

## EL MODELO DE LOS CINCO FACTORES Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

### THE FIVE FACTOR MODEL AND ITS RELATIONSHIP WITH PERSONALITY DISORDERS

Marcos Cupani; Daniela A. Sánchez; Mauro Gross; Jessica Chiepa, Rocío Dean.  
*Laboratorio de Psicología de la Personalidad. Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional de Córdoba.*

Recibido 13 de setiembre 2013, revisado 25 de setiembre 2013, aceptado 10 de octubre 2013

---

#### RESUMEN

Se ha sugerido una relación entre los Trastornos de Personalidad propuestos en el DSM IV y el Modelo de los Cinco Factores de personalidad. Estudios meta-analíticos, establecieron las relaciones entre éstos últimos, los Cinco Factores de Personalidad y sus facetas de bajo nivel. El principal objetivo de este trabajo consistió en replicar estas relaciones en una muestra de 215 estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. En segundo lugar, se comparan los resultados con los obtenidos en los estudios meta-analíticos. Se administró el Inventario de Personalidad IPIP-NEO y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI) II. Se describen los resultados locales, destacando que coinciden parcialmente con los obtenidos en los estudios meta-analíticos.

**Palabras clave:** Modelo de los Cinco Factores, Trastornos de Personalidad, MCMI, IPIP-NEO, DSM IV.

---

#### ABSTRACT

It has been suggested a relationship between the Personality Disorders proposed in DSM IV and the Five-Factor Model of personality. Meta-analytic studies, established relationships among the latter, the Five Factors of Personality and its low-level facets. The main objective of this study was to replicate these relationships in a sample of 215 college students from the National University of Cordoba, Argentina. Second, we compare these results with those obtained in meta-analytic studies. The IPIP-NEO Personality Inventory and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) II was administered. Local results are described, highlighting that overlap partially with those obtained in meta-analytic studies.

**Keywords:** Five Factor Model, Personality Disorders, MCMI, IPIP-NEO, DSM IV.

---

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia se han propuesto diferentes términos para definir a la personalidad. En este sentido, se adhiere a la acepción utilizada por Larsen y Buss (2005), considerando este constructo tan complejo como un conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, que influyen en sus interacciones y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social. Dentro de esta definición, los rasgos de personalidad ocupan un papel destacado. Es por esto que los investigadores se han propuesto estudiar cómo estos rasgos algunas veces llegan a convertirse en desadaptativos y pueden provocar malestar tanto en la sociedad como en la propia persona. Para algunos, esta falta de adaptación de la personalidad con respecto al medio social, hace referencia a los Trastornos de Personalidad (Esbec & Echeburúa, 2011; Larsen & Buss, 2005).

El diagnóstico de los trastornos de personalidad es usado en la práctica de la psicología clínica y psiquiátrica para describir el patrón de comportamientos y emociones no adaptativos al medio social y físico (Nestadt et al., 2008). Mediante la experiencia y el diagnóstico clínico se han delimitado diez categorías de trastornos de personalidad definidas por el Manual de Desordenes Mentales en su cuarta edición (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). Desde este sistema de clasificación, los trastornos de personalidad se definen como un patrón perdurable de experiencia y comportamientos que difiere en gran medida de lo que la sociedad considera como normal. Estos comportamientos se manifiestan en distintas áreas de la vida de la persona; en sus pensamientos, sentimientos, relación con otros o inclusive en la capacidad para controlar su propia conducta. Los patrones de personalidad desadaptativos son rígidos y al exhibirse a lo largo de una variedad de situaciones, conducen a un sentimiento de angustia en áreas importantes de la vida del sujeto, como por ejemplo el trabajo o las relaciones interpersonales (Sarason & Sarason, 1996; Vázquez, Ring & Avia, 1990).

Pese a la importancia que tiene el poder especificar un determinado trastorno, por las consecuencias que acarrea, en la práctica resulta difícil diagnosticar alguna patología como tal dentro de una sola categoría del DSM (Samuel & Widiger, 2008). Este inconveniente es reconocido como una de las principales limitaciones y recibe el nombre de comorbilidad. Dada esta dificultad, se ha generado una reciente recategorización de los Trastornos de Personalidad (Nestadt et al., 2008). Es así, como en la cuarta edición del manual DSM se clasifica los Trastornos de Personalidad en tres clúster que compartirían características comunes: el primero (A) está conformado por los trastornos esquizoide, esquizotípico y paranoide; el segundo (B) por los trastornos histriónico, narcisista, antisocial y límite; y finalmente el tercero (C), por los trastornos evitación, dependencia y obsesivo-compulsivo (Besteiro et al., 2004).

Desde la Psicología Clínica y la Psiquiatría se han propuesto dos grandes enfoques para abordar los trastornos de personalidad. Uno de ellos es al que adhiere el DSM IV con una perspectiva categórica, desde la cual una persona se diagnostica con un trastorno o no (Agudelo, Spielberger & Buela-Casal, 2007). El otro enfoque, denominado perspectiva dimensional, considera a cada trastorno como un continuo que transita desde la normalidad en un extremo hasta la incapacidad o perturbación grave en el otro (Nestadt et al., 2008). Desde esta perspectiva, las personas con y sin trastorno difieren únicamente en grado. Sin embargo, el DSM IV-TR (revisado) reconoce que una alternativa válida a la perspectiva categorial es la dimensional, ya que en esta se acepta que los trastornos de personalidad representan variantes desadaptativas de rasgos de personalidad de aparente normalidad (Trull & Durrett, 2005).

El DSM-IV es considerado el sistema más amplio y abarcativo referido a los trastornos de personalidad. No obstante, un gran número de investigadores creen que este sistema categórico presenta varias limitaciones (Clark, 2007; Lemos, 1995; Millon, 1996) y han sugerido otras alternativas (Livesley, 2003). Una de ellas es integrar la clasificación de los trastornos de la personalidad con un

modelo que abarque los suficientes rasgos para describir una estructura general de la personalidad (Samuel y Widiger, 2008). En ésta dirección, la evaluación de los cinco factores de personalidad con sus treinta facetas puede aportar información complementaria de gran valor al diagnóstico categorial único.

En efecto, Trull y Durrett (2005) afirman que una alternativa válida para “dimensionalizar” las categorías de los trastornos de personalidad es caracterizar los constructos de personalidad presentes redefiniendo los trastornos de personalidad, utilizando de esa manera los modelos de rasgos de personalidad que fueron desarrollados independientemente de una perspectiva de nomenclatura diagnóstica. Según los autores, esta alternativa tendría una serie de ventajas: a) mejor entendimiento desde una perspectiva de rasgos de los trastornos de personalidad presentes; b) mayor número adicional de hipótesis etiológicas referentes al desarrollo de trastornos de personalidad, a partir de los correlatos y factores de influencia para el desarrollo de rasgos de personalidad; y c) avance en la identificación de variantes de patologías de personalidad que no están actualmente representadas en el sistema de diagnóstico oficial.

