

# Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II en adictos a sustancias en tratamiento

## Personality disorder dimensions of MCMI-II in treated substance addicts

EDUARDO JOSÉ PEDRERO PÉREZ\*

\* CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid

Enviar correspondencia a:  
Eduardo J. Pedrero Pérez. CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones.  
Ayuntamiento de Madrid. C/ Alcalá, 527. 28027 MADRID  
Tfno: 609587233. Fax: 917434771. E-correo: ejpedrero@yahoo.es

recibido: febrero de 2008  
aceptado: septiembre de 2008

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la estructura dimensional subyacente a los trastornos de la personalidad en el MCMI-II mediante análisis factorial. **Método:** Se estudian las respuestas ofrecidas por una muestra de 749 pacientes que inician tratamiento por abuso/dependencia de sustancias, según criterios DSM-IV, y cumplimentan el MCMI-II una vez libres de los efectos directos (intoxicación, abstinencia) de las drogas de abuso. Se efectúa análisis factorial de primer y segundo orden. **Resultados:** Se obtiene una solución factorial inicial de 46 componentes, explicando el 25,51% de la varianza el primero de ellos, que se refiere a cambios experimentados en los dos últimos años. Un análisis de segundo orden agrupa los factores en 7 componentes, siendo el primero de ellos (14,17% de la varianza total) el que agrupa todos los síntomas del Eje I en torno a los componentes de cambio en los dos últimos años y en los últimos meses y semanas. El resto de componentes refleja las dimensiones generalmente encontradas en otros estudios factoriales de la personalidad. **Discusión:** los resultados apuntan a que una considerable proporción de la varianza en el MCMI-II se explica por cambios recientes más que por rasgos estables y sus combinaciones extremas. Puesto que estos resultados se obtienen en personas adictas a sustancias se sugiere que buena parte de lo que el MCMI-II mide puede referirse a cambios en la personalidad debidos a respuestas inadecuadas frente a factores ambientales estresantes o bien a cambios en funciones cerebrales como efectos directos o indirectos de las propias sustancias sobre regiones cerebrales.

**Palabras clave:** Trastornos de personalidad, adicción, análisis factorial, dimensiones de personalidad, modelos factoriales-biológicos, MCMI-II.

### ABSTRACT

**Objective:** To know the underlying dimensional structure of personality disorders in the MCMI-II through factor analysis. **Method:** A sample of 749 patients who start a treatment by substance abuse or dependence, according to DSM-IV criteria, compliment the MCMI-II, once free of the direct influences (intoxication, withdrawal) of abuse drugs. Their answers in the MCMI-II were studied, through first and second order factorial analysis. **Results:** An initial factorial solution of 46 components is obtained. The first of them refers to changes experienced in last years, explaining 25.51% of the variance. A second order factor analysis groups the former factors in 7 components. The first of them reunites symptoms of Axis I around the components of change in two last years and in the last months and weeks (14.17% of the total variance). The other components reflect those dimensions usually found in some other factor studies of personality. **Discussion:** Results show that a wide proportion of the variance in the MCMI-II is better explained by recent changes than stable traits and their extreme combinations. As these results are obtained in substance addict population, it is suggested part of which the MCMI-II measures can be referred to changes in personality. These changes may be associated to inadequate answers to stressful environmental factors. They can be also associated to changes in brain functions due to direct or indirect influences of substances on brain locations.

**Key words:** personality disorders, addiction, factor analysis, personality dimensions, factorial-biological models, MCMI-II.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los debates más candentes, de cara a la quinta versión de la clasificación DSM, es el que gira en torno a la propuesta de un Eje II dimensional. De hecho, la *American Psychiatric Association* patrocina, dentro de su agenda de investigación, la celebración de una serie de conferencias en torno a la posibilidad de considerar dimensionalmente los trastornos de la personalidad (en adelante, TTPP) en el DSM-V; el proyecto de investigación contempla los modelos factoriales de personalidad, hallazgos de la genética comportamental, mecanismos neuropsicológicos, elementos evolutivos y estudios transculturales (Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley y Verheul, 2005). Por una parte, diversos estudios encuentran una pobre validez de constructo para los TTPP, tal y como son formulados en el DSM-IV (Besteiro, Lemos, Muñiz, García-Cueto, Inda, Paíno et al., 2004), proponiendo estructuras latentes de carácter dimensional (Nestadt, 2006). Por otra, son muchos los estudios disponibles que estiman que el uso de consideraciones dimensionales de los criterios diagnósticos no sólo es superior a la aplicación categorial, sino que, además, ofrece información más precisa acerca de las características funcionales de la conducta (Ball, 2001; Krueger, Watson, y Barlow, 2005; Ullrich, Borkenau y Marneros, 2001; Ullrich y Marneros, 2004), favorece la clasificación, la evaluación, la explicación y la conceptualización de los trastornos, así como la adopción de medidas terapéuticas (Haslam, 2003; Verheul, 2005).

Existe suficiente evidencia sobre el hecho de que los TTPP pueden entenderse como modalidades extremas de combinaciones de rasgos (Miller, Donald, Widiger y Leukefeld, 2005). Al menos cuatro dimensiones de orden superior se han encontrado en distintos modelos dimensionales de personalidad, cuyas combinaciones pueden dar cuenta de una clasificación dimensional de los trastornos: Neuroticismo (afectividad negativa), Extraversión (afectividad positiva), Oposicionismo (antagonismo) y Compulsividad (restricción) (Trull, 2005). Esta estructura tetradimensional sirve como hipótesis preliminar útil en los estudios que pretenden encontrar una clasificación de los TTPP basada en criterios de genética comportamental (Livesley, 2005). Uno de los problemas principales de los actuales sistemas categoriales es el del multidiagnóstico; algunos autores proponen que una visión dimensional y jerárquica de los TTPP podría solucionar este problema (Nakao, Takaishi, Tatsuta, Katayama, Iwase, Yorifuji et al., 1999).

