

J. Tirapu Ustárroz<sup>1</sup>  
A. Pérez Sayes<sup>1</sup>  
R. Calvo<sup>1</sup>  
I. Mata<sup>2</sup>

# Propuesta de un modelo dimensional para los trastornos de personalidad

<sup>1</sup> Servicio de Neuropsicología Clínica Ubarmin  
<sup>2</sup> Unidad de Investigación  
Fundación Argibide  
Pamplona (Navarra)

En los últimos años asistimos a un emergente interés por aspectos relacionados con la psicopatología en general, y con los trastornos de personalidad en particular, como son las patologías duales, la comorbilidad y los modelos dimensionales. Desde el modelo de tres factores de Eysenck hasta el de los cinco factores de Fiske, del modelo psicobiológico de Cloninger al modelo biosocial de Millon, son múltiples los modelos de análisis de la personalidad que se han propuesto, así como las dimensiones sobre las que anclar los diferentes trastornos de la personalidad.

En este trabajo se propone un modelo dimensional para los trastornos de la personalidad basándonos en los criterios del DSM-IV, es decir, en las dimensiones estilo cognitivo (dependencia-independencia de campo), emoción prevalente (ira-miedo), estilo interpersonal (sumisión-dominancia) y control de los impulsos (impulsión-compulsión). Consideramos que estas dimensiones se relacionan con diferentes niveles de complejidad cerebral partiendo del hecho de que la evolución opera desde el principio de la redundancia. Desde estas dimensiones se propone un modelo con un eje bimodal en cuyos extremos se hallan la personalidad antisocial (alta dependencia de campo, ira, impulsividad y dominancia) y la esquizotipia (baja dependencia de campo, miedo, compulsividad y sumisión). Entre estos extremos se hallarían la personalidad límite, paranoide, narcisista, histriónica, dependiente, pasivo-agresiva, dependiente, evitativa, obsesivo-compulsiva, paranoide y esquizoide.

**Palabras clave:**  
Trastornos de personalidad. Comorbilidad. Modelos dimensionales. Estilos cognitivos. Emociones. Relaciones interpersonales. Control de impulsos.

*Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(4):254-262

## Proposal of a dimensional model of personality disorders

During recent years there has been a growing interest on several aspects regarding psychopathology in general

and particularly with personality disorders, such as dual psychopathology, comorbidity and dimensional models. Going from the Eysenck's three-factor model to the Fiske's five-factor one, from the Cloninger's psychobiological model to the Millon's biosocial one, a wide variety of personality analysis models, as well as dimensions to which the different personality disorders should be anchored, have been proposed.

Here, we propose a dimensional model for personality disorders based on DSM-IV criteria, which are cognitive style (field dependence-independence), prevalent emotion (anger-fear), interpersonal style (submissiveness-dominance), and impulse control (impulsiveness-compulsiveness). We consider that these dimensions are related to different levels of cerebral complexity, assuming that evolution operates under the redundancy principle. Based on these dimensions, a bimodal model in which antisocial personality (high field dependence, anger, dominance, and impulsiveness) and schizotypal personality (low field dependence, fear, submissiveness, and compulsiveness) would be anchored in each extreme is proposed. Between these two extremes, the rest of personality disorders, such as borderline, paranoid, narcissist, histrionic, dependent, passive-aggressive, avoidant, obsessive-compulsive, paranoid, and schizoid, would be anchored.

**Key words:**  
Personality disorders. Comorbidity. Dimensional models. Cognitive styles. Emotions. Interpersonal relationships. Impulse control.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, tras el emergente interés por los diagnósticos duales, son abundantes las investigaciones que se han desarrollado centradas en dos aspectos fundamentales de la comorbilidad. Por un lado, son muchos los trabajos publicados sobre comorbilidad entre los trastornos del Eje I y, por otro lado, entre éstos y los trastornos del Eje II. La coocurrencia entre diferentes trastornos es un fenómeno que cada vez suscita más la atención de los investigadores y clínicos por sus importantes implicaciones para la nosología, los modelos psicopatológicos y el tratamiento.

Correspondencia:  
Javier Tirapu Ustárroz  
Servicio de Neuropsicología  
Clínica Ubarmin  
31486 Elcano (Navarra)  
Correo electrónico: jtirapuu@cnavarra.es

Sin embargo, resulta paradójico el escaso número de trabajos que se han centrado en la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad. Esto puede estar relacionado con varios factores: *a)* los criterios diagnósticos del DSM y CIE precisan de una mayor clarificación; *b)* las discrepancias entre criterios DSM y CIE para los trastornos de personalidad (tabla 1); *c)* los clínicos e investigadores tienden a centrarse en un solo trastorno del Eje I que suscita su interés; *d)* los clínicos e investigadores tienden a centrarse en un solo trastorno del Eje II que suscita su interés; *e)* en la práctica clínica existe una tendencia a los diagnósticos excluyentes en cada eje; *f)* el planteamiento actual sobre el acercamiento adecuado a la psicopatología basado en criterios dimensionales no ha calado todavía en los profesionales; *g)* la fiabilidad para establecer la comorbilidad Eje I-Eje I y Eje I-Eje II es más alta que entre Eje II-Eje II, y *h)* las empresas farmacéuticas prestan más interés a la comorbilidad Eje I-Eje I y Eje I-Eje II porque los psicofármacos han demostrado ser más eficaces para intervenir sobre la sintomatología relacionada con el Eje I.

