

ORIGINAL

El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II.

E.J. PEDRERO PÉREZ

Centro de Atención a Drogodependencias CAD-4-San Blas. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Madrid.

RESUMEN: *Objetivo.* Diversos modelos se han propuesto como alternativas dimensionales a la actual formulación categorial de los trastornos de la personalidad en los sistemas clasificatorios. Uno de los que más investigación ha generado es el modelo de cinco factores. El objetivo del presente estudio es conocer la estructura de rasgos que subyace a los trastornos de la personalidad.

Material y métodos. Se obtiene una muestra de 432 adictos que inician tratamiento por abuso o dependencia de heroína (28,2%), cocaína (37,5%), alcohol (28,7%) o cannabis (5,6%) en un centro específico de carácter público y ambulatorio. Se utilizaron el *Big Five Questionnaire* (BFQ) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II). Se efectúa un análisis correlacional en un estudio transversal.

Resultados. Los adictos presentan puntuaciones significativamente más bajas, comparados con la población normativa, en estabilidad emocional (inversa del neuroticismo), tesón y apertura mental, aunque aparecen diferencias cuando se considera la droga principal. Los resultados sugieren una estructura de rasgos de los trastornos de la persona-

lidad similar a la encontrada en otros trabajos, pero no los replican en su totalidad.

Conclusiones. El optimismo generado por la investigación sobre la capacidad del modelo de cinco factores para dar cuenta de la estructura de rasgos de los trastornos de la personalidad debe ser matizado por la existencia de diferencias notables también encontradas en los diferentes trabajos.

PALABRAS CLAVE: trastornos de la personalidad, modelo de cinco factores, adicción, BFQ, MCMI-II.

The model of five factors and dimensional structure of personality disorders: study of a sample of substance addicts with BFQ and MCMI-II

ABSTRACT: *Objective.* Several models have been proposed as dimensional alternatives to the current categorial formulation of personality disorders in classificatory systems. One of them, with a widespread investigation generated, is the five-factor model. Current study tries to find out the trait structure underlying personality disorders.

Material and methods. Four hundred and thirty two individuals with substance-related disorders who start treatment by abuse or dependence of heroine (28.2%), cocaine (37.5%), alcohol (28.7%) or cannabis (5.6%) in an outpatient public specific resource were studied. Big Five Questionnaire (BFQ) and MCMI-II were used in a transversal correlational study.

Results. The addict sample, compared with normative population, achieved smaller scores in emo-

Correspondencia:

E.J. PEDRERO PÉREZ
Centro de Atención a Drogodependencias CAD-4-San Blas.
Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.
C/ Alcalá, 527.
28027 Madrid. España.
Correo electrónico: ejpedrero@yahoo.es

Recibido: 2-10-2006

Aceptado para su publicación: 14-02-2007

tional stability (inverse of neuroticism), conscientiousness and mental openness, although differences appeared when main drug was considered. The results suggest a trait structure of personality disorders similar to that found in some other studies, but they do not reply them completely.

Conclusions. Optimism generated by the capability of five factor model to take account of the trait structure of personality disorders must be limited because of the existence of remarkable differences also found in different investigations.

KEYWORDS: personality disorders, five factor model, addiction, BFQ, MCMI-II.

Introducción

Los trastornos de la personalidad configuran una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes entre las personas que solicitan tratamiento para superar su adicción a sustancias: diversos estudios con diferentes metodologías estiman una prevalencia entre el 34,8 y el 73% (mediana 56,5%) entre los adictos, frente al 10-14,8% (mediana 13,5%) en población general¹. Su diagnóstico es de enorme importancia a la hora de diseñar los tratamientos encaminados a modificar las conductas adictivas, puesto que cuando ambas condiciones concurren suele tratarse de personas que han tenido un contacto más temprano con las drogas, presentan una clínica más compleja y grave (más consumo, intentos de autolisis, accidentes y problemas legales), peor relación terapéutica (pobre cumplimiento, más abandonos), etcétera². El conocimiento de las características disfuncionales de personalidad permite diseñar el *tempo*, la intensidad y el ritmo de la intervención, así como mejorar la alianza terapéutica, la intervención interdisciplinar, formular objetivos realistas y evitar la frustración del profesional³. Cuando se tienen en cuenta las variables de personalidad y se interviene sobre ellas mejoran los resultados del tratamiento de la conducta adictiva⁴.

Se ha criticado la actual configuración del Eje II, en la medida en que su formulación categorial y atórica no define categorías discretas sino solapadas (favoreciendo la comorbilidad espuria), se construye a partir de criterios diagnósticos redundantes, no es capaz de explicar las variantes de cada categoría, no concuerda con la evidencia empírica, aplica un modelo médico-biológico reduccionista e inadecuado y carece de fiabilidad y validez⁵⁻⁷. En la actualidad se trabaja sobre la hipótesis de un Eje II dimensional en el DSM-V desde la consideración de que “los trastornos de personali-

dad no son cualitativamente distintos del funcionamiento de la personalidad normal, son simplemente variantes desadaptativas extremas de los rasgos comunes de la personalidad”⁸.

Uno de los modelos que más investigación ha aportado a este posible Eje II dimensional es el de los cinco factores⁹. Este enfoque se caracteriza por una particular concepción de la ciencia (empirismo), una particular metodología (análisis factorial), un particular modelo estructural (rasgos dimensionales) y una particular tradición investigadora (hipótesis léxica), y propugna que cualquier tipo de personalidad puede ser conceptualizada a partir de cinco amplias dimensiones ortogonales: neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, afiliación y responsabilidad. Existe un gran apoyo empírico a las formulaciones del modelo en muy diferentes culturas¹⁰⁻¹², aunque también ha recibido severas críticas¹³⁻¹⁶, que aluden al artificio que supone encontrar rasgos de personalidad mediante el análisis factorial; su empirismo, que renuncia a explicar el porqué de lo que aparece y la naturaleza de los rasgos; su transversalidad, que impide una explicación de los antecedentes evolutivos; la insuficiencia de factores para explicar la estructura de la personalidad y el déficit científico que provoca la excesiva dependencia de los términos del lenguaje cotidiano, entre otros.

