

E. Esbec¹
E. Echeburúa²

La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V

¹Médico especialista en Medicina Legal-Forense y en Psiquiatría
Psicólogo y doctor en psicología

²Cibersam
Facultad de Psicología
Universidad del País Vasco

El diagnóstico de los trastornos de personalidad en la actual edición del DSM-IV 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 específico". Hay muchos problemas con el sistema actualmente vigente: los diferentes tipos de personalidad aparecen definidos de una forma muy pobre y hay un gran solapamiento de los criterios diagnósticos. La revisión propuesta en el borrador del DSM-V resulta 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. Este nuevo sistema propuesto para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad puede resultar controvertido. Por último, se comentan los desafíos para el próximo futuro.

Palabras-clave:

Trastornos de la personalidad. Definición. Diagnóstico. DSM-V

Actas Esp Psiquiatr 2011;39(1):1-11

New criteria for personality disorders in DSM-V

Diagnosing personality disorders in the current edition of the DSM-IV involves two central features. The

Correspondencia:
Enrique Echeburúa
Universidad del País Vasco
Facultad de Psicología
Avda. de Tolosa, 70
20018 San Sebastián (España)
Correo electrónico: enrique.echeburua@ehu.es

first is the concept of a personality disorder, which currently is defined as a pattern of inner experiences and behaviors that is generalized, is stable, and has been maintained at least since adolescents. The second aspect involves defining what type of personality disorder is present among a list of ten, with a catch-all "not otherwise specified category." There are many problems with the existing system: the different personality types are poorly defined and the diagnostic criteria overlap heavily. The proposed revision on the DSM-V website appears quite complicated and has three major facets: a new definition for personality disorder, focused on "adaptive failures" involving "impaired sense of self-identity" or "failure to develop effective interpersonal functioning;" five personality types (Antisocial/Psychopathic, Avoidant, Borderline, Obsessive-Compulsive, and Schizotypal); and a series of six personality "trait domains," each of them with a subset of facets. This new proposed system for personality disorder diagnosis may be controversial. Finally, challenges for the near future are discussed.

Key words:

Personality disorders. Definition. Diagnosis. DSM-V.

Introducción

La clasificación actual de los trastornos de la personalidad (TP) en el DSM-IV-TR¹ resulta insatisfactoria en muchos sentidos. Quedan por resolver, entre otros, problemas graves en cuanto a la definición operativa, la clasificación, la adscripción categorial o dimensional, la valoración de gravedad o prototipicidad, la permanencia en el Eje I o en el Eje II, la heterogeneidad en los mismos diagnósticos, la relación con los rasgos de personalidad, la comorbilidad, el punto de corte entre normalidad y anormalidad y la validación de los trastornos en estudio (depresivo, pasivo-agresivo, etc.). Todos estos puntos exigen un nuevo planteamiento de estas anomalías.

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de 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. La personalidad constituye la identidad personal ante uno mismo y ante los demás. Los rasgos de personalidad solo se transforman en trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Hay configuraciones anómalas de la personalidad egosintónicas y personalidades egodistónicas. Los egosintónicos hacen sufrir; no saben ni aceptan que tienen un trastorno; tienen problemas en las relaciones interpersonales y piensan que son los demás los culpables de ello; son incapaces de mantener un trabajo estable o una relación afectiva prolongada en el tiempo; pueden tener síntomas depresivos o ansiedad y, sin embargo, no responden a los tratamientos convencionales. Los egodistónicos, por el contrario, sufren, se sienten desgraciados y les gustaría ser de otra manera.

Aunque es objeto de debate intenso, todas las clasificaciones actuales de los TP exigen: 1) que el comienzo del trastorno se ubique en la infancia o en la adolescencia (inicio precoz); 2) que haya una persistencia de la conducta en el tiempo y en casi todas las situaciones (estabilidad y consistencia); y 3) que cause sufrimiento personal, problemas en el trabajo o dificultades en las relaciones familiares o sociales.

Sin embargo, algunos TP no son tan inflexibles ni tienen tan mal pronóstico como se pensaba. En este sentido es interesante la diferenciación del grupo de Tyrer² entre pacientes de *tipo R* (sin conciencia de trastorno ni motivación para el cambio) y de *tipo S* (con conciencia de trastorno y motivación para la terapia), que puede ser de utilidad desde el punto de vista nosológico y que introduce una variable predictora de adherencia al tratamiento. Asimismo hay trastornos que cambian con el transcurso del tiempo. Así, por ejemplo, la prevalencia del trastorno antisocial y otros del grupo B, así como las personalidades impulsivas, disminuye con la edad, mientras que, por el contrario, aumenta sensiblemente el diagnóstico de trastornos de los grupos A y C, probablemente como consecuencia del aislamiento social.

Controversias sobre los trastornos de la personalidad desde la publicación del DSM-III/DSM-IV

Los tipos de TP de las clasificaciones del DSM-IV y de la CIE-10³ tienen una baja puntuación en propiedades psicométricas. Se perpetúan por consenso y tradición. Según Livesley⁴, la validez de la mayoría de los diagnósticos no ha sido establecida empíricamente. Tampoco han mostrado va-

lidez los grupos diferenciales del DSM (conglomerados A, B y C), que parecen apoyarse más en la tradición y en el consenso que en los datos empíricos.

En cuanto a la validez interna del diagnóstico psiquiátrico, los clínicos tienen dificultades para relacionar los criterios sugeridos con las características del TP y, a la inversa, el conjunto de criterios no siempre incluye aquellos rasgos que los clínicos consideran típicos de este tipo de diagnóstico. Asimismo hay fallos en la consistencia interna hasta el punto de que el solapamiento de cuadros clínicos es excesivamente amplio. Por otra parte, cuando se analizan la estructura factorial del MCMI y las variables psicofisiológicas y neuropsicológicas, la validez de constructo en las categorías vigentes de los TP es más bien baja⁵.