De hecho, resulta curioso que cuando se trata de establecer la comorbilidad entre los distintos trastornos de la personalidad, tanto el DSM-IV<sup>1</sup> como el modelo de Millon<sup>2</sup> parecen basarse en «la intuición» (equilibrio entre conocimiento y experiencia de quien lo elabora) sin hacer ninguna reseña bibliográfica sobre la que asentar sus afirmaciones (aunque no dudamos de las mismas) (tabla 2). Así, el DSM-IV los clasifica en tres grupos (tabla 3) basándose en «las similitudes de sus características», señalando que este sistema de agrupamiento, si bien puede resultar útil a efectos de investigación y docencia, presenta importantes limitaciones y no ha sido validado de forma consistente.

No resulta novedoso, aunque sí importante, señalar que el diagnóstico utilizado en estos manuales representa la perspectiva categorial, según la cual los trastornos de la personalidad son realidades clínicas cualitativamente diferencia-

das. De hecho, esta perspectiva categorial no es aceptada por casi nadie en los foros de debate, aunque en la clínica cotidiana no logramos «despegarnos» de ella. La alternativa que se propone para este enfoque categorial es la perspectiva dimensional, según la cual los trastornos de la personalidad representan variantes desadaptativas de los rasgos de la personalidad que hunden sus raíces imperceptiblemente en la normalidad y que se mezclan entre ellos mismos. El problema de la dimensionalidad, actualmente se centra en la falta de acuerdo sobre cuántas dimensiones existen, tanto en la personalidad normal como en la patológica, así como en de qué modo debemos situar los trastornos en cada una de las dimensiones, lo que nos lleva a plantear la necesidad de un acuerdo sobre «mínimos dimensionales» en los que poder anclar los diferentes trastornos de personalidad.

Este renacimiento de la dimensionalidad parece deberse a una serie de razones, entre las que se encuentran las siguientes: *a)* la comorbilidad se ha convertido en una norma y no en una excepción en los diagnósticos psiquiátricos actuales<sup>3</sup>; *b)* los estudios genéticos de vulnerabilidad muestran la agregación familiar de trastornos de distinto tipo, señalando que esta vulnerabilidad heredada lo es para un determinado «espectro» de trastornos y no para uno determinado, y *c)* la investigación neurobiológica apunta hacia la presencia de similares alteraciones en la neurotransmisión en un amplio abanico de trastornos.

Aunque son múltiples las dimensiones que se han propuesto, consideramos adecuado llegar a este acuerdo de mínimos asentándolo en los criterios diagnósticos generales para un trastorno de personalidad del DSM-IV, ya que no debemos olvidar que estos manuales, aunque presentan importantes limitaciones, han servido de forma determinante para que los clínicos hablemos un lenguaje común. Así, este manual señala que un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en dos o más de las siguientes áreas: *a)* cognición; *b)* respuesta emocional; *c)* actividad interpersonal, y *d)* control de los impulsos<sup>1</sup>.

Por otra parte, el solapamiento entre los distintos trastornos de la personalidad resulta muy elevado, en parte, debido a que algunos criterios diagnósticos aparecen «duplicados» en varios trastornos (p. ej., el aislamiento social en los evitativos, paranoides, esquizoides y esquizotípicos o las conductas violentas en los antisociales y límites), lo que posiblemente nos esté señalando el propio carácter dimensional de estos trastornos donde algunos rasgos nucleares son compartidos<sup>4</sup>. Del mismo modo, esto indica que nos encontramos ante importantes limitaciones para el diagnóstico y para investigar la etiología de los diversos trastornos, ya que las entidades no se encuentran bien delimitadas, y por tanto su especificidad diagnóstica y las pautas para su evaluación y tratamiento distan, por el momento, de ser las adecuadas.

En este sentido resulta adecuado plantearnos desde la relación cerebro-mente si realmente los criterios diagnósticos

Tabla 1		Criterios diagnósticos para los trastornos de personalidad	
DSM-III-R	CIE 10	DSM IV	
Paranoide	Paranoide	Paranoide	
Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide	
Esquizotípico		Esquizotípico	
Antisocial	Disocial	Antisocial	
Límite	Inestabilidad emocional	Límite	
Histriónico	Histriónico	Histriónico	
Narcisista		Narcisista	
Evitativo	Ansioso (evitativo)	Evitativo	
Dependiente	Dependiente	Dependiente	
Obsesivo-compulsivo	Anancástico	Obsesivo-compulsivo	
Pasivo-agresivo			

Tabla 2	Comorbilidad entre trastornos de personalidad según Millon y diagnóstico diferencial según el DSM-IV								
	Evitativa	Dependiente	Histriónica	Narcisista	Antisocial	Compulsiva	Esquizotípica	Límite	Paranoide
Esquizoide	XO	X				XO	XO		XO
Evitativa		XO				O	X	X	X
Dependiente			XO			XO		XO	
Histriónica				XO	XO			XO	XO
Narcisista					XO			O	X
Antisocial								XO	XO
Compulsiva									X
Esquizotípica								O	O
Límite									O
Paranoide									

X: comorbilidad entre trastornos de la personalidad según Millon. O: diagnóstico diferencial a establecer entre trastornos de personalidad según el DSM-IV.

para los trastornos de personalidad responden a «realidades» biológicas diferenciadas o bien se desplazan en un continuo, lo que iría a favor de los análisis dimensionales. Otro aspecto relevante que se ve favorecido por el análisis dimensional es la capacidad que presenta este tipo de análisis para predecir el curso de un trastorno y, tal vez, para plantear una intervención adecuada, ya que las intervenciones pueden desplazar al individuo sobre el continuo, «llevándolo» hacia un trastorno de menor gravedad (la intervención terapéutica no se debe entender desde la dicotomía todo o nada).