Actualmente, por representar un progreso conceptual y empírico en su campo, el modelo de los cinco grandes factores (Five-Factor Model, FFM) de Costa y McCrae (1992) es entre las teorías referidas a la explicación de la personalidad, el que convoca mayor consenso. Este modelo conceptual condensa décadas de análisis factorial llevado a cabo con muestras de distintas edades y sexo en diferentes culturas, y un extenso número de auto-informes e informes de pares sobre adjetivos descriptivos de la personalidad e ítem de cuestionarios (Costa & McCrae, 1992). Como resultado de estos análisis se han obtenido cinco Factores denominados: extraversión (E); amabilidad (A); responsabilidad (C); neuroticismo (N); y apertura a la experiencia (O) (Goldberg, 1992).

En la literatura especializada se encuentran numerosas investigaciones que tratan de explicar una relación entre los rasgos de personalidad y los trastornos de personalidad (Nestadt et al., 2008; Madsen, Parsons & Grubin, 2006; Besteiro et al., 2004; Sarason & Sarason, 1996; Samuel & Widiger, 2008).

Estudios meta-analíticos establecieron un patrón de correlaciones entre los diez trastornos de personalidad y los cinco grandes factores (Saulsman & Page, 2005) con las respectivas treinta facetas de éstos últimos (Samuel & Widiger, 2008). Los estudios establecieron que (1) el trastorno paranoide se correlaciona de manera positiva con la faceta búsqueda de emociones del factor extraversión; (2) el trastorno límite se correlaciona de forma negativa con la faceta deliberación (responsabilidad) y de forma positiva con ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad (neuroticismo); (3) el trastorno esquizotípico se correlaciona con vulnerabilidad, ansiedad social, depresión y ansiedad (N), competencia y sentido del deber (R) y de forma negativa con asertividad (E); (4) el trastorno obsesivo correlaciona de forma negativa con valores (AE) y de forma positiva con competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y deliberación (R); (5) el trastorno antisocial presentó una correlación negativa con confianza, franqueza, actitud conciliadora y sensibilidad (A) y sentido del deber, autodisciplina y deliberación (R); (6) el trastorno narcisista correlaciona de forma positiva con cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas (E) y con fantasía, estética y acciones (AE), y de forma negativa con franqueza y modestia (A) y necesidad de logro y deliberación (R); (7) el trastorno histriónico, correlacionó positivamente con impulsividad y vulnerabilidad (N), con cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas (E); con fantasía, estética, sentimiento y acciones (A) y negativamente con franqueza, altruismo, actitud conciliadora y modestia (amabilidad); (8) el trastorno dependencia correlacionó negativamente con asertividad (E), competencia y autodisciplina (R), y de forma positiva con ansiedad, depresión, ansiedad social, y vulnerabilidad (N); (9) el trastorno evitativo se asocia de forma positiva con ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social y vulnerabilidad (N) y de forma negativa con cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas (E), acciones (AE), confianza y

modestia (A) y con competencia y autodisciplina (R); (10) el trastorno esquizoide se asocia de forma positiva con depresión y ansiedad social (N), y de forma negativa con cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas (E) y confianza (A).

Los estudios meta-analíticos citados han utilizado investigaciones realizadas con muestras únicamente anglosajonas. En la actualidad se comenzó a dar mucha importancia a estudios transculturales (Carretero, 1982) para arribar a investigaciones con resultados más fidedignos, que contemplen las características diferenciales de cada cultura, así como las comunidades. Sin embargo en la literatura se observan pocos estudios que relacionen los cinco grandes factores de personalidad y los diez trastornos de personalidad en población latinoamericana (Rodríguez de Díaz & Díaz-Guerrero, 1997; Londoño, et al., 2007, Dematteis, Castañeiras, Sánchez & Posada, 2009) y menos aún incluyendo las facetas de bajo nivel. En efecto, hasta el momento no se han registrados trabajos que tomen en consideración las facetas de bajo nivel más allá del trabajo pionero de Widiger (2005) a éste respecto. Identificando esta carencia, el objetivo del presente trabajo fue explorar la asociación entre los rasgos normales y los trastornos de personalidad en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Córdoba, Argentina. Pretendiendo generar de esta manera nueva evidencia empírica de cómo los rasgos de personalidad del FFM y sus respectivas facetas de bajo nivel estarían relacionadas con los trastornos de personalidad propuestos por el DSM IV en población latina. De igual modo, se compararon estos resultados con los reportados en los meta análisis citados para observar las convergencias y divergencias con el contexto local.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 215 jóvenes universitarios (59.1 % mujeres; 40.9 % varones) a los cuales se les administró los dos instrumentos descritos más abajo. Los estudiantes pertenecían a distintas universidades, facultades públicas y privadas de la Ciudad de Córdoba y se encontraban cursando entre el primer y sexto año de diferentes carreras. El N total se distribuyó de la siguiente manera, Universidad Nacional de Córdoba: Agronomía (2.3%), Arquitectura (2.3%), Biología (3.3%), Comunicación social (7.0%), Ciencias Económicas (8.8%), Ciencias Químicas (2.08 %), Derecho (7.9%), Diseño Industrial (6.5%), Educación Física (1.04%), Filosofía (2.3%), Fonoaudiología (4.07%), Kinesiología (2.03%), Lengua (3.3%), Medicina (4.07%), Odontología (3.3%), Psicología (20.09%) y Recursos Humanos (3.03%); Universidad Empresarial Siglo XXI (4.02%), Trabajo Social (1.9%) y Universidad Tecnológica Nacional (7.0%). La media de materias aprobadas fue de 18.64, con una nota promedio en sus estudios de 6.68 puntos.

### Instrumentos

*Inventario de Personalidad IPIP-NEO* (Goldberg, 1999). Versión IPIP del Inventario de Personalidad NEO-PI-R de Costa & McCrae (1992). Está compuesto por 300 ítems que describen comportamientos típicos de las personas (por ejemplo, “amo la vida”). Se solicita a los participantes que evalúen el grado de precisión con que cada oración los describe, utilizando una escala tipo Lickert con cinco opciones de repuestas: Muy en desacuerdo con esta descripción de mi mismo (1), En desacuerdo (2), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), De acuerdo (4), y Muy de acuerdo con esta descripción de mi mismo (5). El tiempo de administración es aproximadamente de 35 a 50 minutos. Posee aceptables índices de fiabilidad para los cinco factores (desde .90 para apertura a la experiencia hasta .95 para neuroticismo) y sus respectivas facetas (desde .70 para actividad hasta .91 para ira y depresión). Por su parte, Goldberg (1999) ha comparado las propiedades psicométricas de esta versión con la versión NEO-PI-R de Costa y McCrae (1992) y observó que en promedio, los valores de coeficiente alfa son levemente superiores con valores de .80 para el IPIP y .75 para la versión original. La versión adaptada (Cupani et. al., manuscrito sometido a evaluación) posee aceptables índices de confiabilidad para los cinco factores (alfa de Cronbach de .90 a .95) y de las treinta facetas

( $\alpha$ . de .62 a .88). Además posee una estructura factorial semejante a la versión original (índices de congruencia de .96 a .98).