Los problemas con la validación externa son todavía más graves. Respecto a la validez discriminante, los estudios muestran que no hay posibilidad de discriminación pues normalmente aparecen diagnósticos múltiples. Y en relación con la validez propiamente externa, no hay pruebas de que los diagnósticos predigan importantes variables externas relacionadas con la etiología.

A pesar de todos estos problemas, el modelo categorial se perpetúa debido a las estrechas relaciones entre la psiquiatría y los modelos médicos, así como al hecho de que el funcionamiento cognitivo de los seres humanos tiende a operar con categorías a la hora de organizar la información que le llega del exterior. Sencillamente, es una cuestión de comodidad y de utilidad.

¿Valoración categorial o dimensional de los TP?

La clasificación de los trastornos de la personalidad que hacen tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10 parte de una perspectiva categorial tradicional, cuyo antecedente se encuentra en el modelo clásico de Kurt Schneider⁶, que considera a los TP como entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí. Es decir, cada trastorno constituye una categoría diagnóstica y se sustenta en alteraciones específicas. El juicio categorial consiste en "tener o no tener" el trastorno y tiene la ventaja de ser más parsimonioso para conceptualizar un síndrome y para transmitir la información a otros clínicos.

Con el enfoque politético del DSM-IV-TR, una vez cumplidos los criterios mínimos (la mitad más uno, independientemente de cuáles sean en concreto) para el diagnóstico de un TP, se podrá llevar a cabo dicho diagnóstico. La consecuencia de este enfoque politético es que hay maneras muy distintas de poder cumplir, por ejemplo, los diagnósticos de trastorno antisocial o de trastorno límite de la personalidad, lo que lleva a la proliferación de numerosos subtipos⁷.

Pero el diagnóstico categorial en los TP tiene asociados graves problemas. Las críticas a los modelos categoriales se han resumido de la siguiente manera: 1) escaso ajuste entre pacientes y prototipos; 2) solapamiento de los criterios propuestos entre diversas categorías y trastornos del Eje I; 3) baja fiabilidad temporal y entre evaluadores; 4) pobre validez diagnóstica; y 5) poca utilidad para el tratamiento.

Un acercamiento dimensional, por el contrario, ofrece diversas ventajas: 1) es sólido con la observación de límites difusos entre los trastornos y la normalidad; 2) es más acorde con la complejidad de los síndromes observados en la práctica clínica; 3) la medida dimensional se puede transformar en categorial, pero no al contrario; 4) la categorización a partir de una dimensionalización permite variar los puntos de corte teniendo en cuenta las especificidades contextuales, culturales e individuales; 5) es posible hacer análisis más finos de las características de los pacientes; 6) se facilitan al terapeuta áreas de intervención concretas; 7) se mejora la fiabilidad de la evaluación; y 8) la comorbilidad deja de ser un problema puesto que se puede definir a un individuo en función de sus características combinadas de rasgos y no de categorías.

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 las 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), como ocurre, por ejemplo, en el caso del retraso mental*.

Este enfoque híbrido puede facilitar la evaluación de la gravedad de los TP. Así, hay trastornos de personalidad cualitativamente más graves, como el esquizotípico, el límite o el paranoide, pero también se puede cuantificar dimensionalmente, por ejemplo, el riesgo de causar daño físico o psicológico⁸. Más en concreto, Tyrer y Johnson⁹ establecen la siguiente graduación de mayor a menor gravedad: 1) acentuación de rasgos de la personalidad normal, pero sin alcanzar el diagnóstico de un TP;

* DSM-IV: el enfoque diagnóstico utilizado en este manual representa la perspectiva categorial de que los TP representan síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una alternativa al enfoque categorial es la perspectiva dimensional de que los TP suponen 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. Los grupos de los TP del DSM (p. ej., raro-excéntrico, dramático-emocional y ansioso-temeroso) también pueden considerarse dimensiones que representan el espectro de disfunciones de la personalidad en un continuo con los trastornos mentales del Eje I. Los modelos dimensionales alternativos tienen mucho en común, y su conjunto parece cubrir los aspectos más importantes de las alteraciones de la personalidad. Su integración, utilidad clínica y las relaciones con las categorías diagnósticas de los TP y con diversos aspectos de la disfunción de la personalidad siguen siendo activamente investigadas...

2) trastorno simple de la personalidad, que consiste en uno o más diagnósticos de TP del mismo grupo o *clúster*; 3) trastorno complejo de la personalidad, que se refiere a dos o más TP de diferentes grupos; y 4) trastorno severo de la personalidad, que se aplica cuando además se genera una grave disfunción social.

¿Tiene sentido mantener la distinción entre el Eje I y el Eje II?

Según el DSM-III¹⁰, existían poderosas razones para incluir los trastornos de la personalidad en un eje independiente. Los TP, al menos algunos de ellos, suelen ser egosintónicos; pueden constituir una predisposición para el inicio de muchos trastornos mentales; condicionan su fenomenología, curso y pronóstico; son anomalías de inicio precoz; y, finalmente, tienen un carácter permanente.

Sin embargo, los límites entre los trastornos del Eje I y Eje II con frecuencia son difusos. Esta co-ocurrencia (comorbilidad) se da especialmente entre el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad y la Esquizofrenia; entre el Trastorno Paranoide de la Personalidad y el Trastorno Delirante; entre los Trastornos del Estado de Ánimo y el Trastorno por Inestabilidad (límite); entre los Trastornos del Control de los Impulsos y el Trastorno por Impulsividad (límite); entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad; entre la Fobia Social y el Trastorno Ansioso-Evitativo de la Personalidad. Asimismo hay trastornos de ansiedad o del humor de inicio precoz absolutamente indistinguibles de un TP, lo que plantea la posibilidad de considerar a los TP como variantes de inicio precoz de trastornos del Eje I.