### ESTUDIOS DE COMORBILIDAD

Para intentar establecer un modelo dimensional de los trastornos de la personalidad hemos optado por revisar los principales estudios realizados sobre comorbilidad entre trastornos del Eje II y los estudios existentes que intentan establecer la comorbilidad entre un trastorno específico de la personalidad con otros trastornos del Eje II.

Los resultados de esta revisión se resumen en la tabla 4 y muestran los siguientes resultados de forma genérica:

- Existe una alta comorbilidad entre los trastornos narcisista, histriónico, límite, antisocial, dependiente y paranoide.
- Existe una alta comorbilidad entre los trastornos dependiente, evitativo, obsesivo-compulsivo, paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- La comorbilidad más baja se presenta entre trastorno antisocial y límite con esquizoide y esquizotípico.
- El trastorno de personalidad paranoide y el dependiente son los compartidos por ambos grupos de comorbilidad, por lo que se puede deducir que, partiendo del centro de un eje bimodal estos, trastornos de hallan «replicados» en cada dimensión del eje.

Tabla 3	Clúster de los trastornos de personalidad según el DSM-IV
Grupo A	Paranoide Esquizoide Esquizotípico
Grupo B	Antisocial Límite Histriónico Narcisista
Grupo C	Evitativo Dependiente Obsesivo-compulsivo

### MODELO DIMENSIONAL

Desde el modelo de tres factores de Eysenck<sup>24,25</sup> hasta el de los cinco factores de Fiske<sup>26,27</sup>, del modelo psicobiológico de Cloninger<sup>28,29</sup> al modelo biosocial de Millon<sup>2</sup> son múltiples los modelos de análisis de la personalidad que se han propuesto, así como las dimensiones sobre las que anclar los diferentes trastornos de la personalidad.

Siguiendo el criterio de las «áreas» de experiencia interna y de comportamiento en las que se forma, conforma y se manifiesta un trastorno de la personalidad según el DSM-IV podemos plantear una dimensión en cada área en la que poder anclar un análisis de tipo dimensional de los trastornos siguiendo el «criterio de mínimos» planteado anteriormente.

**Tabla 4** Principales estudios de comorbilidad entre trastornos de personalidad

Autor	Sujetos	Criterios	Resultados
Dolan et al., 1995 <sup>5</sup>	275 TP 57 delincuentes	PDQ-R	TP más prevalente límite y menos el TOC Delincuentes más el antisocial y menos el dependiente
DeJong et al., 1993 <sup>6</sup>	274 estudiantes 178 alcohólicos	DSM-III (SIDP)	Estudiantes más el paranoide y menos el esquizoide Histriónico-límite Histriónico-antisocial Dependiente-pasivo agresivo
Grilo et al., 2002 <sup>7</sup>	108 pacientes ambulatorios con trastorno límite	DSM-IV (DIPD-IV)	Límite-antisocial Límite-evitativo
Zanarini et al., 1998 <sup>8</sup>	504 pacientes ingresados con diagnóstico de TP	DSM III-R (DIPD-R) DIB-R	Límite-dependiente Límite-evitativo Límite-paranoide
Zlotinck et al., 2002 <sup>9</sup>	130 pacientes límites	DSM-IV	Límite-antisocial
Oldham et al., 1992 <sup>10</sup>	100 pacientes con TP	DSM-III-R (SCID-II)	Narcisista-antisocial Histriónico-pasivo agresivo Evitativo-esquizotípico-dependiente Límite-histriónico
Zimmerman y Coryell 1989 <sup>11</sup>	797 sujetos sin patología psiquiátrica	DSM-II (SIPD)	Esquizotípico-evitativo Esquizotípico-paranoide Histriónico-paranoide Límite-histriónico-antisocial-paranoide
Numberg et al., 1991 <sup>12</sup>	110 pacientes	DSM-III-R	Límite-paranoide-antisocial-histriónico- narcisista-pasivo agresivo Esquizoide-esquizotípico-evitativo-obsesivo compulsivo
Coid, 1993	93 mujeres encarceladas con diagnóstico de psicopatía	DSM-III (SCID)	Antisocial-límite
Bejerot y Von Knorring, 1998 <sup>14</sup>	36 pacientes con TOC	DSM-III-R	Obsesivo compulsivo-evitativo-paranoide
Becker et al., 2000 <sup>15</sup>	68 adolescentes y 50 adultos con trastorno límite	DSM-III-R	En adolescentes con todos y en adultos entre límite histriónico, antisocial y narcisista
Stuart et al., 1998 <sup>16</sup>	1.116 sujetos	DSM-III-R	Evitativo-paranoide-esquizoide-esquizotípico Evitativo-dependiente-obsesivo compulsivo Narcisista-límite-histriónico
Fosati et al., 2000 <sup>17</sup>	431 TP	DSM-IV (SCID-II)	Evitativo-dependiente Paranoide-esquizoide-esquizotípico Histriónico-narcisista-límite-antisocial
Reich, 1996	171 pacientes ambulatorios	DSM-III-R	Dependiente-límite-histriónico
Widiger y Rogers, 1989 <sup>19</sup>	568 pacientes ambulatorios y hospitalizados	DSM-III	Límite-antisocial Límite-histriónico Límite-esquizotípico Evitativo-dependiente-esquizotípico Evitativo-pasivo agresivo
Marinangeli et al., 2000 <sup>20</sup>	156 pacientes hospitalizados	DSM-III-R	Paranoide-límite Esquizoide-esquizotípico Obsesivo compulsivo Antisocial-histriónico
Watson y Sinha, 1998 <sup>21</sup>	1.729 estudiantes de psicología	DSM-III-R	Esquizotípico-paranoide Esquizotípico-pasivo agresivo Narcisista-histriónico-pasivo agresivo
Trull et al., 1987 <sup>22</sup>	84 pacientes hospitalizados	DSM-III	Evitativo-esquizoide-dependiente
Flick et al., 1993 <sup>23</sup>	352 pacientes con trastorno ansioso-depresivo	DSM-III-R	Límite-paranoide Límite-histriónico Paranoide-narcisista Evitativo-histriónico Paranoide-pasivo agresivo

TP: trastorno de personalidad.

