



# Dimensiones de los trastornos de personalidad en el *MCMI-II*<sup>1</sup>

José Besteiro, Serafín Lemos<sup>2</sup>, José Muñiz, Eduardo García y Mónica Álvarez  
(Universidad de Oviedo, España)

(Recibido 5 de abril 2006/ Received April 5, 2006)

(Aceptado 5 de septiembre 2006 / Accepted September 5, 2006)

**RESUMEN.** Para conocer la estructura dimensional que subyace a los trastornos de la personalidad, se evaluó el patrón factorial en un conjunto de medidas clínicas y de personalidad autoinformadas empleando el *MCMI-II*. Se aplicó un diseño *ex post facto* de tipo prospectivo. Se utilizó una muestra de 236 pacientes diagnosticados con un trastorno de la personalidad, según criterios *DSM-IV*. El análisis factorial de componentes principales mostró veinticinco factores de primer orden que explicaron el 56,64% de la varianza. Los ocho factores de segundo orden explicaron el 42,61% de la varianza. Esta estructura de ocho factores, más que responder a un modelo consensuado categorial, es coincidente con alguno de los modelos dimensionales de la personalidad, como son los propuestos por Siever y Davis, Cloninger o Costa y McCrae. Dimensiones como depresión/ansiedad, responsabilidad/control, paranoidismo/agresividad, autocrítica/inseguridad, timidez/influenciabilidad, desadaptación social o abuso de sustancias/impulsividad son útiles para explicar las posibles entidades psíquicas o biológicas subyacentes a los trastornos de la personalidad frente a la taxonomía *DSM*.

**PALABRAS CLAVE.** *MCMI-II*. Dimensiones de personalidad. Modelos factoriales-biológicos. Diseño *ex post facto* prospectivo.

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda concedida por el Ministerio de Educación y Ciencia a los proyectos SEJ2004-00644/PSIC y SEJ2005-08924/PSIC.

<sup>2</sup> Correspondencia: Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo, s/n. 33001 Oviedo (España). E-mail: slemos@uniovi.es

**ABSTRACT.** In order to understand the dimensional structure underlying personality disorders, a MCMI-II- based assessment was carried out in which the factorial pattern in a combination of clinical and personality self-report measures was assessed, using a sample of 236 patients diagnosed as personality disorder, according to DSM-IV criteria. An *ex post facto*, prospective design was used. Twenty five first order factors were found in the exploratory factor analysis that explained 56.64% of the variance, and eight second order factor that explained 42.61% of the variance. The eight factor structure, aside from corresponding to an established categorical model, also coincide with some of current models of personality dimensions, as those proposed by Siever and Davis, Cloninger, or Costa and McCrae. Dimensions such as depression/anxiety, conscientiousness/control, paranoia/aggressiveness, self-criticism/insecurity, shyness/easy influence, social maladjustment or substance abuse/impulsiveness, are of use by way of explanation of psychological or biological constructs underlying personality disorders, in comparison to DSM taxonomy.

**KEY WORDS.** MCMI-II. Dimensions of personality. Factorial-biological models. *Ex post facto* prospective study.

**RESUMO.** Para conhecer a estrutura dimensional subjacente às perturbações de personalidade, avaliou-se o padrão factorial num conjunto de medidas clínicas e de personalidade auto-administradas empregando o *MCMI-II*. Usou-se um plano *ex post facto*, tipo prospectivo. Utilizou-se uma amostra de 236 pacientes diagnosticados com uma perturbação de personalidade segundo os critérios da *DSM-IV*. A análise factorial de componentes principais mostrou vinte e cinco factores de primeira ordem que explicaram 56,64% da variância. Os outros factores de segunda ordem explicaram 42,61% da variância. Esta estrutura de oito factores, mais que responder a um modelo categorial consensual, é coincidente com algum dos modelos dimensionais de personalidade, como são os propostos por Siever e Davis, Cloninger o Costa e McCrae. Dimensões como depressão / ansiedade, responsabilidade/controlo, responsabilidade/agressividade, paranóia/agressividade, autocrítica/ insegurança, timidez/ timidez/ influenciabilidade, desadaptação social ou abuso de substâncias/impulsividade são úteis para explicar as possíveis entidades psíquicas ou biológicas subjacentes a outras perturbações de personalidade frente à taxionomia *DSM*.