El instrumento más utilizado es el *Revised NEO Personality Inventory*^{17,18} (NEO-PI-R), aunque contamos con otro cuestionario, el *Big Five Questionnaire*¹⁹ (BFQ), elaborado desde un entorno cultural más próximo (europeo) y formulado como una alternativa más parsimoniosa que el anterior. A pesar de las diferencias en cuanto a la nomenclatura de los factores, las dimensiones planteadas por este cuestionario son conceptualmente similares a las dimensiones propuestas por el NEO-PI-R²⁰. Al no estar difundido en el mundo anglosajón, su utilización no ha sido muy frecuente, si bien contamos con trabajos que lo han utilizado en población general²¹, en población adicta²²⁻²⁶ y en pacientes de salud mental^{27,28}.

El *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (MCMI-II) es un cuestionario ampliamente utilizado para la evaluación de los trastornos del Eje II. Su sistema clasificatorio de referencia es el DSM-III-R, y disponemos de una versión validada en población española²⁹, aunque ya está disponible la versión MCMI-III que lo hace a partir del DSM-IV, publicado en 1994 y aún no validada en español, y que, por otra parte, ha sido criticada en la medida en que la reescritura de la mayor parte de sus ítems se ha orientado más al ajuste a las categorías diagnósticas que a la teoría del propio Millon; es por ello por lo que el MCMI-II sigue conside-

rándose el instrumento más adecuado para la evaluación del modelo teórico en el que se sustenta y el más extensamente aplicado³⁰. El MCMI ha sido también ampliamente utilizado en el estudio de pacientes tratados por conductas adictivas, tanto en su primera versión³¹ como en la segunda³² e incluso la tercera³³.

El objetivo del presente estudio es explorar las características de personalidad y la relación entre las cinco dimensiones básicas de la personalidad, medidas con el BFQ, y los trastornos de personalidad medidos con el MCMI-II, en una muestra de pacientes que inician tratamiento por abuso o dependencia de sustancias.

Material y métodos

Participantes

Se obtiene una muestra de 432 sujetos que solicitan tratamiento por consumo problemático de sustancias en un centro público ambulatorio del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (CAD-4 San Blas), 315 varones y 117 mujeres, que cumplen criterios de abuso o dependencia de heroína ($n = 122$), cocaína ($n = 162$), alcohol ($n = 124$) o cannabis ($n = 24$). La media de edad es de $34,6 \pm 8,7$ años (35,5; 30,6; 41,0 y 23,6 respectivamente según la droga consumida), en un rango entre 18 y 63.

Instrumentos

El Cuestionario de los Cinco Factores (BFQ, versión española de Bermúdez¹⁹) es un autoinforme basado en el modelo de cinco factores, validado para población española, que ofrece la posibilidad de presentar los resultados en puntuaciones T, según una distribución normal con media 50 y desviación típica (DT) 10, considerándose muy bajos los valores entre 25-34, bajos los comprendidos entre 35-44, promedio entre 45-54, altos entre 55-64 y muy altos entre 65-75. Se compone de 132 ítems que se responden en una escala de Likert de cinco opciones, e informa de cinco dimensiones, cada una de ellas con dos subdimensiones: energía (dinamismo y dominancia), afabilidad (cooperatividad y cordialidad), tesón (escrupulosidad y perseverancia), estabilidad emocional (control de las emociones y de los impulsos) y apertura mental (apertura a la cultura y a la experiencia); además de una escala de distorsión (fig. 1). La versión española de la fiabilidad (coeficiente α de Cronbach) de las dimensiones principales del BFQ, en su versión española, oscila entre 0,73 y 0,87, mientras que en las subescalas se encuentra entre 0,60 y 0,79. Ha

mostrado validez convergente y discriminante adecuadas con un buen número de pruebas y ha sido ensayado con éxito en diversos estudios transculturales.

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II, versión española de Ávila Espada²⁹) es un cuestionario de 175 ítems, que se responden en una escala dicotómica verdadero/falso, 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. Las puntuaciones directas, por una parte, permiten la descripción dimensional de los diversos patrones desadaptativos y, por otra, se convierten en puntuaciones de tasa base (TB) atendiendo a la distribución de la prevalencia de cada trastorno en los subgrupos de población; la lógica de esta transformación se sitúa en el hecho de que, a diferencia de los rasgos, que se distribuyen normalmente y con frecuencias comparables, los trastornos de personalidad no presentan una distribución semejante ni su prevalencia es igual entre las poblaciones de pacientes, lo que obliga a transformar las puntuaciones atendiendo al modelo de prevalencia subyacente a cada trastorno. Una vez considerado éste, mediante estudios poblacionales preliminares, el autor elabora unas tablas para cada subgrupo de población, estimando un punto de corte en el valor 75, siendo los valores iguales o superiores sugestivos de algún problema clínico, y otro en el valor 85 que indicaría una severidad importante del trastorno. El cuestionario cuenta con medidas de validez, alteración, deseabilidad y sinceridad. Ofrece, como datos de fiabilidad, una consistencia interna entre 0,66 y 0,89, fiabilidad test-retest para las puntuaciones dimensionales entre 0,85 y 0,93, y para el diagnóstico categorial $\kappa < 0,45$. La validez concurrente con el SCL-90-R y el MMPI supera en la mayor parte de los casos una correlación de 0,50, menor cuando se utilizan las puntuaciones categoriales. Presenta muy baja validez concurrente con la entrevista SCID-II. La sensibilidad entre 0,50 y 0,79, una especificidad entre 0,91 y 0,99, un poder predictivo positivo entre 0,58 y 0,80, un poder predictivo negativo entre 0,93 y 0,98 y un poder diagnóstico total entre 0,88 y 0,97²⁹.