## Estilo cognitivo: dependencia-independencia de campo

Esta dimensión resulta la más estudiada y validada y sus antecedentes se encuentran en el estudio de la percepción y en concreto en intentar dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿cómo conocemos que nuestro cuerpo u otro objeto se encuentra en posición vertical?<sup>30</sup>. A partir de una serie de tareas diseñadas al efecto se constató que mientras algunos sujetos se guiaban para sus juicios perceptivos por los datos externos, otros lo hacen a partir de sus referentes internos. Es decir, los primeros tienen un estilo cognitivo altamente dependiente del campo y los segundos serían más independientes del contexto. En suma, la dimensión refleja el grado en que las personas funcionan autónoma e independientemente del mundo que les rodea. En un extremo de la dimensión (independencia de campo) se sitúan aquellos individuos que se basan en sus indicios o sistemas de referencia internos para procesar la información proporcionada por los estímulos. En el otro extremo (dependencia de campo) se encuentran aquellos sujetos que basan su procesamiento de la información en los indicios externos de referencia.

Por otro lado, la información proveniente de la neuropsicología clínica nos informa de un grupo de pacientes que después de una lesión frontal sufren un síndrome orgánico de la personalidad; es decir, después de una lesión de la corteza prefrontal se produce un cambio en el patrón de interacción con el ambiente<sup>31,32,33</sup>. Este patrón de interacción con el ambiente se ha venido a denominar síndrome pseudopsicopático y/o síndrome seudodepresivo, según presente un patrón conductual desinhibido o apático. Lo importante de este hecho es que la personalidad se conformaría en la corteza prefrontal y que la lesión de esta región cortical produce alteraciones con alta o baja dependencia del campo. De hecho, algunos autores como Goldberg<sup>34,35</sup> han estudiado recientemente los estilos cognitivos de ambos hemisferios cerebrales, estableciendo la diferenciación entre alta y baja dependencia del contexto como una variable fundamental explicativa de los diferentes estilos cognitivos.

## Respuesta emocional: ira-miedo

Muchos son los estudios que se han llevado a cabo en psicología diferencial sobre los estilos cognitivos y la relación entre éstos y las características de personalidad. Sin embargo, son pocos los estudios sobre las emociones que subyacen a esta manera «consistente» de interactuar con el mundo, lo que parece ser debido a aspectos que merecerían toda una reflexión, pero que van desde «la huida» que lleva a cabo la psicología cognitiva de lo emocional para distanciarse de la corriente psicodinámica, hasta las dificultades de «medición» de las emociones, pasando incluso por una falta de consenso entre los diferentes autores a la hora de describir las diferentes emociones<sup>36</sup>.

Evidentemente, las emociones resultan ser filogenética y ontogénicamente más antiguas, por lo que resulta difícil imaginarse un desarrollo de la personalidad al margen de las mismas, y más bien debemos de pensar que los estilos cognitivos se construyen y cimentan en respuestas emocionales prevalentes ante estímulos. Puede ser que las cogniciones actúen en un primer plano de la obra, pero las emociones trabajan entre bastidores orientando continuamente a los pensamientos. Así, las emociones deben ser entendidas como señales internas que dirigen nuestra supervivencia, estados fisiológicos diseñados por selección natural, de acción rápida y adaptativa, que buscan conectar nuestra naturaleza biológica con el mundo externo en el que está inmersa: así el miedo nos advierte del peligro, el asco nos aleja de lo putrefacto y la tristeza nos señala que hemos perdido estatus en nuestro clan<sup>37</sup>.

Si seguimos el criterio de «mínimos» que planteamos al principio, parece haber cinco emociones básicas que son compartidas con otros homínidos y por los seres humanos de forma universal: la alegría, la tristeza, la ira, el asco y el miedo. Como vemos, hay una sola emoción «positiva» (aunque todas son positivas en cuanto adaptativas), lo que sugiere que las diferencias deben darse entre las negativas. Entre éstas optamos por la dimensión ira-miedo porque responde al patrón fundamental de conducta exploración-huida, y algunos trabajos señalan que son las emociones que parecen hallarse más próximas entre ellas<sup>38</sup>.

## Relaciones interpersonales: sumisión-dominancia

El denominado «círculo interpersonal» resulta un esquema útil para establecer estilos interpersonales. Las dos dimensiones polares están dadas sobre determinadas características: el grado de poder o de control ejercido sobre las interacciones sociales da lugar a la dimensión sumisión-dominancia. Parece existir bastante evidencia sobre estos dos grandes sistemas arquetípicos de relaciones interpersonales. El primero se hallaría más relacionado con un comportamiento más sumiso y estaría relacionado con conceptos como vínculo, afiliación, cuidado del otro, temor o altruismo. El segundo sistema arquetípico hace referencia a las relaciones basadas en la dominancia y se vincularía a otros conceptos como territorialidad, rango, posesión, ira o poder<sup>39</sup>.