*Inventario Clínico Multiaxial de Millon - MCMI - II* (Millon, 1999). En su segunda edición revisada y adaptación española de TEA (Millon, 1999), está compuesto por 175 ítems. Los sujetos deben responder utilizando una escala dicotómica de verdadero-falso (por ejemplo, “siempre sigo mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan de mí”). Este instrumento puede ser aplicado individual y colectivamente a sujetos a partir de los 18 años y se estipula un tiempo considerable de respuesta de entre 20 a 25 minutos. El MCMI – II permite suministrar información sobre los trastornos de personalidad emparejado con el DSM IV. Los 175 ítems se agrupan en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez (validez, sinceridad, deseabilidad y alteración); 10 escalas básicas de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva-masoquista); 3 escalas de personalidad patológica (esquizotípico, límite y paranoide); 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas); y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). En nuestro medio se han realizados adaptaciones parciales del instrumento que han demostrado adecuadas propiedades psicométricas (Richard's & Urquijo, 2006).

## Procedimiento

Se aplicaron los instrumentos descriptos más arriba, previa presentación del consentimiento informado. Para la preparación de los datos, se evaluó el patrón de valores perdidos para evaluar si el mismo respondía a una distribución aleatoria, y para estimar el porcentaje de estos valores en cada variable. Mediante la rutina de Análisis de los Valores Perdidos del SPSS se observó que en ningún caso los datos perdidos superaban el 5 % (Tabachnick & Fidell, 2001). En función de estos resultados, los casos faltantes en los puntajes totales fueron remplazados por la media. Luego se identificaron casos atípicos univariados mediante el cálculo de puntuaciones estándar para cada una de las variables. Se consideraron atípicos aquellos casos con puntuaciones  $z$  superiores a 3.29 ( $p < .001$ ). Como resultado de este examen se descartaron tres casos. Para comprobar los supuestos de normalidad de la muestra se realizaron análisis de asimetría y curtosis en cada variable y una inspección gráfica de la distribución de los puntajes (histogramas con curva normal). Los índices de asimetría y curtosis prácticamente para todas las variables se encontraron en valores considerados óptimos (+1.00 y -1.00, George & Mallery, 2001). Solo tres variables presentaron valores superiores a este criterio (ver tabla 1). Se obtuvieron los índices de confiabilidad para cada una de las escalas, valorando cuanto aportaba cada ítem a la coherencia interna de la escala y que coeficiente alfa se obtendría si se extrajera cada ítem. Complementariamente, se realizó una comparación de media según el sexo de los participantes. Para este estudio de efectuó una prueba  $t$  diferencia de medias para grupos independientes y se calculó la  $d$  de Cohen para estimar el tamaño del efecto (Cohen, 1988). Se partió de las indicaciones de este autor para la interpretación de la magnitud de tamaño del efecto (pequeños  $d = .20$ ; medio  $d = .50$  y grande  $d = .80$ ).

## RESULTADOS

### Diferencias por sexo con respecto a facetas y Trastornos de Personalidad

Como indica la tabla 1, se observaron diferencias significativas entre los dos grupos, mujeres y varones. En lo que respecta a los trastornos de personalidad obsesivo ( $t=2.07$ ) y límite ( $t=1.97$ ); y en las facetas ansiedad ( $t=2.98$ ), ansiedad social ( $t=2.46$ ), gregarismo ( $t=1.91$ ), actividad ( $t=2.72$ ), estética ( $t=3.55$ ), sentimiento ( $t=4.48$ ), franqueza ( $t=2.34$ ), modestia ( $t=2.13$ ), sensibilidad ( $t=2.15$ ) y sentido del deber ( $t=2.22$ ). Asimismo, el estadístico  $d$  de Cohen arrojó un tamaño del efecto moderado a grande en la faceta Sentimiento ( $d=0.63$ ), y de moderado a bajo en las facetas estética ( $d=0.46$ ), ansiedad ( $d=0.44$ ), actividad ( $d=0.40$ ), ansiedad social ( $d=0.35$ ), vulnerabilidad ( $d=0.32$ ), franqueza ( $d=0.30$ ) y sensibilidad ( $d=0.30$ ).

## Los Cinco Factores y los Trastornos de personalidad

Para establecer la asociación entre las cinco dimensiones de personalidad del FFM y los trastornos de personalidad, se aplicó el estadístico coeficiente de correlación de Pearson. Considerando que los índices de confiabilidad de algunas de las variables fueron levemente satisfactorios, se realizó un análisis de correlación corregida por la atenuación. Este procedimiento permite estimar cuál sería la asociación entre dos variables si la confiabilidad de las medidas fuera perfecta. Se observó que los valores de correlaciones por atenuación entre las variables variaron desde  $-.44$  a  $.62$ , a un nivel de significación de  $p \leq .05$ . Como criterio para evaluar el tamaño del efecto de las correlaciones se partió de las indicaciones de Cohen (1988) para la interpretación de la magnitud de tamaños del efecto (pequeños  $\leq .10$ ; medio  $\geq .30$ . y grande  $\geq .50$ ). Como tamaño del efecto moderado a grande se puede destacar que el factor neuroticismo correlaciona con los trastornos esquizoide ( $.55$ ), evitativo ( $.53$ ), esquizotípico ( $.44$ ) y límite ( $.59$ ); el factor extraversión con los trastornos esquizoide ( $-.44$ ), histriónico ( $.62$ ), y narcisista ( $.47$ ); el factor amabilidad con el trastorno antisocial ( $-.43$ ) y el factor responsabilidad con el trastorno obsesivo ( $.62$ ). El resto de las correlaciones significativas fueron moderadas a pequeñas. En la tabla 2 se presenta los resultados de este análisis.

Estos resultados fueron luego comparados con los obtenidos en el estudio meta-analítico de Saulsman y Page (2005). Con el fin de establecer las semejanzas entre ambas matrices de correlaciones, se obtuvieron los coeficientes de congruencia (CC) entre las correlaciones de cada factor de personalidad con los diez trastornos de personalidad, con los datos de la muestra de participantes argentinos y los obtenidos por el estudio meta-analítico. En la bibliografía se sugiere que valores entre  $.85$  y  $.94$  son indicadores de la presencia de una gran similitud, mientras que un valor superior a  $.95$  implica que el patrón de correlaciones pueden ser considerado como idéntico (Lorenzo-Seva & Ten Berge, 2006). Los índices de coeficientes de congruencia para los cinco factores N, E, O, A y C fueron  $.89$   $.77$   $.79$   $.86$  y  $.84$ , respectivamente. Estos resultados indican que el patrón de correlaciones entre los factores neuroticismo, amabilidad y responsabilidad con los diez trastornos de personalidad fueron los más semejantes entre ambas.