Tampoco ha quedado probada empíricamente la mayor estabilidad de los trastornos del Eje II frente a los síndromes más fluctuantes del Eje I. Así, hoy en día se cuenta con suficiente apoyo empírico acerca de la inestabilidad de algunos rasgos de la personalidad. A la inversa, entre los trastornos mentales graves se encuentran tanto los que se presentan de forma aguda con crisis como los que son crónicos. Es más, algunos TP podrían no ser desviaciones extremas de las estructuras de personalidad, sino fenómenos biológico-patológicos que se han montado sobre una personalidad normal y que, por tanto, pueden comportarse como la mayoría de los trastornos mentales. Por ello, se está estudiando la posibilidad de que algunos TP (esquizotípico, límite, entre otros) sean trasladados al Eje I¹¹.

En resumen, ya que no hay ninguna distinción fundamental, la propuesta de bastantes autores es que los TP sean considerados como una más entre las diferentes clases de trastornos mentales reconocidos en las clasificaciones internacionales⁴.

Propuestas de futuro (DSM-V)

Propuestas concretas presentadas durante los últimos años

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.

Son muy conocidas las propuestas psicobiológicas de Eysenck¹² con sus tres factores (extraversión, neuroticismo y psicoticismo), a los que Gray¹³ añade otros dos (ansiedad o susceptibilidad al castigo e impulsividad o susceptibilidad al refuerzo). A su vez, Zuckerman-Kuhlman plantean un modelo de cinco factores alternativos: neuroticismo-ansiedad, agresión-hostilidad, actividad, sociabilidad y búsqueda de sensaciones impulsiva no socializada.

Millon¹⁴, que inicialmente planteó su modelo de polaridades y teoría evolutiva, ha formulado recientemente un espectro dimensional entre quince estilos de personalidad y quince trastornos de la personalidad. Cada dimensión incluye, en primer lugar, el *estilo* normal del prototipo o de la personalidad (por ejemplo, retraimiento) y, en segundo lugar, el prototipo o el *desorden* anormal de la personalidad (por ejemplo, esquizoide). Así se construye el *diagrama circular* (véase la *web* oficial de T. Millon), que representa los prototipos normales y anormales de la teoría e incluye: las polaridades dolor-placer, pasiva-activa y yo-otros; los estilos de personalidad; los trastornos de la personalidad; y, finalmente, las escalas del MCMI-III.

Watson y Tellegen¹⁵ adscriben los trastornos de la afectividad a dos disposiciones ortogonales: una bipolaridad afecto positivo/afecto negativo. El afecto positivo se define como la tendencia a experimentar emociones de valencia positiva y elevada activación (entusiasmo, excitación); en el afecto negativo están presentes las emociones de valencia negativa y de escasa activación (cansancio, tristeza). Watson, Clark y Tellegen¹⁶ desarrollaron una medida de estas dos dimensiones con el *Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)*, validado en España. Posteriormente, mediante el análisis factorial, Tellegen, Watson y Clark¹⁷ reorganizaron su teoría diseñando un modelo de tres grandes factores (emocionalidad positiva, emocionalidad negativa e inhibición), sustentados sobre una base hereditaria.

El grupo de Costa y McCrae¹¹, que diseñó el modelo de los cinco superfactores de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad), evaluables mediante el instrumento NEO-PI-R, ha sugerido

un procedimiento en cuatro pasos: 1) descripción de la estructura de la personalidad según el modelo de cinco factores del NEO-PI-R; 2) identificación de los problemas asociados; 3) significación clínica de dichos problemas; y 4) adecuación del perfil a casos prototípicos para ver si es adecuada una etiqueta diagnóstica.

Livesley y Jackson¹⁸ han propuesto la "evaluación dimensional de la patología de personalidad". Tras múltiples estudios, los rasgos se agruparon en torno a cuatro factores: 1) disregulación emocional (neuroticismo); 2) comportamiento antisocial; 3) introversión-inhibición; y 4) compulsividad.

Cloninger¹⁹, apoyado en su modelo de siete factores, sugiere que un TP se diagnostique según las dimensiones del *carácter* (baja cooperatividad, baja auto-trascendencia y bajo autocontrol) y que sea el *temperamento* (búsqueda de sensaciones, evitación del daño, dependencia de recompensa y persistencia) el que defina el tipo.

Shedler y Westen²⁰ proponen una valoración clínica y extraen 12 factores, que han mostrado buenas correlaciones con el NEO, mediante la prueba SWAP-200. El SWAP-200 (*the Shedler-Westen Assessment Procedure*) no es un autoinforme, sino un método para registrar sistemáticamente las observaciones de los clínicos. Este instrumento permite conceptualizar los TP como continuos, no como categorías y, además, incorpora factores intrapsíquicos y dinámicos, tales como motivos, fantasías, representaciones objetales, conflictos y defensas, mientras que el DSM enfatiza solo los síntomas manifiestos.

Oldham y Skodol²¹, en relación con la valoración politética, diferencian diversos niveles: 1) prototípico (cumple todos los criterios del tipo); 2) moderado (muestra uno o más criterios sobre el punto de corte); 3) umbral (cumple justamente los criterios requeridos); 4) sub-umbral (tiene un criterio por debajo del punto de corte); 5) rasgos (muestra solo 1-3 criterios); y 6) ausente (no cumple los criterios).

Respecto a los ejes diagnósticos, Siever y Davis²² proponen un continuo entre los Ejes I y II, especialmente en lo que concierne a la impulsividad, la ansiedad y la distorsión cognitiva. En concreto, se distinguen tres dimensiones de personalidad: organización cognitivo/perceptiva; inestabilidad/agresividad; y ansiedad/inhibición. Las anomalías de estas dimensiones ocurren en un continuo en el que los extremos darán lugar a los trastornos del Eje I del DSM, mientras que las desviaciones más ligeras constituirán, al hacerse persistentes, la patología del Eje II, pero siempre sobre la misma base patológica (alteración de ciertos neurotransmisores).