El estilo interpersonal en los trastornos de personalidad se caracteriza por ser inflexible. Las habilidades interpersonales se demuestran a lo largo de la dimensión, denotando diferentes habilidades adaptativas, que se cristalizan a lo largo del desarrollo, adoptando en la adultez un estilo definido. Cuando más extremo o estrecho es un estilo, menor flexibilidad hay en el mismo. Alguien con un estilo extremadamente dominante tendrá interacciones especialmente en ese estilo. Una persona así puede también mostrar características coercitivas y gregarias, pero no conductas de sumisión o de docilidad. De cualquier forma, los comportamientos tenderán a ser rígidos e inflexibles.

Esta noción de estilos interpersonales inflexibles es coherente con la de trastornos de personalidad, caracterizados por rasgos también inflexibles. Debido a que muchos autores se han referido a los trastornos de personalidad como evidenciables a través de las relaciones interpersonales, se ha propuesto este modelo circunflejo para describirlos y clasificarlos. Así, a lo largo del eje dominancia-sumisión, la complementariedad es recíproca (una acción dominante provoca una respuesta de sometimiento).

Al explicar el estilo interpersonal disfuncional, se sugiere que estas interacciones pueden crear fuertes expectativas en cuanto a cómo el otro reaccionará respecto de uno mismo, y que estas expectativas sesgadas se vuelven después profecías autocumplidoras. Los teóricos del apego han llegado a parecidas conclusiones<sup>40</sup>. El comportamiento va dirigido a otro para hacer aparecer una determinada reacción y hacer cumplir las expectativas. Por ejemplo, una persona hostil espera reacciones hostiles parte de los otros y se comporta de una manera que las produce. La gente con fuertes expectativas es más probable que genere situaciones que dejan pocas alternativas diferentes de reacción. Por tanto, los estilos interpersonales extremos están asociados a una determinada clase de expectativas. Por ejemplo, el estilo dominante estaría asociado a expectativas tanto de dominio como de sumisión del otro, y carecería de habilidades para elicitar otros comportamientos.

o de ausencia de recompensa. A su vez, la dependencia de la recompensa señala el nivel de capacidad de mantener una conducta sin recibir refuerzo. Es en esta corriente o paradigma kuhniano donde surge la conexión impulsividad-compulsividad.

De hecho, Hollander y Stein<sup>41</sup> presentaron la idea de impulsividad-compulsividad como los extremos de un continuo que iba de la desinhibición a la restricción de la conducta y caracterizados ambos por la incapacidad de inhibir conductas estereotipadas. De esta forma impulsividad y compulsividad se convierten en dos polos de un continuo. En el extremo impulsivo se situarán personalidades caracterizadas por una búsqueda del placer inmediato, una subestimación del daño, un contacto persistente con el riesgo, un *locus* de control externo, una baja persistencia conductual y una hipersensibilidad al refuerzo externo. En el extremo compulsivo se encontrarán personalidades que tienden a evitar el sufrimiento, sobreestiman el daño, tratan de evitar cualquier situación de peligro, emiten conductas altamente persistentes en ambientes altamente predecibles, presentan una baja respuesta al refuerzo externo y su *locus* de control es de tipo interno<sup>42</sup>.

A partir de los resultados encontrados en nuestra búsqueda proponemos un eje bimodal donde situar los trastornos de personalidad en función de las dimensiones anteriormente señaladas (fig. 1).

**Control de los impulsos: impulsión-compulsión**

En el modelo tetradimensional del temperamento de Cloninger el autor presenta una arquitectura del temperamento, basada en las dimensiones de evitación del riesgo, dependencia del refuerzo, persistencia y búsqueda de novedades. La dimensión búsqueda de novedades implica la activación conductual elicitada por estímulos del medio caracterizados como novedad o recompensa o alivio del sufrimiento. La evitación del riesgo implica una inhibición conductual que ocurre en respuesta a señales del medio de carácter punitivo

**DISCUSIÓN**

Del DSM-I al DSM-IV los trastornos de la personalidad son, tal vez, el área que más controversia ha suscitado. Algunas discusiones se han centrado en la exclusión o inclusión de algunos trastornos, pero en el trasfondo de este debate subyacen tres problemas de fondo, como son la propia definición de personalidad, la baja fiabilidad de los diagnósticos del Eje II y el elevado solapamiento entre los diferentes trastornos, sobre todo los que se incluyen en los mismos clústers del DSM-IV. En la actualidad comienzan a emerger

Dependencia de campo  
Ira  
Dominancia  
Impulsividad

Independencia de campo  
Miedo  
Sumisión  
Compulsividad

TAP	TLP	TPAR	TNAR	THIS	TDEP	TPAG	TDEP	TEVI	TOCP	TPAR	TSOZ	SQZT

TAP: trastorno antisocial de la personalidad; TLP: trastorno límite de la personalidad; TPAR: trastorno paranoide de la personalidad; TNAR: trastorno narcisista de la personalidad; THIS: trastorno histriónico de la personalidad; TDEP: trastorno dependiente de la personalidad; TAPG: trastorno pasivo agresivo de la personalidad; TEVI: trastorno evitativo de la personalidad; TOCP: trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad; TSOZ: trastorno esquizoide de la personalidad; SQZT: trastorno esquizotípico de la personalidad.

**Figura 1** | Modelo dimensional para los trastornos de personalidad.

algunas propuestas para mejorar los actuales sistemas clasificatorios de los trastornos de personalidad, como la necesidad de reducir el número de categorías, identificar y homogeneizar las dimensiones latentes en cada categoría, definir con rigor los criterios de estas dimensiones, determinar las dimensiones o rasgos básicos capaces de describir los trastornos de personalidad o incluir la motivación de las conductas definidas como criterios.