El Proceso de Acogida y Valoración es una entrevista semiestructurada estándar para todos los centros del Instituto de Adicciones, en la que se recogen variables sociodemográficas, variables relativas al consumo y un historial clínico completo. Tras su administración, se puede determinar un diagnóstico DSM-IV de abuso o dependencia de sustancias. De esta entrevista se extraen variables como edad, sexo, nivel de estudios alcanzado y droga principal.

Procedimiento

Los participantes cumplimentan, dentro de la batería general de pruebas de evaluación psicológica y psicopatológica, los cuestionarios BFQ y MCMI-II, una vez se tiene certeza de que se encuentran libres de los efectos de las sustancias (intoxicación, abstinencia, etc.). En el presente trabajo se incluye únicamente a los sujetos que recibieron un diagnóstico de abuso/dependencia de la sustancia por la que solicitaban tratamiento, excluyendo a todos aquéllos que lo presentaban a una sustancia distinta o que no alcanzaban criterios para establecer un diagnóstico cierto. Los participantes firman el consentimiento informado para la utilización anónima de los resultados. Una vez efectuada la corrección se desechan los cuestionarios incompletos o mal cumplimentados. A

partir de los cuestionarios aceptados se plantea el desarrollo de un estudio de tipo descriptivo transversal.

Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows. Se utilizan en todo momento las puntuaciones tipificadas del BFQ (media 50, DT 10) a partir de las tablas para varones y mujeres que se ofrecen en el manual de la versión española¹⁹. Se realizaron pruebas t para comparación de medias cuando ésta se hacía en relación a la población normativa (baremos disponibles en manual de la versión española¹⁹), correlaciones paramétricas cuando nos consta la normalidad de las puntuaciones y se utilizan muestras grandes, y no paramétricas cuando se utilizan las puntuaciones TB del MCMI-II



Figura 1. Estructura de dimensiones y subdimensiones del *Big Five Questionnaire*.

que, por definición, no se distribuyen normalmente; y análisis de regresión lineal por pasos sucesivos.

Resultados

La muestra de adictos presenta diferencias significativas con la población normativa en varias dimensiones del BFQ. Los adictos obtienen puntuaciones superiores en energía ($m = 51,0$; $t = 2,1$; $g.l. = 431$; $p < 0,05$) e inferiores en tesón ($m = 46,4$; $t = -7,2$; $g.l. = 431$; $p < 0,001$), estabilidad emocional ($m = 43,9$; $t = -13,2$; $g.l. = 431$; $p < 0,001$) y apertura mental ($m = 47,1$; $t = -6,0$; $g.l. = 431$; $p < 0,001$). Cuando hacemos el mismo análisis según la droga principal, los consumidores de heroína no difieren de la población normativa en energía ($m = 49,4$; $t = -0,7$; $g.l. = 121$; $p = 0,48$) y sí presentan, en cambio, una menor afabilidad ($m = 48,2$; $t = -2,1$; $g.l. = 121$; $p < 0,05$); los consumidores de alcohol tampoco difieren en energía ($m = 50,1$; $t = 0,1$; $g.l. = 123$; $p = 0,91$). Los consumidores de cannabis no se diferencian de la población normativa ni en energía ($m = 51,1$; $t = 0,7$; $g.l. = 23$; $p = 0,49$), ni en afabilidad ($m = 53,2$; $t = 1,8$; $g.l. = 23$; $p = 0,90$), ni en estabilidad emocional ($m = 50,1$; $t = 0,4$; $g.l. = 23$; $p = 0,97$), ni en apertura mental ($m = 48,2$; $t = -1,0$; $g.l. = 23$; $p = 0,33$), únicamente muestran diferencias en tesón ($m = 43,5$; $t = -4,4$; $g.l. = 23$; $p < 0,001$). Los que consumen cocaína principalmente se ajustan al patrón ya comentado para la muestra general.

Los varones de la muestra estudiada presentan puntuaciones inferiores a los varones de la muestra normativa en tesón ($m = 46,8$; $t = -5,5$; $g.l. = 315$; $p < 0,001$), estabilidad emocional ($m = 44,5$; $t = -10,2$; $g.l. = 315$; $p < 0,001$) y apertura mental ($m = 47,2$; $t = -5,1$; $g.l. = 315$; $p < 0,001$). Las mujeres, además de puntuar menos en tesón ($m = 45,3$; $t = -5,0$; $g.l. = 116$; $p < 0,001$), estabilidad emocional ($m = 42,4$; $t = -9,0$; $g.l. = 116$; $p < 0,001$) y apertura mental ($m = 46,93$; $t = -3,2$; $g.l. = 116$; $p < 0,01$), lo hacen también por debajo de la población normativa en afabilidad ($m = 47,4$; $t = -2,8$; $g.l. = 116$; $p < 0,01$). No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres de la muestra, una vez tipificadas las puntuaciones.

En la tabla 1 se muestran las correlaciones observadas entre las dimensiones y subdimensiones del BFQ y las variables edad y nivel de estudios alcanzado. Se aprecia cómo la edad correlaciona negativamente con la energía, y en especial con la dominancia, y positivamente con la escrupulosidad y el control de impulsos. El nivel de estudios lo hace principalmente con la apertura mental.

En la tabla 2 se muestran las correlaciones (optamos por las no paramétricas dada la peculiar distribución de las puntuaciones TB del MCMI-II) entre las dimensiones y subdimensiones del BFQ y las escalas de trastornos de la personalidad del MCMI-II. En la tabla 3 se ofrecen las correlaciones de las dimensiones y subdimensiones del BFQ con las escalas de síndromes clínicos del MCMI-II.

Finalmente, en la tabla 4 se muestra la capacidad predictiva de cada dimensión y subdimensión del BFQ sobre cada una de las escalas de trastornos de la personalidad del MCMI-II. Se hace constar el R^2 corregido por cien y el sentido de la predicción mediante los signos positivo o negativo. En la última fila se incluye el porcentaje de la varianza total del cuestionario (R^2 corregido por cien) explicada por todas las dimensiones tomadas en conjunto. Puede apreciarse cómo la combinación de subdimensiones del BFQ es capaz de predecir entre el 21 y el 42% de la varianza total de las escalas de patrones desadaptativos del MCMI-II.