**Tabla 1.**

*Diferencia de media entre género masculino y femenino en cuanto a diferentes rasgos y trastornos.*

	Kr-20	As.	Cs.	Sexo		t	p	d		
				Femenino (n =123)	Masculino (n =86)					
<b>TRASTORNOS</b>										
Esquizoide	.56	0,68	0,49	5.35	2.79	5.22	3.07	0,65	0,52	0,09
Evitativo	.81	0,88	0,67	7.57	4.43	7.07	5.45	1,00	0,32	0,13
Dependiente	.66	0,20	-0,54	8.98	3.13	8.35	3.46	1,40	0,16	0,18
Histriónico	.67	0,10	-0,34	12.55	4.20	12.42	4.38	0,37	0,71	0,05
Narcicista	.70	0,52	0,16	10.11	4.54	11.15	4.53	-0,97	0,33	-0,13
Antisocial	.71	0,08	0,27	16.21	5.15	17.01	5.39	-1,46	0,15	-0,21
Obsesivo	.76	1,25	1,84	6.17	4.05	6.65	4.84	2,07	0,04	0,26
Esquizotípico	.56	-0,67	0,24	9.60	2.56	8.82	3.05	-0,53	0,60	-0,07
Límite	.67	0,31	-0,33	14.91	5.20	15.44	5.33	1,97	0,05	0,27
Paranoide	.83	0,68	-0,04	14.43	7.02	12.59	7.21	-0,53	0,59	-0,07
<b>RASGOS</b>										
Neuroticismo	.93									
N1: Ansiedad	.69	-0,17	-0,13	31.28	5.38	29.16	4.89	2,98	<b>0,00</b>	<b>0,44</b>
N2: Hostilidad	.89	0,08	-0,56	28.17	7.14	27.11	7.48	1,09	<b>0,28</b>	<b>0,15</b>
N3: Depresión	.87	0,24	0,21	24.61	5.97	23.20	7.09	1,63	0,10	0,21
N4: Ansiedad Social	.71	-0,16	0,34	27.30	4.99	25.61	5.07	2,46	0,01	0,35
N5: Impulsividad	.61	0,21	0,34	29.90	4.79	28.95	4.87	1,37	0,17	0,19
N6: Vulnerabilidad	.69	-0,23	0,44	26.43	4.82	24.93	4.80	2,31	0,02	0,32
Extraversión	.88									
E1: Cordialidad	.60	0,47	3,86	36.87	5.20	36.39	6.29	1,02	0,31	0,14
E2: Gregarismo	.67	-0,15	1,94	35.56	5.50	33.98	5.36	1,91	0,06	0,27
E3: Asertividad	.70	0,15	0,00	34.87	4.34	34.56	4.88	0,35	0,73	0,05
E4: Actividad	.56	0,28	1,01	27.83	3.74	26.56	3.60	2,72	0,01	0,40
E5: Búsqueda de Emociones	.75	0,22	0,13	31.02	5.84	31.63	4.56	-0,85	0,40	-0,14
E6: Emociones Positivas	.79	-0,39	0,66	36.87	5.20	37.25	4.94	0,99	0,32	0,14
Apertura	.90									
O1: Fantasía	.72	-0,13	-0,26	35.39	4.62	34.70	5.38	1,39	0,17	0,18
O2: Estética	.80	-0,44	0,24	38.94	5.11	35.94	6.26	3,55	0,00	0,46
O3: Sentimiento	.72	-0,10	-0,00	37.19	4.63	34.26	4.67	4,48	0,00	0,63
O4: Acciones	.77	-0,13	0,16	36.36	5.48	35.62	5.00	0,56	0,58	0,09
O5: Ideas	.76	0,02	0,08	35.32	4.91	34.74	5.68	0,60	0,55	0,08
O6: Valores	.73	0,52	0,66	31.26	5.84	30.95	6.35	0,11	0,91	0,01
Amabilidad	.90									
A1: Confianza	.75	-0,16	0,09	34.13	4.61	32.91	4.85	1,55	0,12	0,21
A2: Altruismo	.70	-0,38	1,46	36.43	4.82	36.36	4.11	0,03	0,98	0,00
A3: franqueza	.76	-0,31	1,65	39.02	3.88	37.48	4.90	2,34	0,02	0,30
A4: Conformidad	.62	-0,11	0,35	35.83	4.62	34.86	4.45	1,37	0,17	0,20
A5: Modestia	.67	-0,36	0,84	33.32	4.35	31.98	4.93	2,13	0,03	0,28
A6: Sensibilidad	.80	-0,21	0,27	38.18	5.36	36.17	6.02	2,15	0,03	0,30
Responsabilidad	.92									
R1: Competencia	.68	-0,10	1,27	35.13	3.84	34.93	4.46	0,27	0,78	0,04
R2: Orden	.82	-0,19	-0,44	34.78	6.48	33.23	6.01	1,80	0,07	0,26
R3: Sentido del deber	.73	-0,40	0,83	37.36	4.41	35.94	4.73	2,22	0,03	0,29
R4: Esfuerzo	.73	-0,02	0,54	36.28	4.43	35.33	5.15	1,47	0,14	0,19
R5: Autodisciplina	.83	-0,04	0,28	33.74	5.72	32.52	5.72	1,71	0,09	0,24
R6: Deliberación	.62	-0,03	0,24	31.65	4.76	32.52	4.26	-1,28	0,20	-0,20

**Tabla 2.***Correlación entre los Cinco factores superiores de personalidad y los diez Trastornos de personalidad.*

	Muestra Argentina				
	N	E	O	A	C
SZD	.55	-.44	-.27	-.35	-.35
AVD	.53	-.33	-.17	-.11	-.28
DEP	.24	.11	-.05	.27	-.04
HTS	.14	.62	.36	-.16	.00
ATS	.25	.13	.08	-.43	-.35
NAR	.08	.47	.29	-.19	.06
SZT	.44	-.3	-.24	-.25	-.33
OBS	-.02	.27	-.07	.19	.62
PAR	.25	.25	.12	-.25	.01
BDL	.59	-.10	-.02	-.20	-.33
Muestra del Meta-análisis (Saulsman & Page, 2005)					
SZD	.13	-.43	-.12	-.17	-.03
AVD	.48	-.44	-.09	-.11	-.1
DEP	.41	-.13	-.11	.05	-.14
HTS	.02	.42	.42	-.06	-.09
ATS	.09	.04	.05	-.35	-.26
NAR	.04	.20	.11	-.27	-.05
SZT	.36	-.28	-.01	-.21	-.13
OBS	.08	-.12	-.07	-.04	.23
PAR	.28	-.12	-.04	-.34	-.07
BDL	.49	-.09	.02	-.23	-.23
<b>CC</b>	<b>.89</b>	<b>.77</b>	<b>.79</b>	<b>.86</b>	<b>.84</b>