En suma, actualmente existe cierto consenso en los siguientes aspectos: 1) tienden a predominar los modelos pentafactoriales de la personalidad, sustentados en estudios genéticos, neuropsicológicos y de análisis factorial. Los más

Tabla 1

CORRELACIONES ENTRE FACTORES DE PERSONALIDAD SEGÚN LOS DIFERENTES MODELOS Y PROPUESTAS

Prueba	Autor					
DAPP-BQ	Livesley	Inhibición	Disocial	Compulsividad	Disregulación	
NEO-PI-R	Costa y McCrae	Extraversión	Antagonismo	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura
SNAP	Clark	Afecto positivo	Afecto negativo	Restricción	Afecto negativo	
PSY-5	Harkness y McNulty	Emocionalidad negativa	Agresividad	Restricción	Emocionalidad negativa	Psicoticismo
MCFI-III	Millon	Repliegue	Agresividad	Restricción	Neuroticismo	
EPO	Eysenck	Extraversión	Psicoticismo		Neuroticismo	
ZKPO	Zuckerman	Sociabilidad	Hostilidad	Impulsividad	Neuroticismo	
	Siever y Davis	Inhibición	Agresividad /impulsividad		Inestabilidad Afectiva	Cognitivo Perceptivo

consensuados (véase la Tabla 1) se refieren a las dimensiones: a) afectiva (ansiedad, neuroticismo, afecto negativo o disregulación); 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.

Bases del actual borrador del DSM-V (septiembre de 2010)

La APA, tras un proceso de estudio y revisión, creó un sitio web (www.dsm5.org) para dar a conocer el borrador del DSM-V e invitar a efectuar críticas y propuestas a la comunidad científica. En concreto, el Grupo de Trabajo 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 diagnostican siguiendo cuatro criterios: 1) identificación de cinco niveles de gravedad en el funcionamiento de la personalidad; 2) establecimiento de cinco categorías de TP (propuesta pendiente de validación empírica); 3) creación de seis dominios generales de personalidad y de 37 facetas-rasgo de personalidad más específicas; y 4) redefinición de los TP, basada en rasgos patológicos y deficiencias severas en los componentes básicos del funcionamiento de la personalidad.

El nuevo concepto de trastorno de la personalidad

La revisión propuesta sugiere modificar el "patrón dominante de pensar, sentir y comportarse" (DSM-IV) por el de "fracaso en la adaptación" desde dos puntos de vista: defecto o deterioro en la identidad propia y/o fracaso en las relaciones interpersonales. De este modo, los TP representan la incapacidad de desarrollar un sentido de identidad propia (con déficits en el autoconcepto y en el autocontrol) y de establecer unas relaciones interpersonales adaptativas en el contexto de las normas culturales del individuo y de las expectativas creadas, con alteraciones específicas en el ámbito de la empatía, de la intimidad y de la cooperación interpersonal. Esta incapacidad es estable en el tiempo y de origen temprano.

EL Eje II

Como se ha comentado anteriormente, se van derrumbando los supuestos sobre los que se forjó la distinción entre Ejes. Por ello, en la 163 Reunión anual de la *American Psychiatric Association*, celebrada en mayo de 2010 en Nueva Orleans, se ha propuesto suprimir los actuales Ejes II y III y

juntar en un eje único todos los trastornos mentales y de la personalidad y las enfermedades médicas.

Se ha sugerido abandonar el actual sistema multiaxial e incluso eliminar los TP y sustituirlos por variantes de inicio precoz de trastornos del eje I (por ejemplo, el trastorno esquizotípico como variante de la esquizofrenia). Esto, sin embargo, sería difícil para ciertos TP, como el narcisista (no incluido en la CIE-10), el histriónico o el dependiente. Otra solución que se baraja es añadir un capítulo en el DSM-V de Trastornos de las Relaciones Interpersonales, que incluyan los rasgos desadaptativos, dado que éstos suelen expresarse clínicamente cuando el paciente interactúa con los demás. Esta postura parece excesivamente radical.

Aunque en el borrador del DSM-V no se define claramente esta cuestión, todo apunta a la desaparición del Eje II o a que, si se mantiene, sea para mencionar y evaluar los dominios y rasgos de la persona.

Nivel de funcionamiento de la personalidad

La psicopatología de la personalidad fundamentalmente emana de las perturbaciones en el pensamiento sobre sí mismo y los demás. Debido a que puede haber un mayor o menor grado de perturbación, cada paciente debe ser evaluado en el continuo compuesto por los siguientes niveles de funcionamiento: interpersonal (Empatía, Intimidad y Cooperación, y Complejidad e integración de las representaciones de los otros) y personal (Identidad, Auto-concepto y Auto-dirección).

Al igual que para los criterios generales de los TP, al aplicar estas dimensiones de funcionamiento interpersonal y personal, tienen que darse los siguientes elementos:

1) ser de varios años de duración; 2) no ser manifestación o consecuencia de otro trastorno mental; y 3) no deberse únicamente a los efectos fisiológicos de una droga o de una enfermedad médica. Las afectaciones del funcionamiento personal e interpersonal, a similitud con la CIF, muestran los siguientes niveles de gravedad: 0 = *No afectación*. 1 = *Deterioro leve*. 2 = *Deterioro moderado*. 3 = *Daño grave*. 4 = *Deterioro extremo*.

Dominios y rasgos o facetas de la personalidad

El Grupo de Trabajo recomienda que los pacientes sean valorados en función de seis dominios de orden superior y de 37 rasgos-facetas más específicos. Estas dimensiones deben graduarse dimensionalmente en una escala de 0 a 3 puntos, siendo 0 (Muy poco o nada); 1 (Ligeramente descriptivo); 2 (Moderadamente descriptivo); y 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 2.