Discusión

Los datos apuntan a amplias diferencias entre la población adicta en tratamiento y la población general normativa. La mayor puntuación en energía puede tener relación con una mayor tendencia al contacto temprano con las sustancias y a una mayor sensibilidad neural a las mismas, y ello por dos caminos: la extra-

Tabla 1. Correlaciones entre las puntuaciones de dimensiones y subdimensiones del *Big Five Questionnaire* y las variables edad y nivel de estudios alcanzado ($n = 432$)

	Edad	Nivel de estudios
Energía	-0,18 ^c	0,11 ^a
Dinamismo	-0,10 ^a	0,12 ^a
Dominancia	-0,23 ^c	0,07
Afabilidad	-0,01	0,11 ^a
Cooperatividad	-0,03	0,08
Cordialidad	0,01	0,09
Tesón	0,05	-0,05
Perseverancia	-0,09	-0,01
Escrupulosidad	0,16 ^b	-0,06
Estabilidad emocional	0,10 ^a	-0,06
Control emocional	0,04	-0,09
Control impulsos	0,13 ^b	-0,03
Apertura mental	0,06	0,29 ^c
Apertura cultura	0,10 ^a	0,27 ^c
Apertura experiencia	-0,05	0,24 ^c

^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$; ^c $p < 0,001$.

Tabla 2. Correlaciones *r* de Spearman entre las dimensiones y subdimensiones del BFQ y las escalas de trastornos de la personalidad del MCMI-II (n = 432)

BFQ	MCMI-II												
	Esquizoide	Evitativo	Dependiente	Histriónico	Narcisista	Antisocial	Agresivo sádico	Compulsivo	Pasivo agresivo	Autodestructivo	Esquizotípico	Límite	Paranoide
Energía	-0,41 ^c	-0,29 ^c	-0,08	0,48 ^c	0,41 ^c	0,16 ^b	0,23 ^c	0,07	0,06	-0,11 ^a	-0,26 ^c	-0,06	0,20 ^c
Dinamismo	-0,41 ^c	-0,31 ^c	-0,04	0,37 ^c	0,31 ^c	0,06	0,08	0,04	-0,02	-0,15 ^b	-0,29 ^c	-0,11 ^a	0,10 ^a
Dominancia	-0,26 ^c	-0,16 ^b	-0,12 ^a	0,43 ^c	0,40 ^c	0,23 ^c	0,34 ^c	0,08	0,14 ^b	-0,02	-0,12 ^a	0,03	0,25 ^c
Afabilidad	-0,34 ^c	-0,28 ^c	0,29 ^c	0,05	-0,18 ^c	-0,38 ^c	-0,39 ^c	0,05	-0,31 ^c	-0,14 ^b	-0,34 ^c	-0,26 ^c	-0,27 ^c
Cooperatividad	-0,27 ^c	-0,22 ^c	0,21 ^c	0,03	-0,13 ^b	-0,28 ^c	-0,32 ^c	0,04	-0,27 ^c	-0,13 ^b	-0,27 ^c	-0,23 ^c	-0,19 ^c
Cordialidad	-0,30 ^c	-0,25 ^c	0,28 ^c	0,05	-0,16 ^b	-0,35 ^c	-0,35 ^c	0,05	-0,26 ^c	-0,11 ^a	-0,30 ^c	-0,21 ^c	-0,25 ^c
Tesón	-0,20 ^c	-0,24 ^c	0,05	-0,02	0,01	-0,17 ^c	-0,04	0,49 ^c	-0,23 ^c	-0,22 ^c	-0,23 ^c	-0,27 ^c	0,10 ^a
Escrupulosidad	-0,02	-0,07	0,15 ^b	-0,12 ^a	-0,04	-0,18 ^c	-0,05	0,51 ^c	-0,16 ^b	-0,08	-0,05	-0,15 ^b	0,11 ^a
Perseverancia	-0,30 ^c	-0,33 ^c	-0,08	0,05	0,08	-0,09	0,01	0,33 ^c	-0,22 ^c	-0,29 ^c	-0,32 ^c	-0,30 ^c	0,08
Estabilidad emocional	-0,13 ^b	-0,37 ^c	0,14 ^b	-0,24 ^c	-0,21 ^c	-0,40 ^c	-0,39 ^c	0,25 ^c	-0,57 ^c	-0,44 ^c	-0,35 ^c	-0,55 ^c	-0,21 ^c
Control emocional	-0,19 ^c	-0,45 ^c	0,02	-0,16 ^b	-0,14 ^b	-0,31 ^c	-0,27 ^c	0,26 ^c	-0,54 ^c	-0,52 ^c	-0,42 ^c	-0,57 ^c	-0,17 ^b
Control impulsos	-0,04	-0,23 ^c	0,24 ^c	-0,29 ^c	-0,26 ^c	-0,43 ^c	-0,45 ^c	0,21 ^c	-0,51 ^c	-0,30 ^c	-0,22 ^c	-0,44 ^c	-0,22 ^c
Apertura mental	-0,25 ^c	-0,19 ^c	-0,10 ^a	0,06	0,06	-0,04	-0,08	0,03	-0,14 ^b	-0,16 ^b	-0,21 ^c	-0,13 ^b	-0,07
Apertura cultura	-0,21 ^c	-0,19 ^c	-0,05	0,01	-0,01	-0,12 ^a	-0,11 ^a	0,10 ^a	-0,18 ^c	-0,14 ^b	-0,21 ^c	-0,14 ^b	-0,14 ^b
Apertura experiencia	-0,29 ^c	-0,20 ^c	-0,13 ^b	0,12 ^a	0,12 ^a	0,03	-0,04	-0,05	-0,07	-0,18 ^c	-0,21 ^c	-0,12 ^a	0,01

^ap < 0,05; ^bp < 0,01; ^cp < 0,001. BFQ: *Big Five Questionnaire*; MCMI-II: *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*.