**PALAVRAS CHAVE.** MCMI-II. Dimensões de personalidade. Modelos factoriais-biológicos. Estudo *ex post facto* prospectivo.

### Introducción

Kurt Schneider en 1923 hizo por primera vez una descripción detallada de los trastornos de la personalidad con diez tipos, de los que se derivan algunas categorías diagnósticas actuales, pero no concibió dichos trastornos como precursores de otra patología más severa sino como entidades clínicas separadas y eventualmente coexistentes con trastornos de ansiedad, abuso de sustancias o esquizofrenia, etc. (Schneider, 1950). Aunque este punto de vista es coincidente con las apreciaciones actuales que han preferido ubicarlos en un eje categorial diferenciado, la fiabilidad de los trastornos de

personalidad o el acuerdo entre investigadores sobre las características distintivas de cada trastorno, e incluso la validez de las categorías clínicas propuestas, han sido escasos (Besteiro *et al.*, 2004; Besteiro, Pérez, Martínez-Sierra y Lemos, 2003; Butcher, 2005; Coolidge y Segal, 1998; Segal y Falk, 1998). Widiger (1993) atribuyó la pobre validez de las categorías actuales de los trastornos de personalidad a la falta de un modelo teórico dominante, cuya consecuencia no es precisamente un sistema taxonómico ateorico sino más bien un “estofado teórico” compuesto de puntos de vista psicoanalíticos, conductuales y fisiológicos, que no permiten establecer qué aspecto específico del funcionamiento debe ser considerado (por ejemplo, el estado emocional, el funcionamiento cognitivo, las características intrapsíquicas o interpersonales, etc.).

A partir de tan pobres premisas ha surgido una clasificación de los trastornos de personalidad que plantea importantes problemas, como son la falta de validez discriminante de los constructos e instrumentos de evaluación y la pobre fiabilidad test-retest de las categorías clínicas, la elevada comorbilidad de los trastornos, la dicotomía artificial de rasgos de naturaleza continua o la inclusión de criterios diagnósticos en términos de presente-ausente, y la dudosa consistencia de los tres conglomerados propuestos en el *DSM-III* y versiones posteriores (Blais y Norman, 1997; O'Connor y Dyce, 1998; Westen, 1997). Durante la revisión que dio lugar al *DSM-IV*, parece que se trató de alcanzar un consenso sobre los rasgos que permitieran describir y fundamentar los trastornos de personalidad, para lo que se propusieron siete dimensiones (introversión, neuroticismo, inhibición, antagonismo, aproximación social, dependencia de refuerzos y desorganización cognitiva), aunque finalmente se abandonó el intento al carecer el modelo de una base empírica sólida (Livesley, 1995). Sin embargo, el interés por lograr modelos sólidos de estos trastornos y por fundamentar su clasificación en dimensiones de rasgos se ha mantenido vivo y ha dado lugar a varios modelos teóricos. El modelo interpersonal circunplejo (Wiggins, 1982) trató de representar a los trastornos de personalidad en sólo dos dimensiones ortogonales o bipolares denominadas dominancia *versus* sumisión y amor *versus* odio. Este modelo se centró exclusivamente en el componente interpersonal, de modo que difícilmente puede considerarse un marco suficiente para comprender dichos trastornos. El modelo de los cinco grandes super-factores de la personalidad (Axelrod y Widiger, 1997; Widiger, 1994) ha pretendido representar dicha patología en los principales dominios, como son el neuroticismo, la extraversión, la meticulosidad, la cordialidad y la apertura a la experiencia.

Numerosos autores emplean la definición de la personalidad como un patrón complejo de características psicológicas que surgen de una complicada interacción de determinantes biológicos y del aprendizaje (Bayón y Cañas, 2004). El modelo multidimensional de Cloninger propone la existencia de cuatro rasgos básicos del temperamento (búsqueda de novedad, evitación del peligro, dependencia del refuerzo y persistencia), que se estima reflejan los fundamentos biológicos de la personalidad y que están determinados por diferentes neurotransmisores (dopamina, serotonina y noradrenalina) y tres rasgos del carácter, modelados a partir de diversas experiencias psicológicas, basados en aspectos del auto-concepto, tal como se entiende en la literatura psicológica humanista y evolutiva (auto-dirección, cooperatividad y auto-trascendencia). Supuestamente, los trastornos de personalidad son el resultado de una combi-