Son varios los modelos dimensionales que se han explorado en relación a su capacidad para dar cuenta de las variantes clínicas de la personalidad. Principalmente, pueden clasificarse en tres grupos: (1) los modelos derivados factorialmente, siendo el principal el de cinco grandes factores (Trull y McCrae, 2002); (2) los modelos neurobiológicos, principalmente los de Cloninger (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993), Depue (Depue y Lenzenweger, 2001) y Siever (Siever y Davis, 1991); (3) el modelo integrador de las polaridades de Millon (Millon y Davis, 1998; Widiger, 1999); y (4) modelos híbridos,

como el modelo de tres dimensiones de Eysenck (1991) o la consideración dimensional de los criterios categoriales (Oldham, 2007; Oldham y Skodol, 2000).

De entre todos ellos, el que mayor apoyo empírico ha conseguido es el modelo de cinco factores, encontrándose que esta solución penta factorial da cuenta de buena parte de los TTPP (Blackburn, 2000; Iglesias, Gimeno, Díaz e Inda, 2000; Lynam y Widiger, 2001; Moran, Coffey, Mann, Carlin y Patton, 2006), proporcionando una formulación que mejora sensiblemente la comprensión de todos ellos (O'Connor, 2005). El modelo de cinco factores se ha mostrado útil para la predicción de los TTPP según la formulación tanto del DSM-IV como del ICD-10 (Brieger, Sommer, Blöink y Marneros, 2000).

El modelo de 18 factores (Livesley, 1986) ofrece validez incremental sobre el de cinco factores (Costa y McCrae, 1992) y sobre el de siete factores (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993), aunque los tres modelos presentan correlaciones significativas con los criterios DSM-IV y su combinación incrementa la validez de los diagnósticos categoriales (Bagby, Marshall y Georgiades, 2005). El modelo de Cloninger se ha utilizado con éxito para la caracterización de los trastornos de personalidad (Svrakic, Draganic, Hill, Bayon, Przybeck y Cloninger, 2002), encontrándose superioridad sobre otros modelos (Grucza y Goldberg, 2007; Pukrop, 2002). Sin embargo, ninguno de los tres modelos neurobiológicos, los de Cloninger (Cloninger et al., 1993), Depue (Depue y Lenzenweger, 2001) y Siever (Siever y Davis, 1991) ha acumulado aún suficiente evidencia empírica para dar cuenta de la estructura de personalidad implicada en los trastornos (Paris, 2005).

Otra vía explorada consiste en la puntuación dimensional de los actuales criterios diagnósticos DSM-IV, encontrándose que esta fórmula predice mejor el deterioro funcional que la mera aplicación categorial, superando a los modelos dimensionales, como el de cinco factores (Skodol, Oldham, Bender, Dyck, Scout, Morey et al., 2005). Además, diversos trastornos explorados desde esta perspectiva dimensional encuentran una mejor explicación, como sucede con el antisocial (Marcus, Lilienfeld, Edens y Poythress, 2006), o encuentran un mejor encaje en clusters diferentes a los actuales, como sucede con el trastorno por evitación, que muestra una correlación dimensional superior con los TTPP del cluster A y la esquizofrenia (Keshavan, Duggal, Veeragandham, McLaughlin, Montrose, Haas et al., 2005), tal y como propone Millon (Millon, Grossman, Millon, Meagher y Ramat, 2006).

Se han propuesto modelos integradores de las diferentes propuestas dimensionales de cara a la formulación de una estructura jerárquica de las dimensiones de personalidad y sus trastornos (Widiger, 2005; Widiger y Simonsen, 2005), e incluso también de los trastornos del Eje I (Clark, 2007).

En todo caso, la incorporación de un Eje II dimensional no está exenta de graves complicaciones y dudas. La dificultad principal es delimitar qué dimensiones emplear, qué puntos de corte estimar y cómo establecer los mecanismos de medida (Brown, 2005). Quizá por ello, y

a pesar de los beneficios para el proceso diagnóstico que muestra la investigación de los modelos dimensionales (Trull, Tragesser, Solhan y Schwartz-Mette, 2007) el modelo categorial sigue siendo el preferido por psicólogos y psiquiatras (Sprock, 2003).

En el trasfondo del debate dimensional vs. categorial se encuentra también aquel que compara los resultados de la evaluación mediante autoinformes frente a la que puede obtenerse de las entrevistas clínicas. Se trata, sin duda, de un debate estéril cuando se enfoca a determinar la superioridad de unos sobre otros. No cabe ninguna duda de que el diagnóstico clínico requiere de un juicio clínico que debe establecerse sobre una consideración longitudinal de los trastornos y que esto sólo puede obtenerse a partir del conocimiento amplio de la historia del sujeto evaluado, y eso no pueden proporcionarlo los autoinformes. Sin embargo, los autoinformes previos proporcionan una hipótesis diagnóstica que tenemos la oportunidad de revisar y reformular al hilo de las intervenciones con el usuario, la observación de su desenvolvimiento, la habilidad en el desempeño de tareas; en consecuencia, algo que se ha denominado "evaluación dinámica", puesto que no limita su función al establecimiento de un diagnóstico, en base al cual se diseña un proyecto de intervención, sino que permite un abordaje interdisciplinar y el replanteamiento de estrategias terapéuticas, objetivos para el tratamiento y, en último término, un diagnóstico psicopatológico multiaxial (Puerta, 2007). La combinación de ambos métodos, así como la información de familiares y personas del entorno del paciente, pueden dotar al diagnóstico de los mayores niveles de validez ecológica (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006).