Tabla 3. Correlaciones *r* de Spearman entre las dimensiones y subdimensiones del BFQ y las escalas de síndromes clínicos del MCMI-II (n = 432)

BFQ	MCMI-II								
	Ansiedad	Histeriforme	Hipomanía	Distimia	Abuso de alcohol	Abuso de drogas	Pensamiento psicótico	Depresión mayor	Trastorno delirante
Energía	-0,18 ^c	-0,11 ^a	0,39 ^c	-0,21 ^c	-0,03	0,20 ^c	-0,10 ^a	-0,18 ^c	0,20 ^c
Dinamismo	-0,20 ^c	-0,14 ^b	0,31 ^c	-0,22 ^c	-0,08	0,11 ^a	-0,14 ^b	-0,20 ^c	0,11 ^a
Dominancia	-0,09	-0,02	0,35 ^c	-0,11 ^a	0,05	0,24 ^c	0,01	-0,09	0,22 ^c
Afabilidad	-0,17 ^c	-0,11 ^a	-0,04	-0,18 ^c	-0,16 ^b	-0,30 ^c	-0,28 ^c	-0,18 ^c	-0,17 ^b
Cooperatividad	-0,19 ^c	-0,14 ^b	-0,05	-0,16 ^b	-0,16 ^b	-0,24 ^c	-0,21 ^c	-0,16 ^b	-0,08
Cordialidad	-0,12 ^a	-0,06	-0,02	-0,15 ^b	-0,12 ^a	-0,27 ^c	-0,26 ^c	-0,15 ^b	-0,19 ^c
Tesón	-0,23 ^c	-0,20 ^c	-0,05	-0,27 ^c	-0,16 ^b	-0,19 ^c	-0,15 ^b	-0,26 ^c	0,12 ^a
Escrupulosidad	-0,05	-0,05	-0,09	-0,09	-0,05	-0,18 ^c	0,00	-0,10 ^a	0,13 ^b
Perseverancia	-0,33 ^c	-0,29 ^c	-0,01	-0,36 ^c	-0,21 ^c	-0,13 ^b	-0,24 ^c	-0,34 ^c	0,09
Estabilidad emocional	-0,48 ^c	-0,47 ^c	-0,38 ^c	-0,48 ^c	-0,44 ^c	-0,46 ^c	-0,39 ^c	-0,51 ^c	-0,09
Control emocional	-0,56 ^c	-0,53 ^c	-0,33 ^c	-0,58 ^c	-0,45 ^c	-0,39 ^c	-0,43 ^c	-0,58 ^c	-0,07
Control impulsos	-0,31 ^c	-0,33 ^c	-0,37 ^c	-0,32 ^c	-0,35 ^c	-0,46 ^c	-0,28 ^c	-0,35 ^c	-0,09
Apertura mental	-0,14 ^b	-0,15 ^b	0,07	-0,09	-0,12 ^a	-0,06	-0,16 ^b	-0,11 ^a	-0,05
Apertura cultura	-0,11 ^a	-0,12 ^a	0,01	-0,05	-0,12 ^a	-0,13 ^b	-0,17 ^c	-0,08	-0,13 ^b
Apertura experiencia	-0,16 ^b	-0,15 ^b	0,14 ^b	-0,14 ^b	-0,12 ^a	0,03	-0,15 ^b	-0,14 ^b	0,04

^ap < 0,05; ^bp < 0,01; ^cp < 0,001. BFQ: *Big Five Questionnaire*; MCMI-II: *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*.

Tabla 4. Capacidad predictiva ($R^2 \times 100$ con el signo de la predicción) de cada dimensión y subdimensión del BFQ por separado sobre cada una de las escalas de trastornos de la personalidad del MCMI-II. En la última fila, capacidad predictiva de todas las subdimensiones tomadas en conjunto ($n = 432$)

BFQ	MCMI-II												
	Esquizoide	Evitativo	Dependiente	Histriónico	Narcisista	Antisocial	Agresivo sádico	Obsesivo compulsivo	Pasivo agresivo	Autodestructivo	Esquizotípico	Límite	Paranoide
Energía	-17,4	-8,3		24,2	19,2	3,1	6,2				-6,2		5,4
Dinamismo	-16,9	-10,0		14,7	10,2						-7,6		
Dominancia	-6,9			18,8	17,6	6,3	12,0						8,1
Afabilidad	-10,6	-8,3	9,3		-3,8	-14,8	-16,4		-11,2		-11,3	-7,2	-7,4
Cooperatividad	-6,7	-5,4	4,4			-8	-10,3		-8,2		-7,6	-5,4	-3,2
Cordialidad	-8,0	-6,0	8,6		-3,0	-11,9	-12,6		-7,5		-8,0	-4,9	-6,5
Tesón	-4,3	-6,3				-2,9		24,7	-5,0	-4,8	-5,5	-7,6	
Escrupulosidad						-3,7		25,4	-2,7				
Perseverancia	-9,1	-11,0						11,7	-4,2	-7,8	-10,0	-8,8	
Estabilidad emocional		-13,0		-5,4	-4,7	-17	-15,1	6,6	-33,3	-20,0	-11,7	-31,9	-4,9
Control emocional	-3,4	-20,8		-2,8		-10,2	-6,9	6,1	-28,7	-27,7	-17,6	-34,2	-3,1
Control impulsos		-4,3	5,3	-7,3	-7,5	-18,6	-20,1	4,7	-27,8	-8,8	-4,2	-20,5	-5,0
Apertura mental	-6,1	-4,3								-2,8	-4,6		
Apertura cultura	-3,6	-3,3							-3,5		-4,1		
Apertura experiencia	-7,7	-3,8									-3,7		
% varianza (R^2 correg.x100)	24,7	34,2	21,2	30,2	31,0	34,3	40,0	33,0	42,0	32,5	31,1	39,9	22,2

BFQ: Big Five Questionnaire; MCMI-II: Millon Clinical Multiaxial Inventory-II.

versión (equivalente a la dimensión de energía) está ligada a vías dopaminérgicas que también están implicadas en los procesos de búsqueda y sensibilización a la recompensa proporcionada por las sustancias³⁴; por otra parte, una mayor tendencia a la búsqueda de reforzamiento social es un mecanismo predisponente a la aparición de factores de riesgo para el inicio del consumo durante la socialización secundaria³⁵.