Por otro lado, los sistemas de clasificación en psicopatología han intentado emular a otras disciplinas de la medicina utilizando constructos categoriales que pretenden plantear una ecuación, difícil de sostener, cuando nos aproximamos al estudio de los trastornos de la personalidad, como es que un trastorno responde a una alteración neuroquímica y por tanto revertirá cuando se aplique un tratamiento psicofarmacológico adecuado. Lo que resulta aún más difícil de plantear en neurociencia es la reversibilidad de la ecuación, afirmando que si un tratamiento psicofarmacológico resulta eficaz, queda demostrada la etiología neuroquímica de dicho trastorno, y que se ha revertido un estado cerebral patológico. De hecho, hemos de reconocer que todavía no hemos encontrado fármacos que nos ayuden a «curar», ni siquiera en muchos casos a paliar, el sufrimiento que estos pacientes padecen, o su falta de capacidad para plantearse el sufrimiento que ocasionan a los demás. Debemos plantearnos que intentar establecer una relación entre neurobiología y trastornos de personalidad nos puede conducir a un «reduccionismo codicioso», donde la reducción de una realidad compleja a realidades simples nos aleje de la comprensión del fenómeno global<sup>43,44</sup>. Así pues, estos sistemas categoriales tratan de potenciar el diagnóstico diferencial para intentar disminuir el solapamiento entre trastornos al mínimo, como si cada trastorno de la personalidad respondiera a un fenotipo biológico diferenciado. Como señala Mayr<sup>45</sup>, «a nivel molecular todas las funciones obedecen a las leyes de la física y de la química.... Sin embargo, los organismos son fundamentalmente diferentes de la materia inerte. Son sistemas ordenados jerárquicamente, con numerosas propiedades emergentes que no se observan en la materia inanimada».

Como alternativa a estos análisis categoriales de los trastornos de personalidad se han propuesto los modelos dimensionales que parten de la premisa de que: *a)* los trastornos de personalidad hunden sus raíces en la personalidad normal representando variantes desadaptativas de la misma, y *b)* los trastornos de personalidad se mezclan entre sí. Desde esta perspectiva, el DSM-IV plantea tres grupos de trastornos de la personalidad (raro-excéntrico, dramático-emocional y ansioso-temeroso) que pueden considerarse dimensiones y que buscan representar las disfunciones de la personalidad en un continuo con los trastornos mentales del Eje I. Aunque esta propuesta dimensional resulta más adecuada que la categorial, no explica cómo se relacionan los trastornos de personalidad de los diferentes clústers, por lo que nos sumerge en un nuevo problema categorial, aunque con categorías ampliadas.

Por otro lado, el concepto de comorbilidad, unido al de dimensionalidad, va cobrando cada vez más importancia en la psicopatología actual. En principio, la comorbilidad hace referencia a dos o más trastornos de diferente etiología que conviven o se dan simultáneamente. Sin embargo, al unirlo al concepto de dimensionalidad, este primer término se torna más dúctil, y de esta manera la comorbilidad plantea una posible cercanía o proximidad entre los trastornos desde la premisa de que «aquello que se manifiesta unido debe pertenecer al mismo sistema y partir de orígenes poco diferenciados». En este sentido, la comorbilidad debe entenderse como un intento de pasar de lo categorial a lo dimensional, ya que afirmar que un individuo tiene varios trastornos de personalidad es aceptar la limitación de los modelos categoriales. La comorbilidad, pues, debe cobrar una doble lectura: por un lado, nos informa sobre la proximidad entre ciertos trastornos que son clasificados según un criterio categorial y, por otro lado, y lo que tal vez es más importante, nos ilustra sobre qué trastornos se encuentran más alejados en un análisis de tipo dimensional.

En este trabajo, y partiendo de modelos basados en la dimensionalidad y en estudios de comorbilidad, se propone un eje bimodal para los trastornos de la personalidad basándonos en los criterios del DSM-IV, es decir, en las dimensiones de estilo cognitivo (dependencia-independencia de campo), emoción prevalente (ira-miedo), estilo interpersonal (sumisión-dominancia) y control de los impulsos (impulsión-compulsión). Consideramos que estas dimensiones plantean diferentes niveles de complejidad cerebral partiendo del hecho de que la evolución opera desde el principio de la redundancia. Esto es, el sistema nervioso no inventa diseños originales, sino que añade a viejas estructuras otras progresivamente más complejas preservando su función.

De hecho, parece bastante plausible que una emoción primaria como la ira o el miedo produzcan patrones conductuales de exploración o de huida, respectivamente. Los individuos que responden a un patrón de ira-exploración exhibirán una tendencia a la impulsión, mientras que los miedosos-evitativos producirán patrones compulsivos. De esta manera los «exploradores-impulsivos» precisarán de un patrón de relaciones interpersonales basadas en la necesidad de dominio, mientras que los miedosos-evitativos tenderán a la sumisión. Por último, un explorador-impulsivo-dominante presentará una alta dependencia de campo porque su conducta se halla muy mediatizada por un *locus* de control externo, mientras que el miedoso-evitativo-sumiso manifestará un bajo nivel de dependencia de campo por presentar un *locus* de control interno.