La búsqueda de instrumentos de autoinforme que proporcionen hipótesis diagnósticas lo más afinadas y concretas posibles es una de las tareas de mayor interés en la práctica clínica con sujetos adictos. Es preciso considerar la existencia de TTPP en sujetos que inician tratamiento por conductas adictivas porque su existencia condiciona la evolución y el repertorio de estrategias terapéuticas que es necesario utilizar (Haro, Mateu, Martínez-Raga, Valderrama, Castellano y Cervera, 2004). Por otra parte, existen estudios que propugnan que el tratamiento de sujetos adictos modifica las puntuaciones dimensionales de algunos TTPP en dirección a la normalidad (De Groot, 2003). Uno de los más utilizados en la práctica clínica es el MCMI de Millon en sus diversas versiones (Nadeau, Landry y Racine, 1999; Pedrero, Puerta, Lagares y Sáez, 2003; Teplin, O'Connell, Daiter y Varenbut, 2004). De entre ellas, la segunda versión (MCMI-II) es la que mejor se adapta a la teoría biosocial-evolutiva de Millon (Widiger, 1999) y permite tanto una descripción dimensional como una aproximación categorial al diagnóstico de los patrones desadaptativos de personalidad (Millon, 1999a). Sin embargo, también presenta el grave problema de su interpretación, originando, de aplicarse estrictamente las puntuaciones propuestas, el multidiagnóstico de hasta 9 trastornos de personalidad en los casos más severos (Pedrero et al., 2003). El propio Millon aporta en su teoría una graduación de intensidad en los trastornos inexistente en el DSM-IV: los trastornos

esquizotípico, límite y paranoide representan el mayor grado de severidad. Así se confirma cuando se efectúa un escalamiento multidimensional de las puntuaciones del MCMI-II (Pedrero, López-Durán y Olivar, 2006).

Besteiro, Lemos, Muñiz, García y Álvarez (2007) han abordado la tarea de encontrar la estructura dimensional subyacente en el MCMI-II. El análisis factorial es una técnica específicamente rechazada por Millon, tanto por sus deficiencias inherentes como procedimiento matemático, como por su incapacidad para dar cuenta de la compleja configuración de los denominados trastornos de la personalidad (Millon, 1999b). Sin embargo, y aún admitiendo la proposición de Millon, es preciso explorar la existencia de una estructura dimensional en su instrumento de medida que permita su comparación con otros cuestionarios y otros enfoques teóricos, de cara a buscar los elementos comunes de la personalidad patológica. El presente estudio *ex post facto* prospectivo (Montero y León, 2005) trata de encontrar la estructura de rasgos subyacente en personas con problemas por su adicción a sustancias, replicando en parte el procedimiento desarrollado por Besteiro et al. (2007).

## MÉTODO

### Participantes

Los datos estudiados proceden de una muestra de 749 sujetos (78,4% varones), de edades comprendidas entre 17 y 67 años (media de edad = 36,07; DT = 9,5). Todos los participantes solicitaron tratamiento por abuso o dependencia de sustancias en un centro público, gratuito y ambulatorio de tratamiento de las adicciones, el CAD 4 San Blas, del Instituto de Adicciones (Ayuntamiento de Madrid), durante el periodo 2005-2008. Todos ellos cumplieron los criterios DSM-IV para el diagnóstico de abuso/dependencia de al menos una sustancia y cumplieron el cuestionario entre la segunda y la cuarta semana desde la primera entrevista, una vez libres de los efectos directos (intoxicación, abstinencia) de las drogas de abuso. Los participantes firmaron el consentimiento informado para el uso anónimo de los resultados en trabajos de investigación.

### Instrumento de evaluación y procedimiento de análisis

Todos los participantes cumplieron el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*, MCMI-II; Millon, 1999a), cuestionario de 175 ítems, que se responden en una escala dicotómica verdadero/falso, tiene como referencia el sistema categorial DSM-III-R e informa sobre 8 patrones clínicos de personalidad, 3 formas graves de patología de personalidad, 6 síndromes clínicos de intensidad moderada y 3 síndromes clínicos graves. No fueron objeto de estudio las puntuaciones directas -ni su transformación en puntuaciones clínicas- de las diferentes

escalas. Fueron previamente excluidos todos los cuestionarios cuyas escalas de validez, alteración, deseabilidad y sinceridad hacían dudosa la correcta cumplimentación, así como los incompletos o incorrectamente rellenados (p.e., doble respuesta en un ítem). Utilizamos el paquete estadístico SPSS 15.0 para efectuar un análisis factorial exploratorio sobre los ítems, en primer lugar, y sobre las escalas obtenidas a partir de los factores principales, en segunda instancia.

**Tabla 1. Factores de primer orden, ítems componentes, autovalor y porcentaje de varianza explicada (se han omitido los factores con un sólo ítem).**

Nº de factor	Denominación	Ítems	Autovalor	% de varianza
1	Cambio de personalidad	27,45,54,98,99,118,128	24,23	14,17
2	Impulsividad	11,20,30,86	7,16	4,19
3	Respeto por las normas	135,149,159	4,98	2,91
4	Aislamiento social	2,31,32,139,158	4,41	2,58
5	Ausencia de problemas con el alcohol	17,52,87,119,122	3,40	1,99
6	Inseguridad	25,50,80,145,146	3,13	1,83
7	Adicción a drogas	35,70,73,105,140,175	2,75	1,61
8	Ideación paranoide	24,100,164,168	2,44	1,43
9	Agresividad	1,92,103,143	2,33	1,36
10	Grandiosidad	15,16,89,110	2,12	1,24
11	Culpa	23,110,144,154	1,92	1,12
12	Ambivalencia	66,93,95	1,84	1,08
14	Hostilidad	55,56,165	1,66	0,97
15	Egocentrismo	6,12,22,28,138,142	1,64	0,96
16	Ideación autolítica	59,79,83,115,120,136	1,62	0,95
17	Resentimiento	37,102,141	1,54	0,90
19	Antagonismo empático	41,64,148	1,49	0,87
20	Apego inseguro	7,75,94,147,162	1,48	0,86
21	Manía	151,174	1,44	0,84
22	Depresión	5,18,26,36,51,58,132	1,40	0,82
24	Docilidad	34,42,43,49,106	1,38	0,81
26	Decepción	10,155,171	1,34	0,79
28	Sadismo	44,82,101,123	1,27	0,75
29	Indefensión	133,160,173	1,25	0,73
31	Despotismo	74,91,129	1,22	0,71
32	Organización	61,126	1,20	0,70
33	Introversión	3,13,14,19,47,60,125,137,170	1,19	0,70
34	Sobrevaloración	131,166	1,19	0,69
38	Perfeccionismo	46,88	1,15	0,65
39	Promiscuidad	40,48,111	1,10	0,64
40	Aspereza	9,21,134,163	1,10	0,64
41	Sintomatología reciente	33,53,57,67,71,72,76,96,97,107,108,109,113,114,117,167	1,09	0,63
42	Psicosis	68,69,112,124,127	1,07	0,63
44	Tenacidad	4,84	1,03	0,60
45	Autodesprecio	8,63,77,150	1,02	0,60