Más amplias son aún las diferencias en estabilidad emocional (inversa del clásico neuroticismo), en la que los adictos puntúan sistemáticamente por debajo de la población general. También parecen existir sustratos neurobiológicos que justificarían la presencia de este rasgo, implicando, en esta ocasión, a los sistemas serotoninérgico y gabaérgico³⁶. En este caso, la persistencia del consumo, y, en su caso, la dependencia, parecen estar más ligadas a la psicopatología concomitante³⁷, como así lo reflejan también los datos del presente estudio: la inestabilidad emocional parece un sustrato común a la mayor parte de los trastornos tanto del Eje I como del Eje II.

El tesón, relacionado con la capacidad para programar y ejecutar conductas con reforzamiento demorado³⁸, también aparece bajo en la muestra de adictos, lo

que posiblemente esté en relación con la dificultad para abandonar hábitos o encarar cambios de conducta encaminados a superar la adicción y, también por ello, para completar los procesos de rehabilitación. El tesón es bajo en la mayor parte de los trastornos, aunque es prototípicamente alto en el trastorno obsesivo/compulsivo^{7,24}.

La apertura a la cultura muestra asimismo valores bajos en la muestra utilizada. No está clara la naturaleza de esta dimensión, que unos vinculan con inteligencia, otros con creatividad y otros con la dimensión de búsqueda de sensaciones³⁸. En estudios sobre poblaciones no clínicas de jóvenes, aquéllos que consumen sustancias muestran puntuaciones más elevadas en apertura mental³⁹, mientras que las puntuaciones son consistentemente bajas cuando se estudian muestras clínicas²²⁻²⁴.

La afabilidad no presenta diferencias significativas con la población normativa, salvo en dos casos: los consumidores de heroína y las mujeres en general. Ésta es la dimensión que más relación tiene con la socialización³⁸, en tanto que la heroína es la droga que se rodea de un ambiente más desarraigado y marginal. No es posible determinar la relación causal a partir de los datos: si personas con menores niveles de apego y vinculación

social tienen más posibilidades de consumir heroína o si es el ambiente de esta droga el que favorece actitudes más antisociales. Tampoco en el caso de las mujeres está clara la relación: hemos encontrado en otros estudios que las mujeres adictas presentan menores niveles de socialización y actitudes más agresivas en sus relaciones, pero no es posible saber si son estas actitudes las que predisponen al consumo o si es el propio mundo del consumo el que favorece su desarrollo⁴⁰.

Parece que más que un rasgo por separado, se trata de la interacción entre ellos lo que podría explicar la adquisición, el mantenimiento y el abandono de la conducta adictiva. Vollrath y Torgersen⁴¹ utilizaron una aproximación tipológica (formulada por Costa, McCrae y PAR Staff, 2000⁴²) y encontraron que los sujetos que puntuaban alto en neuroticismo y bajo en tesón eran desproporcionadamente proclives a convertirse en fumadores habituales. La combinación de inestabilidad emocional, bajo tesón y baja afabilidad se ha encontrado también en muestras de adictos a drogas legales como el tabaco cuando se les compara con otros fumadores que fueron capaces de dejar el hábito⁴³.

Las correlaciones observadas entre los cinco factores, medidos a través del BFQ, y los trastornos de personalidad, estimados mediante el MCMI-II, replican en parte los obtenidos con otros métodos, generalmente el NEO-PI-R, pero también entrevistas estructuradas para los cinco factores, SCID-II y otros cuestionarios de evaluación del Eje II⁴⁴⁻⁴⁷.

Así, es posible caracterizar los trastornos descritos por Millon a partir de las dimensiones y subdimensio-

nes del BFQ. Cada uno de los trastornos se puede representar por una determinada combinación de rasgos (tabla 5). Pero también es verdad que esta caracterización nunca es similar entre diversos estudios y son precisamente esas diferencias las que hacen dudar de la verdadera utilidad de este modelo para proporcionar una alternativa dimensional a las categorías diagnósticas⁴⁸. Algunos estudios muestran que sólo una baja afabilidad y un alto neuroticismo son el sustrato común a todos los trastornos⁴⁹. Sin embargo, estudios de metaanálisis, aun confirmando que éstos son los rasgos más prominentes, encuentran que es posible una caracterización de los trastornos de personalidad a partir de diversas combinaciones de los cinco rasgos del modelo⁵⁰.

En todo caso, aun cuando nuestros datos replican en lo fundamental los resultados de estudios previos con los mismos instrumentos²⁴ y otros similares^{19,48,50}, también hay inconsistencias difíciles de explicar y, en cualquier caso, una proporción de la varianza de los trastornos muy importante que el modelo de cinco factores no alcanza a explicar. Lo mismo sucede cuando se utilizan cuestionarios derivados del modelo, pero ampliando el número de dimensiones, como en el modelo de los 7 grandes⁵¹ o instrumentos de otros modelos dimensionales de rasgos, como los derivados del modelo de Cloninger^{52,53} o de Livesley^{54,55}. En relación a los modelos factoriales, Millon⁵⁶ critica su utilidad, en la medida en que “la composición psicológica de estructuras factoriales está lejos de ser universal. No sólo hay pocas entidades psicopatológicas que den evidencia de ‘pureza’ factorial o independencia de los

Tabla 5. Caracterización de los trastornos de personalidad a partir de las subdimensiones del BFQ emergida tras los estudios correlacional y predictivo