Desde estas dimensiones se plantea un modelo dimensional para los trastornos de personalidad situándolos en un eje bimodal, en cuyos extremos se hallan la personalidad antisocial (alta dependencia de campo, ira, impulsividad y dominancia) y la esquizotipia (baja dependencia de campo, miedo, compulsividad y sumisión). Entre estos extremos se hallarían la personalidad límite, paranoide, narcisista, histriónica, dependiente, pasivo-agresiva, dependiente, evitati-

va, obsesivo-compulsiva, paranoide, esquizoide y esquizotípica. Los estudios de comorbilidad sugieren que el trastorno dependiente y paranoide se hallan duplicados en el eje, aunque unos responderían al patrón agresivo-iracundo y otros al pasivo-temeroso, en la línea de intentar definir la motivación de las conductas definidas como criterios.

Como señalan San Juan y Moltó<sup>46</sup>, la conceptualización de la personalidad como pautas de reacción estables tienen mucha relación con cierto determinismo, ya que las experiencias que se introducen en nuestro cerebro son imborrables, por lo que podemos introducir nuevas experiencias, pero no sustituir a las pasadas. Nuestra manera de procesar estímulos o de reaccionar ante situaciones ambientales está íntimamente relacionada con un estado interno que es producto de la actividad interna del cerebro.

Los intentos de tender puentes entre niveles de análisis entre la neurociencia y la psicología y la psiquiatría han aportado interesantes resultados en el estudio de aspectos como la inteligencia<sup>47</sup> (unido al concepto de funciones ejecutivas) o la conciencia. Sin embargo, parece que la personalidad ha quedado fuera de la búsqueda de este código traductor, lo que nos debe llevar a plantear la relación entre personalidad y conciencia.

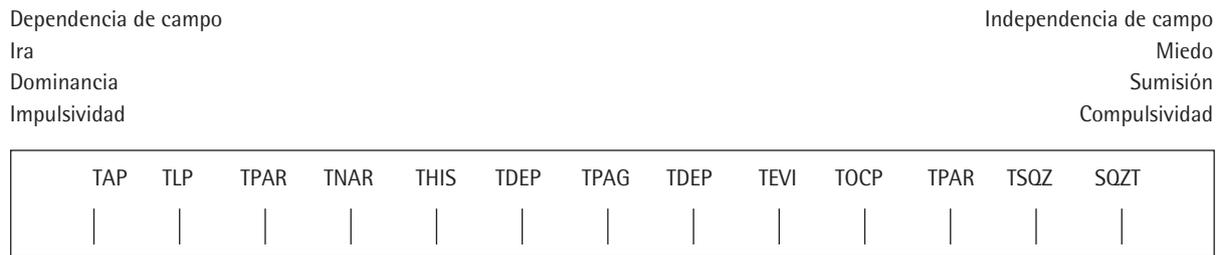
Así, Damasio<sup>48,49</sup> ha propuesto una hipótesis sobre la conciencia que puede relacionarse con el concepto de personalidad, como también lo han hecho Edelman y Tononi<sup>50</sup> con sus conceptos de conciencia primaria y de orden superior. En el caso de Damasio se señalan tres niveles de complejidad de la conciencia: el primero, denominado *proto-self*, en el que una serie de estructuras del sistema nervioso central (tronco cerebral, hipotálamo, ínsula, corteza S2 y parietales medios) monitorizan, momento a momento, el estado del organismo. El siguiente nivel es el denominado conciencia central, donde otras estructuras cerebrales como el culículo superior, tálamo y cíngulo registran el estado del organismo antes del encuentro con un objeto, las características del mismo y los cambios producidos como resultado del encuentro. Por último, la conciencia extendida o ampliada (núcleos subcorticales, cortezas superiores temporales y frontales) es el resultado de la activación de nuestra memoria producida por el encuentro con el objeto, lo que permite el surgimiento de la identidad biográfica y la continuidad en el tiempo de la conciencia.

La neurociencia debe abrir nuevos caminos al estudio de la personalidad, ya que cuando nos referimos a esta como patrones persistentes de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y uno mismo, el concepto se aproxima al de conciencia. Si planteamos que el cerebro trata el mundo inanimado, al otro y a mis propias vivencias como objetos generando «pulsos de conciencia», la suma de esta actividad pulsátil (en el sentido de los *quantum* de conocimiento de Llinás<sup>51</sup>) genera patrones predominantes de conexión, lo que dará lugar a ese patrón persistente de relación conmigo mismo y el mundo circundante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Psiquiátrica Americana (APA): DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1994.
2. Millon T. Disorders of personality. DSM-IV and beyond. New York: Wiley and Sons, 1996.
3. Barbado Alonso JA, Fernández Valencia M. El espectro obsesivo-compulsivo. En: Lamas S, editor. Trastorno obsesivo-compulsivo hoy. Vigo: Feito, 2000.
4. Belloch A. Trastornos de la personalidad. Madrid: Síntesis, 2002.
5. Dolan B, Evans C, Norton K. Multiple axis-II diagnoses of personality disorder. Br J Psychiatry 1995;166:107-12.
6. DeJong CA, van den Brink W, Hartevelde FM, van der Wielen EG. Personality disorders in alcoholics and drug addicts. Compr Psychiatry 1993;34:87-94.
7. Grilo CM, Sanislow CA, McGlashan TH. Cooccurrence of DSM-IV personality disorders with borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis 2002;190:552-4.
8. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. Compr Psychiatry 1998;39:296-302.
9. Zlotnick C, Rothschild L, Zimmerman M. The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. J Personal Disord 2002;16:277-82.
10. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Rosnick L, Davies M. Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. Am J Psychiatry 1992;149:213-20.
11. Zimmerman M, Coryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. Arch Gen Psychiatry 1989;46:682-9.
12. Nurnberg HG, Raskin M, Levine PE, Pollack S, Siegel O, Prince R. The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. Am J Psychiatry 1991;148:1371-7.
13. Coid JW. An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? Br J Psychiatry 1993;162:641-50.
14. Bejerov S, Ekselius L, Von Knorring L. Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. Acta Psych Scand 1998;97:398-402.
15. Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. Am J Psychiatry 2000; 157:2011-6.
16. Stuart S, Pfohl B, Battaglia M, Bellodi L, Grove W, Cadoret R. The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. J Personal Disord 1998;12:302-15.
17. Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Battaglia M, Donati D, Donini M, et al. Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. Compr Psychiatry 2000;41:206-15.
18. Reich J. The morbidity of DSM-III-R dependent personality disorder. J Nerv Ment Dis 1996;164:22-6.
19. Widiger TA, Rogers JH. Prevalence and comorbidity of personality disorders. Psychiatric Ann 1989;19:132-6.
20. Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, Di Cicco L, Petrucci C, Dane-luzzo E, et al. Patterns of comorbidity among DSM-III-R personality disorders. Psychopathology 2000;33:69-74.
21. Watson DC, Sinha BK. Comorbidity of DSM-IV personality disorders in a nonclinical sample. J Clin Psychol 1998;54:773-80.