## RESULTADOS

El estudio de la dimensionalidad del cuestionario comenzó con un análisis de componentes principales sobre los 171 ítems del MCMI-II (se excluyeron los 4 ítems de validez) para encontrar los factores de primer orden. Las pruebas de adecuación resultaron satisfactorias (KMO=0,91; Prueba de esfericidad de Bartlett  $p<0,001$ ). Se obtuvo una solución de 46 factores con autovalores mayores de 1 que explicaba el

**Tabla 2. Factores de segundo orden tras rotación ortogonal de los componentes del MCMI-II.**

Factores	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
Sintomatología reciente	<b>0,83</b>	0,09	0,06	0,13	-0,18	-0,07	-0,10
Ideación autolítica	<b>0,80</b>	0,03	0,06	0,07	-0,07	0,13	-0,02
Depresión	<b>0,79</b>	0,12	0,09	0,19	-0,10	-0,12	-0,13
Cambio de personalidad	<b>0,77</b>	0,15	0,14	0,19	-0,20	-0,15	-0,03
Autodesprecio	<b>0,70</b>	0,17	0,04	-0,20	0,01	0,16	0,10
Psicosis	<b>0,65</b>	0,07	0,16	0,06	0,12	0,21	-0,08
Ideación paranoide	<b>0,63</b>	0,17	0,12	0,11	0,16	0,22	-0,08
Resentimiento	<b>0,54</b>	0,27	0,01	-0,05	-0,05	-0,01	0,09
Aislamiento social	<b>0,48</b>	0,42	0,12	-0,16	0,03	0,17	0,04
Indefensión	<b>0,46</b>	0,13	0,37	0,10	0,11	-0,15	0,16
Manía	<b>0,44</b>	0,16	0,09	0,42	0,14	0,09	0,05
Grandiosidad	<b>0,42</b>	0,10	0,42	0,18	-0,01	0,32	-0,26
Decepción	<b>0,41</b>	0,24	0,24	0,16	0,12	-0,03	0,22
Apego inseguro	<b>0,40</b>	0,09	0,13	0,28	-0,16	0,34	0,36
Aspereza	0,11	<b>0,68</b>	0,11	0,30	0,04	0,06	-0,07
Antagonismo empático	0,27	<b>0,64</b>	-0,01	0,11	0,06	0,25	-0,04
Hostilidad	0,25	<b>0,53</b>	0,33	0,14	0,02	0,05	0,04
Inseguridad	0,42	<b>0,43</b>	0,31	0,05	-0,10	-0,04	0,11
Introversión	0,02	0,09	<b>0,66</b>	0,12	0,09	0,14	-0,02
Docilidad	0,20	-0,04	<b>0,59</b>	-0,36	0,26	-0,02	0,00
Culpa	0,45	0,08	<b>0,48</b>	0,09	-0,27	0,16	-0,13
Ambivalencia	0,25	0,29	<b>0,44</b>	0,30	-0,02	-0,04	-0,04
Promiscuidad	0,04	0,18	0,04	<b>0,67</b>	-0,05	-0,01	0,09
Sobrevaloración	-0,14	-0,03	0,00	<b>0,48</b>	0,37	0,40	-0,17
Impulsividad	0,10	0,15	0,42	<b>0,45</b>	0,09	0,31	0,10
Egocentrismo	0,31	0,36	0,19	<b>0,39</b>	-0,16	0,04	-0,01
Organización	-0,23	0,09	-0,05	-0,08	<b>0,70</b>	-0,03	-0,11
Respeto por las normas	0,00	0,17	0,30	0,00	<b>0,61</b>	-0,23	0,00
Perfeccionismo	0,25	-0,23	0,02	0,03	<b>0,59</b>	0,14	0,03
Tenacidad	-0,04	0,11	0,28	0,06	<b>0,45</b>	0,26	0,20
Sadismo	0,25	0,11	0,11	0,33	<b>-0,35</b>	0,14	0,17
Agresividad	0,05	0,16	0,20	0,08	-0,05	<b>0,66</b>	0,13
Despotismo	0,14	0,47	-0,08	0,00	0,03	<b>0,50</b>	-0,05
Ausencia de problemas con el alcohol	0,28	0,06	0,12	0,01	-0,04	-0,03	<b>-0,66</b>
Adicción a drogas	0,29	-0,01	0,13	0,39	-0,18	0,10	<b>0,51</b>
Autovalor	<i>8,93</i>	<i>2,65</i>	<i>2,12</i>	<i>1,32</i>	<i>1,23</i>	<i>1,11</i>	<i>1,06</i>

NOTA: En negrita las cargas principales sobre cada factor.

61,2 % de la varianza total del test. A continuación se efectuó una rotación oblicua (Oblimin con Kaiser) para encontrar los factores de primer orden. En la Tabla 1 se muestran aquellos compuestos por más de un ítem, haciendo constar su autovalor y la proporción de varianza explicada por cada uno de ellos. Es significativo que el primer componente, que explica una sustancial proporción de la varianza total del test, se refiere a ítems que interrogan sobre cambios experimentados "en los últimos años", "desde hace uno o dos años", "hace algunos años", etc. Lo hemos denominado "cambio de personalidad" en la medida en que refleja una transformación experimentada sobre el autoconocimiento previo.