## Las treinta facetas y los Trastornos de Personalidad

Para establecer que faceta de personalidad se asocia con cual trastorno de personalidad se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson corregido por la atenuación, presente en la tabla 3. A continuación, se detallan los tamaños del efecto que resultaron de moderados a grandes. Para comenzar, el trastorno esquizoide se correlacionó positivamente con las facetas depresión (.68), ansiedad social (.70) y vulnerabilidad (.53) del factor neuroticismo; y negativamente con cordialidad (-.65) y asertividad (-.67) del factor extraversión; confianza (-.49) y franqueza (-.42) del factor apertura; y sentido del deber (-.40) del factor responsabilidad. Con respecto al trastorno evitativo, correlacionó positivamente con las facetas depresión (.66), ansiedad social (.63), ansiedad (.40) y vulnerabilidad (.52) del factor neuroticismo; negativamente con las facetas cordialidad (-.43) y asertividad (-.48) del factor extraversión, y competencia (-.43) del factor responsabilidad. El trastorno dependiente no obtuvo correlaciones significativas moderadas o altas con ninguna faceta, solamente se observaron tamaños del efecto pequeños.

Luego, el trastorno histriónico obtuvo correlaciones positivas con las facetas cordialidad (.55), gregarismo (.43), actividad (.44), emociones positivas (.48), asertividad (.54) y búsqueda de emociones (.63) del factor extraversión; fantasía (.43), sentimientos (.41) y acciones (.41) del factor apertura; y negativas con modestia (-.44) del factor amabilidad y deliberación (-.43) del factor

responsabilidad. En tanto el trastorno narcisista correlacionó positivamente con la faceta búsqueda de emociones (.59) del factor extraversión y fantasía (.43) del factor apertura. Por su parte, el trastorno antisocial correlacionó positivamente con las facetas búsqueda de emociones (.57) del factor extraversión, e impulsividad (.49) del factor neuroticismo; y negativamente con sentido del deber (-.49) y deliberación (-.57) del factor responsabilidad, altruismo (-.54) y conformidad (-.46) del factor amabilidad. Mientras que el trastorno obsesivo obtuvo correlaciones positivas con las facetas competencia (.49), orden (.43), esfuerzo (.57), sentido del deber (.52), autodisciplina (.54) y deliberación (.45) del factor responsabilidad, y negativas con valores (-.41) del factor apertura. Finalizando, el trastorno esquizotípico correlacionó positivamente con las facetas depresión (.58), ansiedad social (.53) y vulnerabilidad (.47) del factor neuroticismo, y negativamente con cordialidad (-.45) y asertividad (-.49) del factor extraversión, y competencia (-.45) y sentido del deber (-.42) del factor responsabilidad. En cuanto al trastorno límite de la personalidad correlacionó con las facetas vulnerabilidad (.63), depresión (.64), ansiedad (.48), ansiedad social (.48) e impulsividad (.45) del factor neuroticismo; y negativamente con competencia (-.45) y deliberación (-.47) del factor responsabilidad. Por último, el trastorno paranoide presentó correlación positiva con la faceta búsqueda de emociones (.51) del factor extraversión.

Posteriormente, estos resultados fueron comparados con los obtenidos en el estudio meta-analítico de Samuel y Widiger (2008). Los índices de coeficientes de congruencia para los diez trastornos de personalidad fueron: histriónico (0.93), antisocial (0.92), esquizoide (0.84), evitativo (0.87), esquizotípico (0.83), límite (0.88), obsesivo (0.66), dependiente (0.64), narcisista (0.59) y paranoide (0.38). Estos resultados indican que el patrón de correlaciones entre los trastornos antisocial, histriónico, límite, evitativo, esquizoide y esquizotípico con las treinta facetas de personalidad fueron los más semejantes entre ambos.

## DISCUSIÓN

Los rasgos de personalidad normales a veces se convierten en desadaptativos (Clark Vorhies & McEwen, 1994; First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Benjamin, 1994; Dyce, 1997; Widiger, 2005, Gutiérrez, Hernandez-Bencardino, Rodríguez & Suárez-Salamanca, 2012). Muchos investigadores consideran que ésta falta de adaptación hace referencia a los trastornos de personalidad (Larsen & Buss, 2005; Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Ruiz Galán, Pérez González, & Bravo Ferrón, 2008). Diversos estudios empíricos aportan evidencia sobre la asociación entre los rasgos de personalidad y los trastornos de personalidad (Eysenck, 1979; Pope & Hudson, 1989; Carrasco, 2002; Skodoll, et al., 2002; Caballo, 2004, Escribano Nieto, 2006).

El presente estudio, tuvo como principal objetivo explorar la asociación entre los rasgos de personalidad normales y los trastornos de personalidad en una muestra local de estudiantes universitarios. Como segundo objetivo, se examinó las semejanzas y divergencias del patrón de relaciones encontradas en nuestra muestra con respecto a otras muestras de sujetos pertenecientes a otras culturas, obtenidos a través de dos estudios meta-analíticos (Samuel & Widiger, 2008, Saulsman & Page, 2005).

En efecto, en un primer estudio se compararon las correlaciones entre los cinco grandes factores de personalidad y los diez trastornos de personalidad obtenidos en nuestra muestra y los repostados en el estudio meta-analítico de Saulsman y Page (2005). Los coeficientes de congruencia obtenidos en este estudio indicaron que los factores neuroticismo, amabilidad y responsabilidad con los diez trastornos de personalidad fueron los más semejantes presentando una gran similitud entre ambos estudios, mientras que los factores extraversión y apertura no mostraron una semejanza importante. Estos resultados son consistentes con la teoría que sostiene que los desórdenes de personalidad pueden ser conceptualizados utilizando el FFM (Trull & Durrett, 2005). No obstante, aunque estos resultados apoyan al entendimiento de los desórdenes de personalidad del DSM como variantes extremas de los dominios del FFM mal adaptados, se considera que los cinco factores son demasiado

amplios para obtener una utilidad de diagnóstico (Clark, 2007). Por lo tanto, como un segundo análisis se exploró la relación entre las treinta facetas de personalidad subyacentes a los cinco factores y los trastornos de personalidad, lo que brinda información más precisa sobre estas relaciones.