22. Trull TJ, Widiger TA, Frances A. Covariation of criteria sets for avoidant, schizoid, and dependent personality disorders. *Am J Psychiatry* 1987;144:767-71.
23. Flick SN, Roy-Byrne PP, Cowley DS, Shores MM, Dunner DL. DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *J Affect Disord* 1993;27:71-9.
24. Eysenck HJ. *Dimensions of personality*. London: Routledge, 1947.
25. Eysenck HJ. *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide, 1987.
26. Fiske DW. Consistency of factorial structures of personality ratings from different sources. *J Abnor Social Psychol* 1949;44:329-44.
27. Zuckerman M, Kulhman M, Joireman J, Teta P, Kraft M. A comparison of three structural models for personality: the big three, the big five and the alternative five. *J Person Soc Psychol* 1993;65:757-68.
28. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: a proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:573-88.
29. Cloninger CR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-90.
30. Witkin HA, Goodenough DR. Field dependence and interpersonal behaviour. *Psychol Bull* 1977;4:661-89.
31. Damasio AR, Tranel D, Damasio H. Individuals with sociopathic behaviour caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behav Brain Res* 1990;41:81-94.
32. Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition* 1994;50:7-15.
33. Saver JL, Damasio AR. Preserved access and processing of social knowledge in a patient with acquired sociopathy due to ventromedial frontal damage. *Neuropsychologia* 1991;29:1241-9.
34. Goldberg E, Podell K. Adaptive decision making, ecological validity and the frontal lobes. *J Clin Exp Neuropsychology* 2000;22:56-68.
35. Goldberg E. *El cerebro ejecutivo*. Madrid: Drakontos, 2002.
36. Power M, Dalgleish T. *Cognition and emotion: from order to disorder*. East Sussex: Psychology Press, 1997.
37. Greenberg LS, Paivio SC. *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press, 1997.
38. Mayne TJ, Bonano GA. *Emotions: current issues and future directions*. New York: Guilford Press, 2001.
39. Stevens A, Price J. *Evolutionary Psychiatry: a new beginning*. London: Routledge, 2000.
40. Bowlby J. *El apego*. Barcelona: Paidós, 1998.
41. Hollander E. *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
42. Tirapu Ustárroz J, Lorea I, Landa N. Conductas adictivas: de la neurobiología al evolucionismo. *Addiciones* 2003;15:255-73.
43. Dennett D. *Darwin's dangerous idea. Evolution and the meaning of life*. New York: Touchstone, 1995.
44. Sanjuan J. *Evolución cerebral y psicopatología*. Madrid: Triacastela, 2000.
45. Mayr E. *Así es la biología*. Barcelona: Debate, 1998.
46. San Juan J, Moltó MD. Trastornos de la personalidad: genética y evolución. En: Roca Bennasar, editor. *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Psiquiatría Editores, 2004.
47. Tirapu Ustárroz J, Muñoz Céspedes JM, Pelegrín C. Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Rev Neurol* 2002;34(7):673-85.
48. Damasio AR. La sensación de lo que ocurre: cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia. Madrid: Debate, 2001.
49. Tirapu Ustárroz J, Muñoz Céspedes JM, Pelegrín C. Hacia una taxonomía de la conciencia. *Rev Neurol* 2003;36 (11):1083-93.
50. Edelman GM, Tononi G. *A universe of consciousness: how matter becomes imagination*. New York: Basic Books, 2000.
51. Llinás RR. *I of the vortex*. Cambridge: MIT Press, 2001.
52. Searle JR. *Dos biólogos y un físico en busca del alma*. Mundo Cient 1996;7-8:654-69.



TAP: trastorno antisocial de la personalidad; TLP: trastorno límite de la personalidad; TPAR: trastorno paranoide de la personalidad; TNAR: trastorno narcisista de la personalidad; THIS: trastorno Histriónico de la personalidad; TDEP: trastorno dependiente de la personalidad; TPAG: trastorno pasivo agresivo de la personalidad; TEVI: trastorno evitativo de la personalidad; TOCP: trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad; TSQZ: trastorno esquizoide de la personalidad; SQZT: trastorno esquizotípico de la personalidad.

**Figura 1** | *Modelo dimensional para los trastornos de personalidad.*