Futuras categorías diagnósticas de los trastornos de la personalidad

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. Numerosas investigaciones han demostrado una excesiva co-ocurrencia entre los trastornos de personalidad diagnosticados con el sistema de categorías del

Tabla 2

DOMINIOS	RASGOS-FACETAS DE LA PERSONALIDAD	NÚMERO DE RASGOS (total: 37)
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, engaño.	8
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

DSM. De hecho, la mayoría de los pacientes diagnosticados con trastornos de la personalidad cumplen los criterios para más de uno. Además, todas las categorías de los TP tienen umbrales arbitrarios de cumplimiento, es decir, el número de criterios necesarios para el diagnóstico.

Por ello, 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.

El Grupo de Trabajo recomienda cinco categorías específicas 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).

Los otros TP específicos que actualmente contempla el DSM-IV-TR (esquizoide, paranoide, histriónico, narcisista y dependiente), los demás TP en estudio (dependiente, pasivo-agresivo) y la categoría residual de TP no especificado, al carecer de suficiente respaldo empírico, desaparecerían y deberían evaluarse, como en el caso de los TP, con una descripción detallada y dimensional de los rasgos y dominios de la personalidad (Tabla 3).

Todos los tipos deben valorarse en una escala dimensional de prototipicidad, siguiendo las propuestas de Oldham, Schedler y Westen. De este modo, un clínico compara a un paciente con la descripción prototípica de cada trastorno y lo califica en una escala de cinco puntos:

- 5 = Muy bueno. El paciente es un *ejemplo* de este tipo
- 4 = Bueno: el paciente se asemeja *de manera significativa* a este tipo
- 3 = Moderado: el paciente tiene *características destacadas* de este tipo
- 2 = Bajo: el paciente tiene *características menores* de este tipo
- 1 = Nulo: Esta descripción no se aplica al paciente

Descripción de las categorías diagnósticas de los TP en el borrador del DSM-V

a) Trastorno antisocial/psicopático

Esta categoría incluye tanto el componente de desinhibición e irresponsabilidad, como el de mezquindad, es

decir, los rasgos relacionados con la insensibilidad o la falta de remordimiento, la manipulación y la agresión depredadora. Todo ello es muy similar a los actuales factores II y I de la psicopatía. Hay abundantes pruebas de que estos dos factores se diferencian en términos de sus correlatos neurobiológicos, lo que ofrece una base sólida en relación con estos subtipos

El tipo antisocial coincide bastante con los actuales criterios. A su vez, las personas que coinciden con el tipo psicopático son arrogantes y egocéntricas, buscan el poder sobre los demás y los manipulan o se aprovechan de ellos con el fin de infligir daño o para lograr sus objetivos. Son insensibles y muestran poca empatía con los demás, a menos que éstos sean coincidentes con sus intereses. Muestran desprecio por los derechos, propiedades o seguridad de los demás, y no sienten culpa o remordimientos por el daño que causan. Pueden actuar de manera agresiva o sádica hacia los demás en pos de sus intereses personales y parecen obtener placer o satisfacción al dominar, humillar o degradar a los demás. También tienen encanto superficial y capacidad de agradar cuando conviene a sus propósitos. Demuestran pocos principios morales convencionales y tienden a negar la responsabilidad de sus actos y a culpar a otros de sus propios fracasos y defectos.

Los dominios y rasgos descriptivos de este trastorno son los siguientes: 1. Antagonismo: Insensibilidad; 2. Antagonismo: Agresión; 3. Antagonismo: Manipulación; 4. Antagonismo: Hostilidad; 5. Antagonismo: Engaño; 6. Antagonismo: Narcisismo; 7. Desinhibición: Irresponsabilidad; 8. Desinhibición: Imprudencia; 9. Desinhibición: Impulsividad.

b) Trastorno evitativo

Los pacientes aquejados de este trastorno tienen un sentido negativo de sí mismos, asociado con un profundo sentimiento de insuficiencia e inhibición en el establecimiento de relaciones interpersonales íntimas. Más concretamente, se sienten ansiosos, inferiores, socialmente ineptos y poco atractivos, por lo que se avergüenzan con facilidad. Son tímidos y reservados tanto en situaciones profesionales como sociales y evitan éstas, aun deseándolas, por miedo al ridículo o a la humillación, por lo que buscan contextos que no incluyan a otras personas.

Están preocupados y son muy sensibles a las críticas o rechazo de los demás, siendo renuentes a revelar información personal por temor a la desaprobación o rechazo. Parecen carecer de habilidades interpersonales, dando como resultado pocas amistades íntimas. Las relaciones profundas se evitan debido a un temor general a la intimidad, incluida la sexual.

Los individuos que se asemejan a este tipo tienden a culparse a sí mismos, se sienten responsables por las

cosas malas que suceden y no encuentran disfrute en las actividades de la vida cotidiana. También tienden a ser emocionalmente inhibidos y tienen dificultades para expresar sus deseos o emociones, tanto positivas como negativas.

Los rasgos relacionados con este tipo son los siguientes: 1. Emocionalidad negativa: Ansiedad; 2. Emocionalidad negativa: Miedo al abandono; 3. Emocionalidad negativa: Pesimismo; 4. Emocionalidad negativa: Baja autoestima; 5. Emocionalidad negativa: Culpa /Vergüenza; 6. Introversión: Evitación de relaciones íntimas; 7. Introversión: Retirada social; 8. Introversión: Afectividad restringida; 9. Introversión: Anhedonia; 10. Introversión: Aislamiento social; 11. Compulsión: Aversión al riesgo.

c) Trastorno límite

Los pacientes con este trastorno tienen un concepto de sí mismo muy frágil, que es fácilmente alterado y fragmentado bajo situaciones de estrés, lo que se traduce en un nivel de identidad pobre y en sentimientos crónicos de vacío. Como resultado de ello, presentan inestabilidad emocional y tienen dificultades para mantener relaciones íntimas duraderas.