BFQ	Esquizoide	Evitativo	Dependiente	Histriónico	Narcisista	Antisocial	Agresivo sádico	Obsesivo compulsivo	Pasivo agresivo	Autodestructivo	Esquizotípico	Límite	Paranoide
Dinamismo	↓↓↓	↓		++	++						↓		
Dominancia	↓			+++	+++	+	+++		+				
Cooperatividad	↓				↓	↓	↓↓↓		↓		↓↓↓		
Cordialidad	↓↓	↓	++		↓	↓↓↓	↓↓↓		↓↓		↓↓↓		↓↓
Escrupulosidad								+++					
Perseverancia	↓↓	↓↓						++		↓	↓	↓	
Control emocional		↓↓↓				↓		+	↓↓↓	↓↓↓	↓↓↓	↓↓↓	
Control impulsos		↓	+	↓	↓	↓↓↓	↓↓↓	+	↓↓↓	↓	↓↓↓	↓↓↓	↓
Apertura cultura													
Apertura experiencia	↓↓												

+: relación positiva; +, ++, +++: intensidad de la relación; ↓ relación negativa; ↓, ↓↓, ↓↓↓ intensidad de la relación.

atributos, sino que además las soluciones factoriales tienden a ser antitéticas con la estructura politética y las relaciones de solapamiento existentes entre diversas condiciones clínicas. Ni las categorías personalológicas ni las sindrómicas consisten en atributos enteramente homogéneos y clínicamente discretos. Más exactamente están compuestas por características difusas y complejas que comparten muchos atributos entre sí, derivados factorialmente o de cualquier otra manera” (p. 448).

En conclusión, los datos del presente estudio avalan la utilidad del BFQ para estimar la estructura dimensional de rasgos propuesta por el modelo de 5 grandes factores. Los resultados en cuanto a la caracterización dimensional de los trastornos de la personalidad son congruentes con los obtenidos con el mismo instrumento o con otros derivados del modelo, aunque, como sucede habitualmente, no los replican en su totalidad: existen grandes áreas de consenso, pero también diferencias importantes que no permiten formali-

zar una deconstrucción en rasgos de las categorías diagnósticas ni de la teoría integradora de Millon.

Por otra parte, el estudio de la muestra de adictos en tratamiento ofrece sensibles diferencias al ser comparada con la población normativa de referencia: los adictos puntúan significativamente por debajo en estabilidad emocional, tesón y apertura mental, además de en afabilidad cuando se trata de consumidores de heroína. La dimensión más relacionada con psicopatología en los dos primeros ejes es la estabilidad emocional (inversa del neuroticismo), aunque cada trastorno parece configurarse a partir de diversas combinaciones de los cinco rasgos principales. Los resultados sugieren la necesidad de considerar estos rasgos como dianas para el tratamiento tanto de la adicción como de las condiciones psicopatológicas concomitantes.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

Bibliografía

1. Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiat*. 2001;16:274-82.
2. Cervera G, Martínez D, Bolinches F, Haro G. Trastornos de personalidad. En: Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G, editores. *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Panamericana; 2006. p. 366-70.
3. Pedrero EJ, Pérez M, De Ena S, Garrido C. Validación del cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*. 2005;7:166-86.
4. Lana Moliner F. Trastornos de personalidad y conductas adictivas. *Intervenciones psicosociales*. *Actas Esp Psiquiatri*. 2001;29:58-66.
5. Livesley WJ. Introduction: Critical issues in the classification of personality disorders. *J Pers Disord*. 2000;14:1-2.
6. Oldham JM, Skodol AE. Charting the future of Axis II. *J Pers Disord*. 2000;14:17-29.
7. Westen D, Shedler J. A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: Toward DSM-V. *J Pers Disord*. 2000;14:109-26.
8. Widiger TA. Four out five ain't bad. *Arch Gen Psychiat*. 1998;55:865-6.
9. Widiger TA, Costa PT Jr, McCrae RR. A proposal for Axis II: Diagnosing personality disorders using the Five-Factor Model. En: Costa PT Jr y Widiger A, editores. *Personality disorders and the Five-Factor model of personality (2nd Ed.)*. Washington: American Psychological Association; 2002. 431-56.
10. Rossier J, Dahourou D, McCrae RR. Structural and Mean-Level Analyses of the Five-Factor Model and Locus of Control. *J Cross Cult Psychol*. 2005;36:227-46.
11. Terracciano A, Abdel-Khalek AM, Ádám N, Adamovová L, Ahn CK, Ahn HN, et al. National character does not reflect mean personality trait levels in 49 cultures. *Science*. 2005;310:96-100.
12. Triandis HC, Eunkook MS. Cultural influences on personality. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:133-60.
13. Butcher JN, Rouse SV. Personality: individual differences and clinical assessment. *Annu Rev Psychol*. 1996;47:87-111.
14. Davis RD, Millon T. The five-factor model for personality disorders: Apt or misguided? *Psychol Inq*. 1993;4:104-9.
15. De Raad B, Peabody D. Cross-culturally recurrent personality factors: analyses of three factors. *Eur J Personality*. 2005;19:451-74.
16. Shedler J, Westen D. Dimensions of Personality Pathology: An Alternative to the Five-Factor Model. *Am J Psychiat*. 2006;161:1743-54.
17. Costa PT Jr, McCrae RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychol Assessment*. 1992;4:5-13.
18. Widiger TA, Trull TJ, Clarkin JF, Sanderson C, Costa PT. A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. En: Costa PT Jr y Widiger A, editores. *Personality disorders and the Five-Factor model of personality (2nd Ed.)*. Washington: American Psychological Association; 2002.
19. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L. BFQ. Cuestionario “Big Five”. Versión española de J. Bermúdez. Madrid: TEA Ediciones; 1995.
20. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L, Perugini M. The “Big Five Questionnaire”: a new questionnaire to assess the five factor model. *Pers Indiv Differ*. 1993;15:281-8.
21. Picardi A, Caroppo E, Toni A, Bitetti D, Di Maria G. Stability of attachment-related anxiety and avoidance and their relationships with the five-factor model and the psychobiological model of personality. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 2005;78:327-45.