De este último análisis, se observó que el patrón de correlaciones negativas entre el trastorno esquizoide y las facetas de personalidad confianza (A1), cordialidad (E1), gregarismo (E2), emociones positivas (E6); y positivas con depresión (N3), son semejantes a los reportados por Samuel y Widiger (2008). De manera particular, en nuestra muestra bajo estudio, este trastorno de personalidad se correlacionó con un tamaño del efecto grande y en dirección positiva con ansiedad social (N4) y vulnerabilidad (N6); y negativo con franqueza (A3), competencia (C1), sentido del deber (C3), y asertividad (E3). En el caso del trastorno evitativo, fue semejante el patrón de asociaciones positivas con las facetas de personalidad ansiedad (N1), depresión (N3), ansiedad social (N4), vulnerabilidad (N6); y negativas con confianza (A1), competencia (C1), cordialidad (E1) y asertividad (E3). En cuanto al trastorno dependiente, el patrón de correlaciones positivas con las facetas de personalidad ansiedad (N1) y vulnerabilidad (N6) resultó semejante. Por otro lado, en los resultados reportados por los autores en las otras muestras, se observó además una asociación positiva con un tamaño del efecto grande con depresión (N3) y ansiedad social (N4).

En relación al trastorno histriónico, el patrón de correlación positiva con la faceta de personalidad gregarismo (E2) resultó convergente en ambos estudios. No obstante, se observó también una asociación positiva con un tamaño del efecto grande en nuestro estudio con todas las facetas restantes del factor extraversión, y con fantasía (O1); y negativa con modestia (A5) y deliberación (C6). El patrón de correlación negativa entre el trastorno narcicista y la faceta de personalidad modestia (A5) fue análogo en ambos estudios. Prosiguiendo con el trastorno antisocial, el patrón de correlaciones negativas entre las facetas de personalidad altruismo (A2), conformidad (A4), sentido del deber (C3) y deliberación (C6) resultó semejante. Además se observaron en nuestro estudio asociaciones positivas con un tamaño del efecto grande con las facetas búsqueda de emociones (E5), impulsividad (N5). El trastorno obsesivo, llamativamente no presentó asociación significativa con ninguna de las facetas en los resultados del meta-análisis. A diferencia, en nuestro medio se observó una asociación positiva con un tamaño del efecto grande con todas las facetas de personalidad del factor responsabilidad.

Finalizando, en cuanto al trastorno esquizotípico, fue afín a ambos estudios el patrón de correlaciones positivas con las facetas de personalidad depresión (N3) y ansiedad social (N4); y negativas con confianza (A1) y cordialidad (E1). En nuestro medio, también hubo una asociación positiva con tamaño del efecto grande con vulnerabilidad (N6); y asociaciones negativas con asertividad (E3), competencia (C1) y sentido del deber (C3). En relación al trastorno límite, en los dos estudios fue igual el patrón de correlaciones positivas con todas las facetas de personalidad del factor neuroticismo; y negativas con competencia (C1). Además, se observó una asociación negativa con tamaño del efecto grande en nuestro medio con deliberación (C6). Por último, el patrón de correlación negativa entre el trastorno paranoide y la faceta de personalidad confianza (A1) resultó semejante a los reportados por los autores del meta-análisis. Además, se observaron asociaciones positivas con tamaño del efecto grande en nuestro estudio con las facetas de personalidad búsqueda de emociones (E5). En tanto los resultados del meta-análisis arrojaron también una asociación positiva con tamaño del efecto grande con hostilidad (N2).

Se observa como los patrones de asociación de los diez trastornos de personalidad con las treinta facetas de personalidad, brindan información mucho más precisa acerca de las convergencias y divergencias entre ambos estudios. En esta línea, los trastornos límite, esquizoide, esquizotípico, evitativo, histriónico y antisocial fueron los más semejantes con las treinta facetas de personalidad entre ambos medios, acercándonos a la afirmación de que puede tratarse de asociaciones más universales, de cuya existencia disertan algunos autores como Heine y Butchel (2009), no así cumpliéndose para los trastornos obsesivo, dependiente, narcicista y paranoide.

A modo de conclusión, puede decirse que existen asociaciones evidentes y muy marcadas entre ciertos patrones de factores de personalidad característicos de bajo nivel, y cada uno de los trastornos de personalidad, respaldándose en los resultados comparados de ambos estudios en medios socioculturales diferentes. Se destaca la asociación muy frecuente de las facetas del factor neuroticismo con muchos de los trastornos. Asimismo, las asociaciones muy particulares de algunos trastornos con factores específicos, por ejemplo, el trastorno obsesivo con el factor responsabilidad y el histriónico con extraversión. Puede decirse que estos patrones de correlación particulares hacen a las características más exclusivas y diferenciales de cada trastorno (Heine & Butchel, 2009). Sin embargo, también se observaron correlaciones divergentes entre los medios bajo estudio, lo que habla de que podrían existir diferencias culturales idiosincráticas en la asociación de los factores y las facetas de personalidad, con los trastornos; posiblemente provocadas por factores particulares de influencia presentes en cada cultura (López & Guarnaccia, 2000). Del mismo modo, se observó el fenómeno de la comorbilidad, en tanto son muchos los trastornos que comparten patrones característicos a nivel de las facetas de personalidad con otros trastornos, en especial en relación al factor neuroticismo, en concordancia con literatura que advierte de esta frecuente asociación (Mineka, Watson & Clark, 1999).

Cabe aclarar que el presente trabajo no está exento de limitaciones. Entre ellas podemos destacar el número de ítems del IPIP-NEO (300 ítems). Se considera esta una limitación porque la extensión del mismo puede producir fatiga en los participantes, influyendo en los resultados (Martínez, 2002, Samaja, 2003). Para solucionar este inconveniente, actualmente se está trabajando en una adaptación del mismo inventario conformado por 120 ítems. Otra de las limitaciones es que se utilizó la segunda versión del MCMI, cuando actualmente ya está comercializándose la versión III de éste instrumento, la cual podría presentar mejores propiedades psicométricas. Finalmente, otra limitación se presenta acarreada por el tamaño de la muestra, y el hecho que estuvo conformada únicamente por población universitaria (León & Montero, 2003). En investigaciones futuras, se pretende estudiar la relación de los rasgos de personalidad con los trastornos y también con síndromes clínicos, como el desorden de conducta alimentaria, en una muestra clínica extensa, y con los criterios diagnósticos de la quinta versión del DSM.

Por último, se destaca la importancia teórica y práctica de éste estudio. A nivel teórico, uno de los propósitos fue realizar una contribución en la literatura especializada en la evaluación de los rasgos de personalidad normal y sus trastornos. Su principal aporte es por el hecho de que no se ha registrado un estudio de este tipo en población latinoamericana, por lo que sería un primer paso en esa dirección. Además, constituiría un avance hacia la generalización de los resultados, al comparar los resultados obtenidos con datos provenientes de otras culturas. En relación a esto último, pudo concluirse que es factible optar por el Modelo de los Cinco Factores como un modo de subsanar las limitaciones que presenta el DSM IV, aportándonos pistas sobre la personalidad más general que enriquezcan las presunciones diagnósticas categoriales y de categorías únicas.