nación de influencias de rasgos temperamentales extremos y, en menor medida, de rasgos del carácter (Cloninger, Svrakic, Bayon y Przybeck, 1999). El modelo presupone la existencia de dimensiones básicas de la personalidad, que están presentes tanto en población normal como en muestras clínicas, diferenciándose sólo de forma cuantitativa y no cualitativa. Siever y Davis (1991) propusieron también cuatro dimensiones fundamentales del funcionamiento psicobiológico que subyacen a los trastornos de personalidad: ansiedad-inhibición, inestabilidad afectiva, impulsividad-agresión y organización cognitivo-perceptiva. Millon (1998) ha sugerido que los trastornos de personalidad se expresan en un conjunto de dominios que incluyen las relaciones de intimidad, con la familia, con los amigos, en el trabajo, etc. y son el resultado de un conjunto de características diferenciales. Livesley (1998), a partir de un análisis de componentes principales resultante de los 290 ítems del *Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ)* (Schoeder, Wormworth y Livesley, 1992), obtuvo 18 factores de primer orden y cuatro de segundo orden, que denominó disregulación emocional, conducta disocial, inhibición y compulsividad. Estos conceptos guardan estrecha relación con las cuatro dimensiones del modelo de los cinco grandes factores de la personalidad, con excepción de la apertura a la experiencia, siendo la disregulación emocional un factor que se asemeja al neuroticismo, la conducta disocial al polo negativo del factor cordialidad, la inhibición a la introversión y la compulsividad a la meticulosidad. En un análisis factorial confirmatorio, O'Connor y Dyce (1998) han encontrado que los únicos modelos que alcanzan niveles de ajuste consistentes han sido el de los cinco grandes factores de la personalidad y el de Cloninger, por encima de los niveles de ajuste observados en la división de los tres conglomerados del *DSM-IV* y del modelo de aprendizaje social de Millon. Las dimensiones definidas por Cloninger han resultado útiles en la caracterización de sujetos con trastornos de la personalidad frente a sujetos con un buen ajuste personal y social (Cloninger, 2000; Svrakic *et al.*, 2002). Con otra metodología, Geiger y Crick (2001), a partir de un análisis de los 79 síntomas utilizados en el *DSM-IV* para describir los trastornos de la personalidad, refieren siete dimensiones o características continuas, cuyos extremos de exceso o defecto serían los siguientes: a) visión hostil y paranoide del mundo, b) emociones intensas, inestables e inapropiadas, frente a afectividad restringida y aplanada, c) impulsividad frente a rigidez, d) relaciones interpersonales muy íntimas, frente a relaciones distantes y evitativas, e) sentido negativo de uno mismo o falta del sentido del yo frente a sentido exagerado de uno mismo, f) peculiaridad en los procesos del pensamiento y en la conducta, y g) despreocupación por las normas sociales y las necesidades de los demás. Endler y Kocovski (2002) conciben los trastornos de la personalidad como una encrucijada entre las aproximaciones categoriales basadas en las observaciones clínicas y los modelos dimensionales con métodos de evaluación psicométricos y plantean una tercera vía que es un método convergente que incluya modelos diagnósticos clínicos y psicométricos.

Precisamente, ante esta disparidad de modelos propuestos para la descripción de los trastornos de personalidad, el propósito de este estudio *ex post facto* prospectivo (Montero y León, 2005) fue someter a análisis empírico las características auto-informadas (clínicas y de personalidad) de personas diagnosticadas de algún trastorno de personalidad, con el fin de comprobar la estructura factorial subyacente y confirmar la

posible existencia de alguna dimensión básica de personalidad. Se trata de emplear un instrumento diagnóstico (*MCMI-II*) que responde a la descripción de los trastornos de la personalidad del sistema oficial *DSM* y realizar un abordaje dimensional que permita identificar las diferentes dimensiones (factores) latentes que puedan estar definiendo los diversos trastornos de la personalidad recogidos en la prueba y, de esta forma, realizar una valoración más exhaustiva de la información obtenida sobre los trastornos de la personalidad. En la redacción de este artículo se siguieron en la medida de lo posible las normas de Ramos-Álvarez, Valdés-Conroy y Catena (2006).