A continuación se llevó a cabo un análisis factorial sobre estos factores obtenidos, de modo que nos permitiera encontrar una estructura de orden superior que simplificara los datos. En esta ocasión, y para maximizar las diferencias, se realizó una rotación ortogonal (Varimax con Kaiser) que obtuvo una solución de 7 factores con autovalores mayores de 1.0 que explicaba el 52,65% de la varianza total. Los factores de segundo orden aparecidos pueden describirse del siguiente modo: (1) el primer factor (autovalor [Av]=8,93; varianza total explicada [VTE]=25,51) agrupa a más del 40% de los ítems del cuestionario completo (en concreto, 74) que se refieren a todo el espectro sintomatológico del Eje I, desde los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo hasta los de índole psicótica; además, buena parte de sus ítems limitan la aparición de estos síntomas a "los últimos años" o "las últimas semanas"; no estarían, pues, refiriéndose a rasgos de personalidad, sino a sintomatología de nueva aparición o recientemente experimentada por el sujeto; (2) el segundo factor (Av=2,65; VTE=7,58) agrupa componentes que pueden ser equiparados a la dimensión general, propuesta por Widiger et al. (2005) de Oposicionismo o Antagonismo; (3) el tercer factor (Av=2,12; VTE=6,05) agrupa componentes que pudieran ser incluidos tanto en la dimensión general de Introversión como en la de Neuroticismo; (4) el cuarto factor (Av=1,32; VTE=3,78) parece hacer referencia a conductas impulsivas, guiadas por el reforzamiento inmediato y centrado en el sí mismo, lo que representaría el extremo impulsivo de un continuo compulsión-impulsividad; (5) el quinto factor (Av=1,23; VTE=3,50) sería el otro extremo de este continuo, el compulsivo, o el equivalente al que Widiger et al. (2005) denominan Restricción; (6) el sexto factor (Av=1,11; VTE=3,16) representa una dimensión de agresividad y desprecio por los demás; podría incluirse dentro del factor 2, en la medida en que representa una modalidad más activa de hostilidad o antagonismo; de hecho, el segundo componente (despotismo) de este suprafactor carga 0,47 en ese segundo factor, más incluso que otros componentes asignados al mismo (la inseguridad, que podría formar parte del primer factor si observamos su carga); sin embargo, la agresividad apenas carga en ese mismo factor 2 y determina la composición de este sexto componente; (7) el último factor (Av=1,06; VTE=3,03) agrupa los ítems de problemas con el alcohol y con las drogas; es significativo que el problema con las drogas diferentes del alcohol (drogas ilegales, en la redacción del MCMI-II) carga considerablemente en el factor de impulsividad, algo que no sucede con el consumo de alcohol.

## DISCUSIÓN

Como hemos mencionado en la introducción, este trabajo pretende ser una réplica del realizado por Besteiro et al. (2007), quienes a partir de una muestra de 236 sujetos diagnosticados de al menos un trastorno de la personalidad, investigaron la composición dimensional del MCMI-II. En el presente estudio, lo que tenían en común los 749 sujetos participantes era cumplir criterios para ser diagnosticados de abuso o dependencia de al menos una sustancia y haber solicitado tratamiento por ello. La diferencia en las muestras podría influir en el peso de unos u otros componentes del instrumento de medida, pero difícilmente en su estructura general. Sin embargo, los resultados obtenidos difieren sensiblemente de los encontrados en el trabajo precedente.

En primer lugar, el muestreo inicial de componentes del cuestionario varía de los 25 factores de primer orden obtenidos por el equipo de Besteiro (2007) a los 46 encontrados en el presente estudio. Es posible que una muestra más amplia disgregue agrupaciones que podrían producirse en muestras menores, de modo que muchos pequeños factores no alcancen un autovalor significativo. Por ello, conviene centrarse en el análisis de orden superior encontrado.

Tampoco, sin embargo, existe concordancia en este análisis de segundo orden. Hay pocas coincidencias entre las agrupaciones encontradas en uno y otro trabajo. Y la explicación que se deriva de las agrupaciones difiere también considerablemente. Posiblemente, parte de las discrepancias se expliquen por el hecho de que en el trabajo de Besteiro et al. (2007) sólo se han utilizado 57 de los 171 ítems del test (a partir del criterio de eliminar aquellos con cargas menores de 0,35), mientras que en el presente trabajo se han utilizado 154 (de haber utilizado el mismo criterio, sólo hubiera sido necesario eliminar 19 ítems más). Quizá por ello los superfactores encontrados parecen responder a una lógica más rigurosa que los hallados en el estudio precedente. Por ejemplo, el tercer factor encontrado por estos autores agrupa a ítems que exploran "prevención ante solicitud de ayuda" (ítem 38), "actitud manipuladora" (ítem 91), "sentimientos de superioridad" (ítem 2), "ser objeto de castigos injustos" (ítem 116), "respeto a normas" (ítem 6) y "sensación de ser espiado" (ítem 100); es difícil otorgar un sentido lógico a este conjunto de indicadores de rasgo. Por más que algunos ítems sugieran una actitud suspicaz, sólo el 38 es un ítem nuclear (carga con 3 puntos) de la escala de trastorno de personalidad paranoide en el MCMI-II; los ítems 15 y 91, por ejemplo, lo son de la escala de Narcisismo, al igual que el ítem 6 (incorrectamente denominado "respeto a las normas" en el trabajo del equipo de Besteiro, cuando en realidad la pregunta formulada es "Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico").

Volviendo a los resultados del presente estudio, es muy sugerente el primer superfactor encontrado, y que aglutina la mayor parte de las manifestaciones psicopatológicas que se corresponden con síndromes del Eje I: depresión, autodesprecio e ideación autolítica, psicosis, manía e ideación paranoide, aislamiento social y resentimiento, etc.