22. Berrocal C, Ortíz-Tallo M, Fierro A, Jiménez JA. Variables clínicas y de personalidad en adictos a heroína. *Anuario de Psicología*. 2001;32:67-87.
23. Pedrero EJ. Estudio de la personalidad de drogodependientes mediante el 'Big Five Questionnaire' (BFQ). *Trastornos Adictivos*. 2002;4:138-50.
24. Pedrero EJ. Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*. 2003;15:203-20.
25. Pedrero EJ, López-Durán A, Olivar Á. El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias. *Trastornos Adictivos*. 2006;8:22-41.
26. Vallecillo LF, Rebolledo G, Tejero R. ¿Enfermera o paciente? La mujer del enfermo alcohólico. *Apuntes de Psicología*. 2004;22:375-90.
27. Besteiro JL, Lemos S, Muñoz J, García-Cueto E, Inda M, Paño M, et al. Validez de constructo de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. *Int J Clin Health Psychol*. 2004;4:255-69.
28. Iglesias C, Gimeno A, Díaz I, Inda M. Evaluación dimensional de trastornos de personalidad definidos categorialmente, cinco factores vs. clasificación DSM-IV. Estudio Piloto. *Actas Esp Psiquiatri*. 2000;28:71-6.
29. Millon T. Millon Multiaxial Inventory (MCMI-II). Adaptación española en: Ávila-Espada A y Jiménez F, editores. MCMI-II. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: TEA Ediciones; 1999.
30. Widiger T. Millon's dimensional polarities. *J Person Assessment*. 1999;72:365-89.
31. Nadeau L, Landry M, Racine S. Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Can J Psychiat*. 1999;44:592-6.
32. Pedrero EJ, Puerta C, Lagares A, Sáez A. Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*. 2003;5:241-55.
33. Teplin D, O'Connell T, Daïter J, Varenbut M. A psychometric study of the prevalence of DSM-IV personality disorders among office-based methadone maintenance patients. *Am J Drug Alcohol Ab*. 2004;30:515-24.
34. Cohen MX, Young J, Baek JM, Kessler C, Ranganath C. Individual differences in extraversion and dopamine genetics predict neural reward responses. *Cognitive Brain Res*. 2005;25:851-61.
35. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior; 2002.
36. Sen S, Villafuerte S, Nesse R, Stoltenberg SF, Hopcian J, Gleiberman L, et al. Serotonin transporter and GABA(A) alpha 6 receptor variants are associated with neuroticism. *Biol Psychiat*. 2004;55:244-9.
37. De Graaf R, Bijl RV, Ten Have M, Beekman ATF, Vollebergh WAM. Rapid onset of comorbidity of common mental disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiat Scan*. 2004;109:55-63.
38. MacDonald K. Evolution, the Five Factor Model, and Levels of Personality. *J Pers*. 1995;63:525-67.
39. López MJ, Santín C, Torrico E, Rodríguez JM. Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud*. 2003;13. Online [21-07-2006] Disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud%2013_1/
40. De Ena S, Pedrero EJ. Diferencias de género en personalidad en consumidores de drogas en tratamiento: rasgos, trastornos y variables interaccionales. ¿Se justifican tratamientos diferentes? Libro de Ponencias y Comunicaciones. Encuentro de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones. Género y Adicciones. Chiclana de la Frontera: Diputación de Cádiz; 2004. p. 209-23.
41. Vollrath M, Torgersen S. Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Pers Indiv Differ*. 2002;32:1185-97.
42. Costa PT Jr, McCrae RR & PAR Staff. NEO PI-R interpretive report: NEO Software System. Odessa: Psychological Assessment Resources; 2000.
43. Terracciano A, Costa PT Jr. Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction*. 2004;99:472-81.
44. Bagby RM, Costa PT Jr, Widiger TA, Ryder AG, Marshall M. DSM-IV Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality: A Multi-Method Examination of Domain and Facet Level Predictions. *Eur J Personality*. 2005;9:307-24.
45. Haigler ED, Widiger TA. Experimental manipulation of NEO-PI-R items. *J Person Assessment*. 2001;77:339-58.
46. Reynolds SK, Clark LA. Predicting dimensions of personality disorder from domains and facets of the Five-Factor Model. *J Pers*. 2001;69:199-222.
47. Trull TJ, Widiger TA, Burr R. A structured interview for the assessment of the Five-Factor Model of personality: facet-level relations to the axis II personality disorders. *J Pers*. 2001;69:175-98.
48. Pelechano V, De Miguel A, Hernández M. Trastornos de Personalidad. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F, editores. *Manual de Psicopatología*, vol 2. Madrid: McGraw Hill; 1995. p. 569-614.
49. Moran P, Coffey C, Mann A, Carlin JB, Patton GC. Dimensional characteristics of DSM-IV personality disorders in a large epidemiological sample. *Acta Psychiat Scan*. 2006;113:233-6.
50. Saulsman LM, Page AC. The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2004;23:1055-85.
51. Durrett C, Trull TJ. An evaluation of evaluative personality terms: a comparison of the big seven and five-factor model in predicting psychopathology. *Psychol Assessment*. 2005;17:359-68.
52. Bayon C, Hill K, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. *J Psychiat Res*. 1996;30:341-52.
53. Pedrero EJ. 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*. 2006;18:135-48.
54. Bagge CL, Trull TJ. DAPP-BQ: Factor Structure and Relations to Personality Disorder Symptoms in a Non-Clinical Sample. *J Pers Disor*. 2003;17:19-32.
55. Pukrop R, Gentil I, Steinbring I, Steinmeyer E. Factorial structure of the German version of the dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire in clinical and nonclinical samples. *J Pers Disor*. 2001;15:450-6.
56. Millon T. Reflections on Psychosynergy: a model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *J Person Assessment*. 1999;72:437-56.