## Método

### *Participantes*

Los datos empleados en este estudio proceden de un muestra formada por 236 sujetos (53,80% varones), de edades comprendidas entre 17 y 72 años (media de edad = 36,52; *DT* = 12,10). El total de la muestra estaba formada por pacientes que cumplían los criterios *DSM-IV* para ser clasificados en, al menos, una de las categorías diagnósticas de los trastornos de personalidad. Todos ellos fueron atendidos y evaluados en un Servicio de Salud Mental de un centro hospitalario por, al menos, dos profesionales expertos.

### *Instrumento de evaluación y procedimiento*

Para la evaluación de la personalidad se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (*Multiaxial Clinical Millon Inventory-II, MCMI-II*) (Millon, 1997). Dicho cuestionario se aplicó en su versión original con los 175 ítems dicotómicos (sí-no), cuyas puntuaciones directas sirvieron de base para el estudio, sin tomar en consideración las puntuaciones totales obtenidas en las escalas clínicas y diagnósticas que permite generar este instrumento. Estos ítems han sido elaborados a partir de un modelo categorial de clasificación (*DSM-III-R*), describiendo diferentes rasgos de personalidad y síndromes clínicos. La administración del *MCMI-II*, en todos los sujetos, se realizó en condiciones similares, de forma individual, en una consulta del hospital.

## Resultados

Con el fin de estudiar la posible dimensionalidad de la prueba se llevaron a cabo dos análisis factoriales. En primer lugar, para la obtención de los factores de primer orden se realizó un análisis de componentes principales sobre la matriz de correlaciones de los 175 ítems que conforman la prueba. Para poder llevar a cabo un análisis factorial de segundo orden se utilizó, en primer lugar, un método de rotación *oblicua*, extrayendo todos los factores con valores propios superiores a la unidad, obteniéndose 25 factores de primer orden que explican el 56,64% de la varianza (véase la Tabla 1). La prueba de esfericidad de Bartlett muestra la adecuación de los datos para poder ser sometidos a análisis factorial. A continuación, con el propósito de simplificar la complejidad del patrón factorial anterior y facilitar la interpretación de los factores, se llevó a cabo un análisis factorial de segundo orden con rotación ortogonal. Se obtuvo una

estructura de ocho factores (Tabla 2). El porcentaje de varianza explicada ascendió, en este caso, al 42,61%.

**TABLA 1.** Ítems correspondientes a los factores de primer orden (se han omitido los ítems con pesos inferiores a 0,35).

*Ítems y descripción*

Factor 1: 117 Ansiedad generalizada 67 Nerviosismo 18 Angustia 114 Tensión 132 Melancolía 97 Sentimientos de culpa 98 Ideas obsesivas 167 Abatimiento	Factor 8: 50 Sentimientos volubles	Factor 20: 129 Aprovecharse de los demás
Factor 2: 170 Búsqueda de atención 94 Fugas del hogar en adolescencia	Factor 9: 17 Consumo excesivo de alcohol 87 Alcohol y problemas familiares 119 Excesos en la bebida	Factor 21: 2 Deseo de estar solo
Factor 3: 39 Respeto a valores morales 75 Respeto a los mayores	Factor 10: 136 Riesgo de suicidio 79 Ideación suicida crónica 59 Recientes ideas de suicidio	Factor 22: 143 Insensibilidad al aislamiento
Factor 4: 1 No aceptar ideas de otros 77 Sentimiento de ser utilizado 47 Retraimiento social	Factor 11: 52 Ausencia de problemas con el alcohol	Factor 23: 15 Sentimientos de superioridad 116 Ser objeto de castigos injustos
Factor 5: 158 Ansiedad social 8 Miedo a no ser aceptado 25 Inseguridad	Factor 12: 160 Pérdida de contacto con la realidad 115 Deseo auto-heteroagresión 156 Desacuerdo parental	Factor 24: 49 Serenidad y reserva 32 Deseo de privacidad
Factor 6: 38 Prevención ante solicitud de ayuda 91 Actitud manipuladora	Factor 13: 163 Puntualidad	Factor 25: 6 Respeto a normas 100 Sensación de ser espiado
Factor 7: 35 Consumo de drogas 140 Drogas y problemas familiares 70 Apetencia de drogas 105 Abuso de drogas 175 Abuso de drogas y alcohol	Factor 14: 13 Poco interés social	
	Factor 15: 154 Autoacusaciones 23 Ideas de merecer castigo 110 Sentimientos de no merecer nada bueno	
	Factor 16: 93 Alegría inmotivada	
	Factor 17: 112 Influencias extrañas 127 Oír cosas	
	Factor 18: 124 Desconexión con la gente 82 Actitud provocadora	
	Factor 19: 147 Infancia con problemas 103 Opinar sin importar consecuencias	