Pero es aún más sugerente que estos ítems se congregan alrededor de un factor de primer orden al que hemos denominado Cambio de Personalidad, en la medida en que refleja síntomas que resultan novedosos al entrevistado, quien sitúa su comienzo en un tiempo inferior a los dos años precedentes; y también en torno a otro factor de primer orden al que hemos denominado Sintomatología Reciente, puesto que los pacientes ubican su aparición en un tiempo aún más próximo: las últimas semanas o los últimos meses. Es difícil acordar con Besteiro et al. (2007) que estos ítems agrupados hagan referencia a una dimensión o rasgo de Neuroticismo, y es más adecuado pensar en sintomatología autolimitada en el tiempo, causada por una variedad de posibles circunstancias: factores ambientales fuertemente estresantes, deterioro de funciones ejecutivas provocado por la administración reiterada de la droga u otros. El MCMI-II también tiene la pretensión de medir síndromes del Eje I, y ello a partir de la propia teoría de Millon (Millon y Davis, 1998), según la cual, estos trastornos reflejarían fallos en la estructura de la personalidad para hacer frente a estresores (físicos, químicos o psicosociales) del entorno en el que se desarrolla el sujeto. Pero el estudio de los resultados del presente trabajo, y el hecho de que esté efectuado con personas adictas a sustancias, sugiere, como explicación alternativa, un cambio, brusco o gradual, del comportamiento o del patrón emocional del sujeto, semejante al que representa el actualmente denominado trastorno orgánico de la personalidad: los sujetos entrevistados no sitúan el núcleo central del cambio en una disposición estable a comportarse de un cierto modo, sino en algo que irrumpe en la personalidad previa del paciente, modificándola, y no es, por tanto, una desviación estadística de la normalidad sino una transformación cualitativa (Sánchez y Quemada, 2000). Sugiere también lo que Goldberg (2001) denomina cambio de personalidad por lesión dorsolateral de la corteza frontal, y que en el caso de los adictos a sustancias podría estar relacionado con alteraciones vasculares secundarias a los efectos continuados de las drogas (Verdejo, Pérez-García, Sánchez-Barrera, M., Rodríguez-Fernández y Gómez-Río, 2007). Recordemos que ese factor al que hemos denominado Cambio de Personalidad explicaba 3,13 veces más varianza que el segundo factor, próximo al ratio de 4 que algunos autores estiman suficiente para considerar a un cuestionario como unidimensional (Hattie, 1984, 1985; Gorsuch, 1983).

El resto de factores podría coincidir con los que Widiger et al. (2005) han encontrado como comunes en la mayor parte de teorías de la personalidad y en los instrumentos para su medida. Los superfactores 2 y 6, íntimamente relacionados por la carga común del factor Agresividad, representarían esa dimensión de Antagonismo/Oposicionismo, y los factores 4 y 5 los polos de una dimensión Impulsividad-Compulsividad. Más complejo es interpretar el factor 3 que parece englobar ítems tanto de Introversión como de Neuroticismo (ambivalencia, culpa). Los trastornos por abuso de alcohol y de drogas cargarían en el 7º factor, siendo, sin embargo, los que menos peso ofrecen en el cuestionario y moderadamente vinculados al primer factor, el de la sintomatología reciente.

Esta disparidad de resultados, no tanto en la estructura general como en las diferentes agrupaciones de los ítems que la componen, es advertida por el propio Millon, cuando desestima el análisis factorial como un método adecuado para establecer la compleja estructura de la personalidad: los métodos factoriales de la construcción taxonómica pueden descansar sobre un modelo no acorde con las combinaciones y covariaciones que caracterizan la estructura intrínseca de la psicopatología (Millon, 1999b; p. 449). Este autor hace constar que pequeñas variaciones en la composición de la muestra pueden proporcionar resultados dispares y que los rasgos no son lineales, sino que, en muchas ocasiones, se distribuyen de forma curvilínea en su relación con las manifestaciones psicopatológicas. Así lo ejemplifica con los rasgos narcisistas: puntuaciones elevadas pueden derivar en autopercepciones grandiosas y en actitudes paranoides, mientras que puntuaciones bajas reflejan falta de autoestima, siendo, entonces, las posiciones intermedias las que reflejarían un adecuado equilibrio. Estos matices no pueden ser abarcados por un método como el análisis factorial que tiende a establecer relaciones ortogonales entre dimensiones lineales.

El MCMI-II, además, es un instrumento encaminado a evaluar la personalidad y sus trastornos a partir de la teoría de Millon. Sólo un artificio ideado por el propio autor, la transformación en puntuaciones de tasa base de las puntuaciones directas, le aproxima de algún modo a la concepción atórica y fenomenológica de las categorías diagnósticas. Este fallido intento provoca, como efecto principal, que el MCMI mida algo distinto a lo que miden otros cuestionarios o entrevistas, fuertemente establecidos en el modelo categorial (p.e., Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, 2006; Marañón, Grijalvo y Echeburúa, 2007). La conclusión que a menudo se obtiene es que instrumentos como el MCMI-II son malos estimadores de los trastornos de personalidad, tal y como son formulados por las categorías diagnósticas. Cabe argumentar que el MCMI-II se sustenta en una sólida teoría (Davis, 1999) mientras que las categorías diagnósticas carecen de validez de constructo (Besteiro et al., 2004), o es, en todo caso, menor que la encontrada en el MCMI-II (Dyer, 1994; Rogers, Salekin y Sewell, 1999). Lamentablemente, parece que la nueva versión, el MCMI-III, tiende a renunciar a los principios teóricos del propio autor para favorecer la aproximación al diagnóstico categorial (Widiger, 1999) sin que el autor haya conseguido incrementar la capacidad discriminativa de la prueba (Boyle y Le Dean, 2000).

