empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 553-560.
- Tupes, E.; Christal, R. (1961). Recurrent personality factors based on trait ratings (USAFD Tech. Rep. 67-97). Lackland, TX: Lackland Air Force Base.
- Tyrer, P. (1988) Personality Disorders: diagnosis, management, and course. London, Wright, Butterworth and Co.
- Voglmaier, M. (2005). The five-factor model in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia research*, 80, 243-251.
- Widiger, T. A., Costa, P. T., Jr., McCrae, R. R. (2002). A proposal for Axis II: Diagnosing personality disorders using the five-factor model. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 431–456). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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* (pág. 37-55). Masson, Barcelona. (Original publicado en 2005).
- 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, US: American Psychological Association.
- 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) (pág. 89-99). Washington, American Psychological Association.
- Wiggins, J. y Pincus, H. (1989). Conceptions of personality disorder and dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 1, 305-316.

Zuckerman, M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): an alternative five-factorial model, en Big Five Assessment. Ed. Por WA, Hognefe and Huber, pp. 377-397.

5. ANEXOS

A continuación se exponen los instrumentos empleados en esta investigación.