Estos pacientes experimentan rápidos cambios de humor, de forma intensa e impredecible, pudiendo mostrarse extremadamente ansiosos o deprimidos. También pueden enojarse o ser hostiles si se sienten incomprendidos o maltratados. Pueden implicarse en agresiones verbales o físicas cuando están enojados. Las reacciones emocionales suelen darse en respuesta a acontecimientos interpersonales negativos que implican pérdida o decepción. Las relaciones se basan en la fantasía, en la necesidad de los demás para la supervivencia y en la dependencia excesiva, así como en un miedo al rechazo o abandono.

La dependencia implica tanto el apego inseguro, expresado como dificultad para tolerar la soledad, como la necesidad urgente de contacto con otras personas significativas cuando está estresado, acompañada a veces por un comportamiento sumiso. Al mismo tiempo, la intensa e íntima dependencia de otra persona a menudo conduce a un miedo a la pérdida de la identidad propia. Por lo tanto, las relaciones interpersonales son muy inestables y se alternan entre la dependencia excesiva y la huida.

Los principales rasgos y conductas interpersonales pueden estar asociados con una alteración de la regulación cognitiva. Es decir, las funciones cognitivas pueden deteriorarse en momentos de tensión interpersonal, lo que conduce a un procesamiento de la información escindido o dicotómico, del tipo de blanco o negro. Asimismo pueden experimentar reacciones cuasi-psicóticas, incluyendo la paranoia y la disociación, que pueden progresar a cuadros de psicosis transitoria.

Los individuos con este tipo se caracterizan por ser im-

pulsivos, actuando con la emoción del momento, y por implicarse en actividades potencialmente negativas. Los actos deliberados de autolesión (por ejemplo, cortarse o quemarse), la ideación suicida y los intentos de suicidio ocurren típicamente acompañados de una angustia intensa y de disforia, en particular en el contexto de los sentimientos de abandono, cuando una relación importante se rompe. Una angustia intensa también puede llevar a otras conductas de riesgo, incluyendo el abuso de drogas, la conducción temeraria, los atracones de comida o la promiscuidad sexual.

Los dominios y rasgos asociados son los siguientes: 1. Emocionalidad negativa: Labilidad emocional; 2. Emocionalidad negativa: Autolesiones; 3. Emocionalidad negativa: Inseguridad de separación; 4. Emocionalidad negativa: Ansiedad; 5. Emocionalidad Negativa: Baja autoestima; 6. Emocionalidad negativa: Depresividad; 7. Antagonismo: Hostilidad; 8. Antagonismo: Agresión; 9. Desinhibición: Impulsividad; 10. Esquizotipia: Propensión a la disociación.

d) Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Las personas que cuentan con este tipo de TP son gobernadas por su necesidad de orden, precisión y perfección. Las actividades se llevan a cabo de una forma excesivamente metódica. Por ello, tienen preocupaciones intensas por el tiempo transcurrido, la puntualidad, los horarios y las normas. En este sentido son enormemente rígidos y poco espontáneos.

Las personas afectadas presentan un desarrollo excesivo del sentido del deber, así como la necesidad de tratar de completar todas las tareas meticulosamente. Esta tendencia puede dar lugar a una parálisis de la conducta por la indecisión y la necesidad de sopesar las alternativas, los pros y los contras, de manera que las tareas importantes frecuentemente no pueden completarse.

En su mayor parte las emociones fuertes -tanto positivas (por ejemplo, el amor) como negativas (por ejemplo, la ira)- no se experimentan en forma consciente ni son expresadas. A veces el individuo puede mostrar gran inseguridad, falta de confianza en sí mismo y un malestar emocional en forma de culpa o de vergüenza por las deficiencias y fallos reales o percibidos en su conducta. Tienen un sentido muy estricto de lo que está bien y de lo que está mal.

Los dominios y rasgos asociados a este tipo son los siguientes: 1. Compulsión: Perfeccionismo; 2. Compulsión: Rigidez; 3. Compulsión: Orden; 4. Compulsión: Perseverancia; 5. Emocionalidad negativa: Ansiedad; 6. Emocionalidad negativa: Pesimismo; 7. Emocionalidad negativa: Culpa/Vergüenza; 8. Introversión: Restricción de los afectos; 9. Antagonismo: Negativismo.

e) Trastorno esquizotípico

Las personas con este tipo de TP se caracterizan por te-

ner déficits sociales y por sentirse incómodas y con una capacidad reducida para las relaciones interpersonales. Al mismo tiempo, se muestran excéntricas en su apariencia (por ejemplo, en la forma de vestir o en la higiene) y en su comportamiento (por ejemplo, en la postura o en la mirada), con distorsiones cognitivas y perceptivas relativas a creencias extrañas (supersptición, clarividencia, telepatía, etc.) o a inferencias arbitrarias, como ver mensajes ocultos u otorgar un significado especial a los sucesos comunes. A veces, pueden aparecer síntomas cuasi-psicóticos, como pseudo-alucinaciones, ilusiones sensoriales, ideas sobrevaloradas, ideación paranoide leve o incluso episodios psicóticos transitorios.

En las situaciones sociales se sienten marginados, les resulta difícil sentirse conectados con los otros y desconfían de las motivaciones de los demás, incluidos sus cónyuges, colegas y amigos. Su discurso puede ser vago, circunstancial, metafórico, recargado, pobre o estereotipado. Las emociones mostradas son muy limitadas y frecuentemente están inhibidas. Todo ello les hace aparecer alejados e indiferentes a las reacciones de los demás.

Los dominios y rasgos asociados a este tipo son los siguientes: 1. Esquizotipia: Excentricidad; 2. Esquizotipia: Disregulación cognitiva; 3. Esquizotipia: Percepciones inusuales; 4. Esquizotipia: Creencias inusuales; 5. Introversión: Denuncia social; 6. Introversión: Afectividad restringida; 7. Introversión: Evitación de la intimidad; 8. Emocionalidad negativa: Suspiciousidad; 9. Emocionalidad negativa: Ansiedad.