Aún más, los resultados obtenidos contribuyen a la predicción desde el Modelo de los Cinco Factores, de los diferentes trastornos de personalidad, a través de detectar qué rasgos/facetas relacionados a éstos presentan los sujetos. Esto es valioso porque brinda para la práctica psicoterapéutica, un método complementario a las categorías del DSM IV aportando una visión mucho más amplia de cada personalidad particular, más allá de la etiqueta diagnóstica. Esta información permitiría refinar el tratamiento a través de hacerlo más personalizado, teniendo en cuenta el orden dimensional e idiosincrático al considerar las facetas de bajo nivel relacionadas a los trastornos y mitigando el problema de la comorbilidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo, D.; Spielberger, C. D. & Buela – Casal, G. (2007). La depresión: ¿Un trastorno dimensional o categorial? *Salud Mental*, 30(3), 20-28.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª Ed.). Barcelona: Masson.
- Besteiro, J. L.; Lemos, S.; Muñiz, J.; García-Cueto, E.; Inda, E.; Paíno, M. & Roces, M. (2004). Validez de constructo de los trastornos de la personalidad del DSM-IV, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 255-269.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Cardenal, V.; Sánchez, M. & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3): 305-324.
- Carrasco, J. L. (2002). La relación entre los trastornos de control de los impulsos, la personalidad y los trastornos de la personalidad. *Aula Médica Psiquiatría*, 4, 323-340.
- Carretero (1982). El desarrollo de los procesos cognitivos: investigaciones transculturales. *Estudios de Psicología*, 9. Universidad Autónoma de Madrid.
- Clark, L. A., Vorhies, L. & McEwen, J. L. (1994). Personality disorder symptomatology from the five-factor perspective. En P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality Disorders and the Five Factor Model of Personality*. (pp. 95-116). Washington, DC; American Psychological Association.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and Diagnosis of Personality Disorder: Perennial Issues and an Emerging Reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257. DOI: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190200
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2ª Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, P.T. Jr. & McCrae, R.R. (1992). *The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO-Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Dematteis, M. B.; Castañeiras, C.; Sánchez, R. & Posada, M. (2009). Estudio de la calidad psicométrica de una escala breve para evaluar la personalidad. *IV Congreso Marplatense de Psicología*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
- Dyce, J.A. (1997). The big five factors of personality and their relationship to personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 53(6), 587-593. DOI: 10.1002/(SICI)1097-4679(199710)53:6<587::AID-JCLP7>3.0.CO;2-H
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B. & Benjamin, L. (1994). Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II) (Version 2.0). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Esbec & Echeburúa. (2011). La reformulación de los trastornos de personalidad en el DSM V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.
- Escribano Nieto, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, 1 (1): 4-20. ISSN: 1885-8023 cd-rl.
- George, D. & Mallery, M. (2001). *Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.
- Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public-domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. In I. Mervielde, I. J. Deary, F. De Fruyt, & F. Ostendorf (Eds.), *Personality psychology in Europe* (Vol. 7, pp. 7–28). Tilburg, the Netherlands: Tilburg University Press.

- Gutiérrez, C.; Hernandez-Bencardino, V.; Rodríguez, J. S. & Suárez-Salamanca, A. (2012). Relación entre rasgos de personalidad y conducta antisocial en función de variables sociodemográficas de un grupo de barristas de fútbol. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 12(1), 37-52.
- Heine, S. J. & Butchel E. E. (2009). Personality: the Universal and the Culturally Specific. *Annual Review Psychology*, 60, 369-94. DOI: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163655.
- Larsen, R. & Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad* (2º Ed.) México, Editorial Mc Graw Hill.
- Lemos, S. (1995). *Psicopatología*. Madrid: Síntesis.
- León, O.G. y Montero, I. (2003), *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid, McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Livesley, W. J. (2003). Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. En: K. A Phillips; M.B. First & H. A. Pincus (Eds.). *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis*. (pp. 153-190). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Londoño, N. H.; Maestre, K.; Schitter, M.; Castrillón, D.; Ferrer, A. & Chaves, L. (2007). Validación del cuestionario de creencias centrales de los trastornos de la personalidad (CCE-TP) en población Colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 138-162.
- López, S. R. & Guarnaccia, P. J. J. (2000). Cultural Psychopathology: Unconverging the Social World of Mental Illness. *Annual Review Psychology*, 51, 571-598
- Lorenzo-Seva, U. & Ten Berge, J.M.F. (2006). Tucker's Congruence Coefficient as a Meaningful Index of Factor Similarity. *Methodology*, 2, 57-64. DOI: 10.1027/1614-2241.2.2.57
- Madsen, L.; Parsons, S. & Grubin, D. (2006). The relationship between the five-factor model and DSM personality disorder in a sample of child molesters. *Personality and Individual Differences*, 40 (2), 227-236.
- Martínez, F. (2002) *El cuestionario. Un instrumento para la investigación en las Ciencias Sociales*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía.
- Millon, T. (1996). Trastornos de la personalidad. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal & J.A. Carreroles (Eds.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo 21.
- Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II [MCMI-II]*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Mineka, S.; Watson D. & Clark, L. A. (1999). Comorbidity of Anxiety and Unipolar Mood Disorders. *Annual Review Psychology*, 49, 377-412. DOI: 10.1146/annurev.psych.49.1.377
- Nestadt, G; Costa, P. T. Jr.; Hsu, F; Samuels, J; Bienvenu, J. O. y Eaton, W. W. (2008). The relationship between the Five-Factor Model and latent DSM-IV personality disorder dimensions. *NIH Public Access* 49(1), 98-105.
- Pope, H. & Hudson, J. (1989). Are eating disorders associated with borderline personality disorder? A critical review. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 1-9. DOI: 10.1002/1098-108X(198901)8:1<1::AID-EAT2260080102>3.0.CO;2-#
- Richard's, M.M. & Urquijo, S. (2006). Trastornos de personalidad y episodios isquémicos agudos. Determinación de perfiles de riesgo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 235-244.
- Rodríguez de Díaz, M. & Díaz- Guerrero, R. (1997). ¿Son universales los rasgos de personalidad? *Revista Latinoamericana de Psicología* 29 (1), 35-48.
- Ruiz Galán, A. M.; Pérez González, M. C. & Bravo Ferrón, S. (2008). Care plan for the patient with a dependent personality disorder. *Nure Investigación* 48.
- Samaja, J. (2003). *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica* (3º Ed.). Buenos Aires: Eudeba.
- Samuel, D. B. & Widiger, T.A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review* 28, 1326-1342.
- Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1996). *Psicología anormal* (7º Ed.). México: Prentice-Hall.