**TABLA 2.** Análisis factorial de segundo orden.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8
Factor 1	0,62							
Factor 13	-0,48							
Factor 22	0,48							
Factor 10	0,41							
Factor 17	-0,39							
Factor 14*	0,32							
Factor 3		0,68						
Factor 7		-0,50						
Factor 11*		0,33						
Factor 6			0,64					
Factor 25			0,45					
Factor 23			0,41					
Factor 19				0,66				
Factor 16				-0,45				
Factor 15				0,40				
Factor 24					0,56			
Factor 21					0,51			
Factor 5					0,47			
Factor 4					-0,39			
Factor 18						0,60		
Factor 20						0,50		
Factor 12						-0,44		
Factor 8							0,67	
Factor 2							0,51	
Factor 9								0,70

NOTA. Varianza explicada: 42,61%. Se han eliminado los pesos inferiores a 0,35, salvo en las variables en las que no se alcanza ningún peso superior a dicho nivel \*.

Los factores de segundo orden obtenidos, en general, se pueden identificar con alguna de las dimensiones propuestas por los modelos factoriales-biológicos. Aparece claramente diferenciado un primer gran factor, en el que cargan 15 ítems que definen conductas de melancolía, tristeza, depresión, angustia, disforia, cambios de humor, etc. y que explica el 9,10% de la varianza. Por sus características, este factor se puede denominar Depresión/ansiedad (Factor 1), en tanto que está compuesto por ítems que parecen recoger las características que definen la dimensión Neuroticismo-estabilidad emocional de Eysenck (1967), Neuroticismo de Gray (1982) o Neuroticismo/estabilidad emocional del modelo *Big Five* (Costa y McCrae, 1990; Tellegen, 1985). Esta dimensión neurótica define conductas de ansiedad, inhibición y escape ante un peligro, hipersensibilidad ante las señales de amenaza y emocionalidad. El modelo de los *Big Five* ha sido empleado habitualmente para definir rasgos normales de personalidad; sin embargo, se ha constatado que el neuroticismo es uno de los mejores predictores de un trastorno de la personalidad (Saulsman y Page, 2003). El segundo factor, que explica el 6,31 % de la varianza, contiene ítems con contenido de respeto a las normas, a la autoridad o a los valores morales e ítems que al cargar negativamente en el factor implican una escasa predisposición o la existencia de un abuso de drogas. En conjunto