CONCLUSIONES

Como decíamos al principio, los TP se encuentran actualmente en una encrucijada que compete a la teoría, investigación y conceptualización^{23, 24, 25, 26}. Desde la Conferencia para la planificación del DSM-V, celebrada en 1999, ha sido abundante el debate sobre el tema. El Grupo de Trabajo de la *American Psychiatric Association* está integrado por once expertos, de los cuales cinco son doctores en medicina (Andrew Skodol; Renato Alarcón; Carl Bell; John Oldham; y Larry J. Siever), cinco en psicología (Donna Bender; Anna Clark; Robert Krueger; Leslie Morey; y Roel Verheul) y uno en ambas disciplinas (John Livesley).

Se ha intentado consensuar las propuestas más importantes respecto al número de dimensiones de personalidad y a los criterios generales sobre globalidad, integración, organización, consistencia y distintividad de las principales teorías de la personalidad. Asimismo se ha tratado de integrar los fundamentos neurobiológicos y genéticos de los rasgos de personalidad. La evaluación clínica incluye aspectos estáticos, psicodinámicos e interactivos, así como la evaluación dimensional de prototi-

picidad. Por último, se establecen las relaciones con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10), así como con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) **.

Según el borrador publicado el 19 de febrero de 2010 en la web de la APA, se ha llegado a un consenso provisional sobre diferentes aspectos muy debatidos durante los últimos años y de los que se ha dado cuenta en el presente artículo. Dicho borrador ha estado sometido a un *feedback* por parte de la comunidad científica hasta abril de 2010.

En primer lugar, se plantea una redefinición del concepto de TP, acentuando el fracaso en la adaptación (personalidad no adaptativa) sobre el patrón dominante de pensar, sentir y comportarse, presente en el DSM en la actualidad. El nuevo concepto concede mucha importancia a la dificultad para desarrollar relaciones interpersonales adaptativas, haciendo hincapié en problemas tales como la falta de empatía, la mentira y la manipulación, así como en los déficits de las conductas cooperativas. También abarca de forma significativa el deterioro de la identidad propia, en línea con las aportaciones de Cloninger.

En segundo lugar, establece una valoración de seis dominios de personalidad y de treinta y siete rasgos o facetas. Esta sistematización se aproxima mucho a la de los cinco superfactores de Costa y McCrae, las cinco dimensiones de Gray, los cinco alternativos de Zuckerman o los cuatro de Livesley. Asimismo incluye las tres dimensiones del modelo de Eysenck y el factor cognitivo propuesto por Siever y Davis.

Las categorías diagnósticas se reducen a cinco, aquellas que correlacionan con los seis dominios propuestos. Ello supone eliminar cinco categorías específicas, algunas de mucha raigambre, y la residual del TP no especificado, por carecer de respaldo empírico que las sustente y no mostrar las correlaciones citadas. Esta reducción de categorías pretende mejorar la fiabilidad y validez de los diagnósticos, y especialmente evitar la superposición de ítems, que viene originando un sobrediagnóstico de varios TP en el mismo paciente.

Es muy importante la inclusión del trastorno psicopático de la personalidad como una variedad del antisocial/psicopático. Esta novedad supone el reconocimiento de la entidad diagnóstica que propuso Cleckley y que ha desarrollado, entre otros, Hare, con sus dos factores y cuatro facetas, y cuya validez de constructo tiene un amplio respaldo empírico. Dentro de este trastorno antisocial/psicopático, la variante antisocial parece referirse más al factor 2 de la psicopatía, mientras que el subtipo psicopático se emparenta

** La quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud aprobó la nueva clasificación, con el título de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, en la resolución WHW 54.21 del 22 de mayo de 2001.

Tabla 3		
EQUIVALENCIAS ENTRE EL DSM-IV-TR Y EL BORRADOR DEL DSM-V		
TP EN DSM-IV	TP EN DSM-V	RASGOS DE PERSONALIDAD DESTACADOS
Paranoide	Ninguno	Recelo Evitación de intimidad Hostilidad Creencias inusuales
Esquizoide	Ninguno	Aislamiento social Evitación de intimidad Afecto restringido Anhedonia
Esquizotípico	Esquizotípico	Excentricidad Regulación cognitiva alterada Percepciones inusuales Creencias inusuales Aislamiento social Afecto restringido Evitación de intimidad Recelo Ansiedad
Antisocial	Antisocial / psicopático	Insensibilidad Agresión Manipulación Hostilidad Engaño Narcisismo Irresponsabilidad Imprudencia Impulsividad
Límite	Límite	Labilidad emocional Autolesiones Miedo a la pérdida Ansiedad Baja autoestima Depresividad Hostilidad Agresión Impulsividad Propensión a la disociación
Histriónico	Ninguno	Labilidad emocional Histrionismo
Narcisista	Ninguno	Narcisismo Manipulación Histrionismo Insensibilidad
Evitativo	Evitativo	Ansiedad Miedo a la pérdida Pesimismo Baja autoestima Culpa o vergüenza Evitación de intimidad Aislamiento social Afecto restringido Anhedonia Desapego social Aversión al riesgo
Dependiente	Ninguno	Sumisión Ansiedad Miedo a la pérdida

Obsesivo-compulsivo	Obsesivo-compulsivo	Perfeccionismo Rigidez Orden Perseveración Ansiedad Pesimismo Culpa o vergüenza Afecto restringido Negativismo
Depresivo	Ninguno	Pesimismo Ansiedad Depresividad Baja autoestima Culpa o vergüenza Anhedonia
Pasivo-agresivo	Ninguno	Negativismo Hostilidad Culpa o vergüenza

con el factor 1.