- Saulsman, L. M. & Page, A. C. (2005). Corrigendum to The five factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 23, 1055-1085.
- Skodoll, A., Gunderson, J., Pfohl, B., Widiger, T., Livesley, W. & Siever, L. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2001). Using multivariate statistics (4<sup>o</sup> Ed.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Trull, T. J. & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorders. *Annual Reviews* 1, 35–80. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009
- Vázquez, C.; Ring, J. & Avia, M.D. (1990). Trastornos de la personalidad. En F. Fuentenebro & C. Vazquez (Eds.). *Psicología Médica. Psicopatología y Psiquiatría* (pp. 771-806). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Widiger (2005). Five factor model of personality disorder: integrating science and practice. *Journal of Research in Personality* 39, 67–83.

**Tabla 3.**

*Correlaciones bivariadas de ambos estudios entre las treinta facetas y los diez Trastornos de personalidad.*

	Estudio realizado en nuestro medio										Estudio realizado en Norteamérica									
	Escalas del MCMI – II					Samuel y Widiger (2008)					NAR					ATIS				
	AVD	DEP	HIS	NAR	ATIS	OBS	SZT	BDL	PAR	SZD	AVD	DEP	HST	NAR	ATIS	OBS	SZT	BDL	PAR	
N1	.33	.40	.32	.14	.05	.20	.27	.48	.21	.13	.41	.39	.00	.02	.00	.16	.27	.38	.27	
N2	.28	.24	.02	.19	.16	.13	.20	.37	.25	.19	.29	.18	.08	.23	.27	.10	.29	.48	.41	
N3	.68	.66	.26	.02	-.00	.22	.58	.64	.22	.28	.53	.41	-.06	.03	.12	.09	.39	.50	.35	
N4	.70	.63	.22	-.20	-.17	.05	.53	.48	.10	.23	.56	.42	-.11	-.03	.02	.13	.32	.35	.29	
N5	.30	.32	.18	.29	.20	.49	.26	.27	.45	.00	.14	.17	.17	.14	.27	-.07	.17	.34	.15	
N6	.53	.52	.34	.31	.13	.32	.47	.63	.26	.14	.40	.43	.01	-.01	.04	.03	.25	.39	.22	
E1	-.65	-.43	.21	.55	.37	-.09	.24	-.45	-.21	.07	-.35	-.03	.26	-.07	-.13	-.07	-.28	-.20	-.28	
E2	-.39	-.25	.28	.43	.28	.00	.37	-.28	.09	-.48	-.42	-.03	.35	.04	.02	-.16	-.25	-.12	-.20	
E3	-.67	-.48	-.08	.54	.37	-.03	.27	-.49	.13	-.22	-.39	-.21	.27	.19	.06	-.01	-.13	-.09	-.08	
E4	-.21	-.28	-.22	.44	.36	.05	.30	-.24	.31	-.25	-.29	-.12	.25	.09	.02	.03	-.13	-.10	-.08	
E5	.07	.01	.06	.63	.59	.57	.06	.15	.24	-.21	-.23	-.06	.27	.16	.25	-.12	-.04	.06	-.01	
E6	-.39	-.27	.21	.48	.36	.07	.14	-.27	.13	-.38	-.39	-.15	.23	-.02	-.09	-.09	-.26	-.25	-.27	
O1	-.05	.00	.07	.43	.43	.29	-.02	.02	.13	-.05	.00	.05	.16	.11	.10	-.09	.14	.13	.00	
O2	-.21	-.06	.14	.28	.24	.05	.06	-.19	.08	-.06	-.03	.01	.10	.04	.00	.01	.07	.05	-.05	
O3	-.31	-.07	.25	.41	.24	-.10	.18	-.25	.07	-.17	-.04	.05	.18	.05	-.02	.01	.03	.09	-.02	
O4	-.31	-.27	-.11	.41	.33	.15	-.05	-.22	-.09	.13	-.20	-.13	.14	.04	.10	-.12	-.06	-.03	-.10	
O5	-.29	-.27	-.29	.13	.12	-.04	-.06	-.30	-.21	.00	-.05	-.12	.04	.07	.04	.03	.09	-.01	-.03	
O6	-.13	-.14	-.30	.05	.02	.02	-.41	-.18	-.07	-.05	-.05	-.04	.04	-.01	.08	-.09	.01	.05	-.05	
A1	-.49	-.36	.05	-.07	-.19	-.28	.05	-.37	-.25	-.28	-.29	-.07	.05	-.20	-.22	-.08	-.31	-.29	-.45	
A2	-.38	-.18	.13	-.28	-.24	-.54	.27	-.31	-.34	-.09	-.06	.00	-.10	-.31	-.37	.04	-.16	-.21	-.24	
A3	-.42	-.14	.25	.22	.17	-.16	.25	-.26	-.13	-.19	-.12	.03	.02	-.20	-.24	.04	-.15	-.18	-.21	
A4	-.22	-.06	.30	-.27	-.22	.18	-.16	-.16	-.21	-.08	-.02	.10	-.12	-.26	-.32	.01	-.13	.27	-.27	
A5	.25	.34	.31	-.44	-.39	.12	.21	.21	.17	.08	-.20	.16	-.16	-.37	-.17	.02	.05	.03	-.06	
A6	-.37	-.11	.26	.03	-.06	.06	-.28	-.17	-.21	-.11	-.02	.09	.02	-.17	-.19	.00	-.05	-.09	-.18	
C1	-.52	-.43	-.19	.12	.19	-.16	.49	-.45	.05	-.13	-.23	-.25	-.01	.01	-.21	.19	-.18	-.29	-.13	
C2	-.19	-.17	-.01	.02	.05	-.20	.43	-.20	.15	-.02	-.03	-.06	-.05	-.03	-.18	.25	-.06	-.10	.00	
C3	-.40	-.31	.00	-.07	-.08	-.49	.52	-.42	-.34	-.08	-.09	-.08	-.08	-.10	-.29	.25	-.10	-.22	-.10	
C4	-.24	-.21	-.03	.19	.23	-.17	.57	-.23	.19	-.13	-.19	-.16	.04	.02	-.19	.23	-.13	-.19	-.07	
C5	-.21	-.13	.00	.05	.11	-.23	.54	-.15	-.19	-.12	-.22	-.23	-.04	-.09	-.25	.21	-.18	-.29	-.14	
C6	-.27	-.21	-.11	-.43	-.29	-.57	.45	-.28	-.47	-.02	-.01	-.06	-.16	-.13	-.38	.24	-.10	-.27	.09	
CC	0.84	0.87	0.64	0.93	0.59	0.92	0.66	0.83	0.88	0.38										