estos ítems perfilan una dimensión que se asemeja con la dimensión Responsabilidad/control del modelo *Big Five* (Costa y MacCrae, 1990; Digman y Takemoto-Chock, 1981). El resto de los factores explica un porcentaje similar de varianza, en torno al 4%. El Factor 3 (Paranoidismo/agresividad) retiene ítems que recogen parcialmente características de la dimensión Psicoticismo/normalidad de Eysenck (1967, 1970, 1981), en las que los sujetos paranoides se caracterizarían por sus conductas de aislamiento, crueldad, falta de sentimientos y empatía, hostilidad, despreocupación, falta de solidaridad, conducta rara o extravagante, desconfianza y alerta ante peligros. El Factor 4 se refiere a conductas de autoacusación, desconfianza, ideas de no ser aceptado, por lo que se ha optado por denominarlo Autocrítica/inseguridad. Estas características son semejantes a la dimensión ansiedad/inhibición y a la dimensión inestabilidad afectiva de Siever y Davis (1991). Los individuos ansiosos son hipersensibles al castigo, desarrollando mecanismos adaptativos inducidos por la necesidad de tener que controlar respuestas de ansiedad exageradas; los individuos inestables afectivamente son extremadamente sensibles a los acontecimientos ambientales y predispuestos a cambios reversibles del estado de ánimo. El quinto factor se compone de ítems que evalúan debilidad de carácter, ansiedad social, etc. (Timidez/influenciabilidad). Esta dimensión integraría las características que en el modelo de Siever y Davis (1991) aparecen en ansiedad/inhibición y que explicaría la anticipación subjetiva del peligro y las consecuencias aversivas de la conducta. El Factor 6 (Desadaptación social) está compuesto por un conjunto de ítems que evalúan conductas como dureza, egoísmo y hostilidad. En este caso, esta dimensión tiene un encaje teórico en la dimensión Cordialidad (Costa y McCrae, 1990; Godlberg, 1981; Norman, 1963; Tupes y Christal, 1961) que incluye aspectos tales como altruismo, protección, caridad y apoyo emocional en uno de sus extremos y maldad, frialdad, mezquindad y hostilidad hacia los demás en el otro. Por último, el Factor 7 y el Factor 8 están compuestos por ítems que explican conductas de abuso de sustancias e impulsividad respectivamente; este tipo de descripciones nos remite a las dimensiones impulsividad/agresividad de Siever y Davis (1991), impulsividad de Gray (1982) o búsqueda de novedad de Cloninger (1993). Estas dimensiones pueden ser concebidas como el umbral para la respuesta activa conductual a los estímulos internos y externos, que conduciría a conductas exploratorias en busca de recompensa o evitación activa de la monotonía (Obiols, Subirá y Barrantes, 1999).

## Discusión

En las últimas décadas los trastornos de la personalidad han llegado a convertirse en uno de los diagnósticos más frecuentes a nivel clínico, lo que sin embargo no ha permitido mejorar su comprensión a nivel conceptual y etiológico (Bayón y Cañas, 2004). La necesidad de evaluar las características de los sujetos choca con la carencia de modelos suficientemente contrastados (Saulsman y Page, 2003); no obstante, los modelos dimensionales (biológicos, psicológicos y estadísticos) pretenden ser menos arbitrarios, más informativos y consistentes que las nomenclaturas oficiales, que clasifican los trastornos de la personalidad basándose en descripciones clínicas de casos prototípicos (Trull, Widiger y Guthrie, 1990). De esta forma, las nomenclaturas oficia-

les consideran los trastornos de la personalidad como categorías discretas, que son heterogéneas y que admiten diferentes combinaciones de criterios diagnósticos. Sin embargo, estas definiciones no facilitan la comprensión de los mecanismos causales, ni ayudan en el desarrollo de estrategias de intervención terapéutica. Con arreglo a los modelos dimensionales, los trastornos de la personalidad se podrían concebir como el extremo de un factor latente distribuido de forma continua en la población o el extremo de los rasgos de personalidad presentes en todos los individuos (Clark, 1995). En los modelos dimensionales, los rasgos de personalidad son la unidad de análisis, son consistentes, estables en el tiempo (Bayón y Cañas, 2004; Rutter, 1987). Los trastornos de la personalidad se definen como constelaciones multidimensionales extremas y maladaptativas de rasgos de personalidad normal (Widiger y Costa, 1994) que se convertirían en trastornos como resultado de la interacción de predisposiciones biológicas y factores ambientales (Nigg y Goldsmith, 1994). Las clasificaciones diagnósticas oficiales cumplen diversas funciones de diagnóstico, investigación o tratamiento; sin embargo, es probable que un solo tipo de clasificación no pueda desempeñarlas todas adecuadamente (Jablensky y Kendell, 2002). Tyrer (1995) y Clark (1992, 1995) proponen como objetivo para mejorar los procesos diagnósticos reducir el número de categorías, descubrir y profundizar en las posibles dimensiones utilizadas en la descripción de los trastornos de la personalidad o redefinir alguna de las categorías actuales.

El modelo teórico en el que se sustenta el *MCMI-II* trata de reproducir los constructos clínicos adoptados por el *DSM-III-R*, de forma que se pretende una máxima concordancia teórica entre la prueba diagnóstica, la teoría en la que se basa y el sistema oficial de clasificación (Millon, 1998). Aunque la finalidad de la aplicación del *MCMI-II* es conocer un conjunto de categorías discretas adecuadas para la definición de rasgos de personalidad y síndromes clínicos que permitan evaluar la psicopatología de los pacientes aplicando un modelo categorial, resulta dudoso que los ítems que componen esta escala deriven de una estructura teórica explícita. Frente a los modelos oficiales elaborados por consenso, los modelos factoriales biológicos proponen definir la personalidad a través del nivel cuantitativo de un grupo de rasgos dimensionales que delinearían la personalidad y que en última instancia responderían a estructuras psicobiológicas.