Se combina un modelo categorial con otro dimensional, lo que configura un modelo híbrido que logra consensuar el modelo médico tradicional con el psicosocial. Los diagnósticos categoriales deberán ir acompañados de una valoración de prototipicidad, similar a la que propusieron en el año 1992 Costa y McCrae y en 2000 Oldham y Skodol. Cada una de las cinco categorías viene explicada por una descripción narrativa. De este modo, el clínico, siguiendo la fórmula propuesta por Shedle y Westen, deberá definir, en una escala de 1 a 5, cuánto se asemeja el paciente a esa descripción. Este sistema sustituiría a la actual valoración politética.

Además, las personas deberán ser descritas mediante dominios y facetas también con una valoración dimensional en una escala de 0 a 3. La definición de los rasgos desadaptativos del paciente y su severidad serán de gran utilidad para los terapeutas, que tendrán así una visión mucho más clara de los problemas a tratar, así como la susceptibilidad de los pacientes a los tratamientos (tipos S y R de Tyrer). Esta configuración de disposiciones abrirá la puerta al desarrollo de nuevos instrumentos psicodiagnósticos.

La novedosa formulación de rasgos y dominios sintoniza con el modelo de los cinco superfactores de personalidad (Costa y McCrae), con los modelos psicobiológicos de Dollard y Miller, Eysenck, Gray, Atkinson, Tellegen, Depue y Iacono, Siever y Davis, Zuckerman, Livesley y Cloninger, entre otros, y con los estudios sobre genética del comportamiento especialmente analizados por Livesley²⁷ y Livesley y Jang²⁸.

Respecto a la valoración multiaxial, todo apunta a la desaparición de los Ejes II y III, tal como se ha planteado en la 163 reunión anual de la American Psychiatric Association, celebrada en mayo de 2010 en Nueva Orleans. Por ello, al parecer, los TP serán incluidos junto a los demás trastornos

mentales y los diagnósticos médicos, tal como ocurre en las clasificaciones de la OMS. Se trata de unificar el nuevo DSM con la *WHO International Family of Classifications* (CIE, CIF, etc.), que carecen de este tipo de compartimentos. De esta manera en el DSM-V se prevé que existan solo tres ejes diagnósticos en lugar de cinco.

Sin embargo, la nueva definición, el sistema de evaluación y la sistematización de los TP en el DSM-V, además de la desaparición de cinco TP como diagnósticos específicos, puede resultar complicada, confusa y poco familiar para los clínicos, como señala Allen Frances, jefe de grupo de tareas del DSM-V (en *Psychiatric Times*, febrero de 2010).

Cabe señalar, no obstante, que todas estas novedades solo son propuestas en el momento de escribir este artículo y que están sometidas a un proceso de validación, así como a posibles modificaciones antes de la redacción definitiva del DSM-V, cuya publicación está prevista para el mes de mayo del año 2013.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, Ranger M. Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S. *J Pers Disord* 2003;17:263-8.
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10). Geneva: World Health Organization, 1994.
- Livesley J. Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment. Manual. New York-London: Guilford Press, 2001.
- Besteiro JL, Lemos S, Muñoz J, García-Cueto E, Inda M, Páino M, et al. Validez de constructo de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. *Intern J Clinic Health Psych* 2004;4:255-69.
- Schneider K. Las personalidades psicopáticas. Madrid: Morata, 1943.
- Oldham JM. Borderline Personality Disorder and Suicidality. *Am J Psychiatry* 2006;163:20-6.
- Maden T, Tyrer P. Dangerous and severe personality disorders: A new personality concept from the United Kingdom. *J Pers Disord* 2003;17:489-96.
- Tyrer P, Johnson T. Establishing the severity of Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153:1593-7.
- American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-III. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
- Widiger TA, Costa PT, McCrae RR. A proposal for Axis II: diagnosing personality disorders using the five-factor model. In PT Costa; TA Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington: American Psychological Association, 2002.
- Eysenck HJ. Dimensions of personality: the biosocial approach to personality. In J Strelau; A Angleitner (Eds.), *Explorations in temperament: international perspectives on theory and measurement*. London: Plenum, 1991.
- Gray JA. A critique of Eysenck's theory of personality. In H.J. Eysenck (Ed.), *A model for personality*. Berlin: Springer-Verlag, 1981.
- Millon T. The Official Website for Theodore Millon, 2007.
- Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin* 1985;98:219-35.
- Watson D, Clark A, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988;54:1063-70.
- Tellegen A, Watson D, Clark LA. On the dimensional and hierarchical nature of affect. *Psychological Science* 1999;10:297-303.
- Livesley WJ, Jackson DN. Dimensional Assessment of Personality Pathology manual. Port Huron: Sigma, 1999.
- Cloninger CR. A practical way to diagnosis personality disorders. *J Pers Disord* 2000;14:99-108.
- Shedler J, Westen D. Dimensions of Personality Pathology: An Alternative to the Five-Factor Model *Am J Psychiatry* 2005;161:1743-54.
- Oldham JM, Skodol AE. Charting the future of Axis II. *J Pers Dis* 2000;14:17-29.
- Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:1647-58.
- Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *J Pers Disord* 2004;18:500-5.
- Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Are there more personality disorders in treatment-seekers pathological gamblers than in other kind of patients? A comparative study between the IPDE and the MCMI. *Intern J Clinic Health Psych* 2008;8:53-64.
- Echeburúa E, Bravo de Medina, R, Aizpiri, J. Alcoholism and personality disorders: An exploratory study. *Alcohol Alcohol* 2005;40:323-6.
- Echeburúa E, Bravo de Medina R, Aizpiri J. Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: A comparative study. *Alcohol Alcohol* 2007;42:618-22.
- Livesley WJ. Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorder. *J Pers Disord* 2005;19:131-155.
- Livesley WJ, Jang KL. The behavioral genetics of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:247-74.