En todo caso, los datos del presente estudio avalan una cierta proximidad de las dimensiones encontradas en el MCMI-II con las encontradas en una amplia variedad de modelos estudiados (Widiger et al., 2005). Posiblemente, como sugiere Millon (1999b), estas dimensiones sirvan para *de*-construir los trastornos, pero no sean suficientes para *re*-construirlos. Sin embargo, permiten el estudio comparado de otras estructuras psicopatológicas propuestas por modelos construidos desde la óptica factorial (Saulsman y Page, 2005) o desde perspectivas biopsicológicas (Bayon, Hill, Svrakic, Przybeck y Cloninger, 1996; Pedrero, 2006). No

obstante, los datos del presente estudio también apuntan a la importancia que los pacientes atribuyen a esos cambios recientes y al malestar o psicopatología que a ellos asocian, y que pueden alterar los resultados sobre los rasgos de personalidad subyacente. La investigación futura debe considerar la posibilidad de que, en adictos a sustancias, estos cambios se produzcan como efectos directos o colaterales más o menos duraderos del abuso de sustancias sobre las funciones ejecutivas cerebrales (Selby y Azrin, 1998) o bien a la experimentación de estrés psicológico agudo y sus correlatos fisiológicos (Pedrero, Puerta, Segura y Martínez Osorio, 2004; Scott, Heitzeg, Koeppel, Stohler y Zubieta, 2006).

## REFERENCIAS

- Bagby, R. M., Marshall, M. B. y Georgiades, S. (2005). Dimensional personality traits and the prediction of DSM-IV personality disorder symptom counts in a nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders, 19*, 53-67.
- Ball, S. A. (2001). Reconceptualizing personality disorder categories using personality trait dimensions: introduction to special section. *Journal of Personality, 69*, 147-153.
- Bayon, C., Hill, K., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R. y Cloninger, C. R. (1996). Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. *Journal of Psychiatric Research, 30*, 341-352.
- Besteiro, J. L., Lemos, S., Muñoz, J., García-Cueto, E., Inda, M., Paino, M. et al. (2004). Validez de constructo de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*, 255-269.
- Besteiro, J. L., Lemos, S., Muñoz, J., García, E. y Álvarez, M. (2007). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 295-306.
- Blackburn, R. (2000). Classification and assessment of personality disorders in mentally disordered offenders: a psychological perspective. *Criminal Behaviour & Mental Health, 10* (Supl. 1), S8-S33.
- Boyle, G. J. y Le Dean, L. (2000). Discriminant validity of the Illness Behavior Questionnaire and Millon Clinical Multiaxial Inventory-III in a heterogeneous sample of psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 779-791.
- Brieger, P., Sommer, S., Blöink, F. y Marneros, A. A. (2000). The relationship between five-factor personality measurements and ICD-10 personality disorder dimensions: results from a sample of 229 subjects. *Journal of Personality Disorders, 14*, 282-290.
- Brown, T. A. (2005). Dimensional Versus Categorical Classification of Mental Disorders in the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Beyond: Comment on the Special Section. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 551-556.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology, 58*, 227-257.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, 50*, 975-990.
- Costa P. T. y McCrae R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R)*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Davis, R. D. (1999). Millon: Essentials of his science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment, 72*, 330-352.
- De Groot, M. H. (2003). Stability and change in dimensional ratings of personality disorders in drug abuse patients during treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 24*, 115-120.
- Depue, R. A. y Lenzenweger, M. (2001). A neurobehavioral dimensional model. En Livesley (Ed.), *Handbook of Personality Disorders* (pp.137-176). Nueva York: Guilford Press.
- Dyer, F. J. (1994). Factorial trait variance and response bias in MCMI-II Personality Disorder Scale scores. *Journal of Personality Disorders, 8*, 121-130.
- Eysenck, H.J. (1991). Dimensions of personality: 16: 5 or 3? Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences, 12*, 773-90.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11*, 1-12.
- Goldberg, E. (2001). *The executive brain*. Oxford: Oxford University Press [Edición española *El cerebro ejecutivo*, 2ª Ed. (2004). Madrid: Drakontos].
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gruza, R. A. y Goldberg, L. R. (2007). The comparative validity of 11 modern personality inventories: predictions of behavioral acts, informant reports, and clinical indicators. *Journal of Personality Assessment, 89*, 167-187.
- Haro, G., Mateu, C., Martínez-Raga, J., Valderrama, J. C., Castellano, M. y Cervera, G. (2004). The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *European Psychiatry, 19*, 187-192.
- Haslam, N. (2003). Categorical versus dimensional models of mental disorder: the taxometric evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37*, 696-704.
- Hattie, J. (1984). Methodology review: Assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychological Measurement, 20*, 1-14.
- Hattie, J. (1985). An empirical study of the various indices for determining unidimensionality. *Multivariate Behavioral Research, 19*, 49-78.
- Iglesias, C., Gimeno, A., Díaz, I. e Inda, M. (2000). Evaluación dimensional de trastornos de personalidad definidos categorialmente, cinco factores vs. clasificación DSM-IV. Estudio piloto. *Actas Españolas de Psiquiatría, 28*, 71-76.
- Keshavan, M. S., Duggal, H. S., Veeragandham, G., McLaughlin, N. M., Montrose, D. M., Haas, G. L. et al. (2005). Personality dimensions in first-episode psychoses. *American Journal of Psychiatry, 162*, 102-109.
- Krueger, R. F., Watson, D. y Barlow, D. H. (2005). Introduction to the special section: toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 491-493.
- Livesley, W. J. (1986) Trait and behavioural prototypes of personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 143*, 728-732