En el presente estudio se han encontrado diversos factores que responden a algunas de las dimensiones o superfactores ya propuestos de personalidad en vez de categorías excluyentes, como *a priori* cabría pensar. Dimensiones como depresión/ansiedad, responsabilidad/control, paranoidismo/agresividad, autocrítica/inseguridad, timidez/influenciabilidad, desadaptación social o abuso de sustancias/impulsividad permitirían cubrir aspectos importantes de las alteraciones de la personalidad y serían más adecuados para garantizar la validez de constructo de los trastornos de la personalidad. Como señalan Livesley y Jackson (1991), a la hora de clasificar los trastornos de la personalidad son necesarios cuatro requisitos: buena definición, buenas relaciones estructurales entre los componentes de la clasificación, buena validez convergente y divergente y, por último, una correcta agregación de los ítems diagnósticos. Estos requisitos se cumplen deficientemente en las clasificaciones diagnósticas actuales, y cuestionarios como el *MCMI-II* proporcionan una alta tasa de falsos positivos para el diagnóstico de trastornos de la personalidad. Las estructuras dimensionales que com-

ponen los factores de segundo orden nos remiten al concepto de rasgo, que debería ser la principal estructura en la definición y descripción de los trastornos de la personalidad. Este tipo de resultados avivan la polémica sobre la necesidad de trascender los criterios *DSM*, tal y como están definidos e ir al rasgo. Como señalan Pérez y Leal (2004), a menudo los criterios de las nosotaxias actuales son sólo ejemplos conductuales del rasgo y no siempre suficientemente representativos. Habría que buscar otros criterios diferentes al ejemplo conductual. Los resultados obtenidos aportan nuevos datos acerca del valor de los modelos dimensionales para explicar las posibles entidades psíquicas o biológicas subyacentes a los trastornos de la personalidad frente a la taxonomía *DSM*.

### Referencias

- Axelrod, S.T. y Widiger, T.A. (1997). Relations of five-factor model antagonism facets with personality disorder symptomatology. *Journal of Personality Assessment*, 69, 297-313.
- Bayón C. y Cañas, F. (2004). Categorización y diagnóstico. Problemas de evaluación. En M. Roca Bennasar (Ed.), *Trastornos de la Personalidad* (pp. 177-185). Barcelona: Ars XXI.
- Besteiro, J., Lemos, S., Muñiz, J., García, E., Inda, M., Paino, M. y Rocés, M. (2004). Validez de constructo de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 255-269.
- Besteiro, J., Pérez, M, Martínez-Sierra, G. y Lemos, S. (2003). Psiquiatría clásica y cultura moderna en los trastornos de la personalidad. *Psiquis*, 24, 43-53.
- Blais, M. y Norman, D. (1997). A psychometric evaluation of the DSM-IV personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 11, 168-176.
- Butcher, J.N. (2005). Exploring universal personality characteristics: An objective approach. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 553-566.
- Clark, L.A. (1992). Resolving taxonomic issues in personality disorders: The value of large-scale analyses of symptom data. *Journal of Personality Disorders*, 6, 360-376.
- Clark, L.A. (1995). The challenge of alternative perspectives in classification: A discussion of basic issues. En W.J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 482-496). Nueva York: Guilford Press.
- Cloninger, C. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C. (2000). A practical way to diagnosis personality disorder: A proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14, 99-108.
- Cloninger, C., Svrakic, D.M., Bayon, C. y Przybeck, T.R. (1999). Measurement of psychopathology as variants of personality. En C.R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology* (pp. 33-65). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Coolidge, F.L. y Segal, D.L. (1998). Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Psychological Review*, 18, 585-599.
- Costa P.T. y McCrae R.R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371.
- Digman, J.M. y Takemoto-Chock, N.K. (1981). Factors in the natural language of personality: Re-analysis, comparison and interpretation of six major studies. *Multivariate Behavioral Research*, 16, 149-170.
- Endler, N.S. y Kocovski, N.L. (2002). Personality disorders at the crossroads. *Journal of Personality Disorders*, 16, 487-502.

- Eysenck H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: C.C. Thomas.
- Eysenck, H.J. (1970). *The structure of human personality*. Londres: Methuen.
- Eysenck, H.J. (1981). *A model of personality*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Geiger, T.C. y Crick, N.R. (2001). A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorders. En R.E. Ingram y J.M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across lifespan* (pp. 57-102). Nueva York: Guilford Press.
- Goldberg, L.R. (1981). Language and individual difference: The search for universals in personality lexicons. *Review of Personality and Social Psychology*, 2, 141-165.
- Gray J.A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septohippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Jablensky, A. y Kendell, R.E. (2002). Criteria for assessing a classification in Psychiatry. En M. Maj, W. Gaebel, J.J. López-Ibor y N. Sartorius (Eds.), *Psychiatric diagnosis and classification* (pp. 1-24). Nueva York: Wiley.
- Livesley, W.J. (Ed.). (1995). *The DSM-IV personality disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Livesley, W.J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 137-147.
- Livesley, W.J. y Jackson, D.N. (1991). Construct validity and classification of personality disorders. En J.M. Oldman (Ed.), *Personality disorders: New perspective on diagnostic validity* (pp. 1-23). Washington: American Psychiatric Press.
- Millon, T. (1997). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (II): MCMI-II*. Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson (Orig. 1966).
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Nigg, J.T. y Goldsmith, H.H. (1994). Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. *Psychological Bulletin*, 115, 346-380.
- Norman, W.T. (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.
- Obiols, J., Subirá, S. y Barrantes, N. (1999). Trastornos de la personalidad. En J. Cervilla y C. García-Rivera (Eds.), *Fundamentos biológicos en psiquiatría* (pp. 249-260). Barcelona: Masson.
- O'Connor, B. P. y Dyce, J. A. (1998). A test of models of personality disorder configuration. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 3-16.
- Pérez, J.F. y Leal, C. (2004). Validez y especificidad de los criterios diagnósticos en los trastornos de la personalidad. En M. Roca Bennasar (Ed.), *Trastornos de la Personalidad* (pp. 359-386). Barcelona: Ars XXI.
- Ramos-Álvarez, M.M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2006). Criteria of the peer-review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 773-787.
- Rutter, M. (1987). Temperament, personality and personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 150, 443-458.
- Saulsman, L.M. y Page, A.C. (2003). Can traits measures diagnose personality disorders? *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 83-88.
- Schneider, K. (1950). *Psychopathic personalities* (9ª ed.). Londres: Cassell.
- Schoeder, M.L., Wormworth, J.A. y Livesley, W.J. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationship to the big five dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 4, 47-53.

- Segal, D.L. y Falk, S.B. (1998). Structured interview and rating scales. En A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (4ª ed.) (pp. 158-178). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Siever, L.J. y Davis, K.L. (1991). A psychobiological perspective on personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1647-1658.
- Svarakic, D.M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T.R. y Cloninger, C.R. (2002). Temperament, character and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*, 189-195.
- Tellengen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety with an emphasis on self-report. En A. Tuma y J. Maser (Eds.), *Anxiety and the Anxiety Disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Trull, T.J., Widiger, T.A. y Guthrie, P. (1990). The categorical versus dimensional status of borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *99*, 40-48.
- Tupes, E. C. y Christal, R. E. (1961). *Recurrent personality factors based on trait ratings*. (USAF ASD Tech. Rep. 61-97). Lackland Air Force Base TX: Aeronautical Systems Division. Personnel Laboratory.
- Tyrer, P. (1995). Are personality disorders well classified in DSM-IV? En W.J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 29-44). Nueva York: Guilford Press.
- Westen, D. (1997). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: Implications for research and the evolution of axis II. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 895-903.
- Widiger, T.A. (1993). Validation strategies for the personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *7* (Suppl. 1), 34-43.
- Widiger, T.A. (1994). Conceptualizing a disorder of personality from the five-factor model. En P.T. Costa y T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 311-317). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T.A. y Costa, P.T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 78-91.
- Wiggins, J.S. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. En P.C. Kendell y J.N. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 183-221). Nueva York: Wiley.