- Livesley, W. J. (2005). Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 19*, 131-155.
- Lynam, D. R. y Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 401-412.
- Marañón, I., Grijalvo, J. y Echeburúa, E. (2007). Do the IPDE and the MCMI-II assess the same personality disorders in patients with eating disorders? *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 587-594.
- Marcus, D.K., Lilienfeld, S.O., Edens, J. F. y Poythress, N. G. (2006). Is antisocial personality disorder continuous or categorical? A taxometric analysis. *Psychological Medicine, 36*, 1571-1581.
- Miller, J. D., Lynam, D. R., Widiger, T. A. y Leukefeld, C. (2005). Personality Disorders as Extreme Variants of Common Personality Dimensions: Can the Five Factor Model Adequately Represent Psychopathy? *Journal of Personality, 69*, 253-276.
- Millon, T. (1999a). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual*. Adaptación española de A. Ávila-Espada (Dir.), F. Jiménez Gómez (Coord.) y cols. Madrid: TEA.
- Millon, T. (1999b). Reflections on Psychosynergy: A model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment, 72*, 437-456.
- Millon T. y Davis D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramat, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. 2ª Edición. Barcelona: Masson.
- Montero, I. y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 115-127.
- Moran, P., Coffey, C., Mann, A., Carlin, J. y Patton, G. (2006). Dimensional characteristics of DSM-IV personality disorders in a large epidemiological sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*, 233-236.
- Nadeau, L., Landry, M. y Racine, S. (1999). Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 592-596.
- Nakao, K., Takaishi, J., Tatsuta, K., Katayama, H., Iwase, M., Yorifuji, K. et al. (1999). A profile analysis of personality disorders: beyond multiple diagnoses. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 53*, 373-380.
- Nestadt, G., Hsu, F. C., Samuels, J., Bienvenu, O. J., Reti, I., Costa, P. T. Jr. et al. (2006). Latent structure of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 54-62.
- O'Connor, B. P. (2005). A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 323-345.
- Oldham, J. M. (2007). Trastornos de la personalidad: Historia reciente y direcciones futuras. En J. M. Oldham (ed.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 3-16). Barcelona: Masson.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E. (2000). Charting the future of Axis II. *Journal of Personality Disorders, 14*, 17-29.
- Paris, J. (2005). Neurobiological dimensional models of personality: a review of the models of Cloninger, Depue, and Siever. *Journal of Personality Disorders, 19*, 156-170.
- Pedrero, E. J. (2006). Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad. Aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II. *Adicciones, 18*, 135-148.
- Pedrero, E. J., López-Durán, A. y Olivar, Á. (2006). El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias. *Trastornos Adictivos, 8*, 22-41.
- Pedrero, E. J., Pérez, M., de Ena, S. y Garrido, C. (2005). Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos, 7*, 166-186.
- Pedrero, E. J., Puerta, C., Lagares, A. y Sáez, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos, 5*, 241-55.
- Pedrero, E. J., Puerta, C., Segura, I. y Martínez-Osorio, S. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos, 6*, 174-189.
- Puerta, C. (2007). Trastornos de personalidad asociados a adicciones y diferencias de género. III Simposium Nacional de Adicción en la Mujer. Libro de Ponencias. Madrid: Spiral. Disponible en URL [consultado 24/03/2007]: <http://www.institutospiral.com/IIISYMPOSIUM/resumenes/CPuerta.pdf>.
- Pukrop, R. (2002). Dimensional personality profiles of borderline personality disorder in comparison with other personality disorders and healthy controls. *Journal of Personality Disorders, 16*, 135-147.
- Rogers, R., Salekin, R. T. y Sewell, K. W. (1999). Validation of the Millon Clinical Multiaxial Inventory for Axis II Disorders: Does It Meet the Daubert Standard? *Law and Human Behavior, 23*, 425-443.
- Sánchez, P. y Quemada, J. I. (2000). Trastorno orgánico de la personalidad. Aspectos conceptuales y diagnósticos. *Revista de Neurología, 30*, 772-778.
- Saulsman, L. M. y Page, A. C. (2005). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 25*, 383-394.
- Scott, D. J., Heitzeg, M. M., Koeppel, R. A., Stohler, C. S. y Zubieta, J. K. (2006). Variations in the human pain stress experience mediated by ventral and dorsal basal ganglia dopamine activity. *Journal of Neuroscience, 26*, 10789-10795.
- Selby, M. J., & Azrin, R. L. (1998). Neuropsychological functioning in drug abusers. *Drug and Alcohol Dependence, 50*, 39-45.
- Siever, L. J. y Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1647-1658.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Bender, D. S., Dyck, I. R., Scout, R. L., Morey, L. C. et al. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1919-1925.
- Sprock, J. (2003). Dimensional versus categorical classification of prototypic and nonprototypic cases of personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 991-1014.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R. y Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 189-195.
- Teplin, D., O'Connell, T., Daiter, J. y Varenbut, M. (2004). A Psychometric study of the prevalence of DSM-IV personality disorders among office-based methadone maintenance patients. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 30*, 515-524.

- Trull, T. J. (2005). Dimensional models of personality disorder: coverage and cutoffs. *Journal of Personality Disorders, 19*, 262-82.
- Trull, T. J. y McCrae, R. R. (2002). A Five-Factor perspectiva on personality disorder research. En P. T. Costa Jr. y T. A. Widiger (eds.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of personality* (2<sup>nd</sup> edition; pp. 45-58). Washington: American Psychological Association.
- Trull, T. J., Tragesser, S. L., Solhan, M., Schwartz-Mette, R. (2007). Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Current Opinion in Psychiatry, 20*, 52-56.
- Ullrich, S., Borkenau, P. y Marneros, A. (2001). Personality disorders in offenders: categorical versus dimensional approaches. *Journal of Personality Disorders, 15*, 442-449.
- Ullrich, S. y Marneros, A. (2004). Dimensions of personality disorders in offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health, 14*, 202-213.
- Verdejo, A., Pérez-García, M., Sánchez-Barrera, M., Rodríguez-Fernández, A. y Gómez-Río, M. Neuroimagen y drogodependencias: correlatos neuroanatómicos del consumo de cocaína, opiáceos, cannabis y éxtasis. *Revista de Neurología, 44*, 432-439.
- Verheul, R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal of Personality Disorders, 19*, 283-302.
- Widiger, T. A. (1999). Millon's Dimensional Polarities. *Journal of Personality Assessment, 72*, 365-389.
- Widiger, T. A. (2005). A dimensional model of personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry, 18*, 41-43.
- Widiger, T. A. y Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*, 110-130.
- Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, W. J. y Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders, 19*, 315-338.

