

# El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias

E.J. PEDRERO PÉREZ<sup>a</sup>, A. LÓPEZ-DURÁN<sup>b</sup> Y A. OLIVAR ARROYO<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. <sup>b</sup>Universidad de Santiago de Compostela. La Coruña. España.

**RESUMEN.** *Objetivo.* El trastorno negativista de la personalidad (TNP), anteriormente denominado trastorno pasivo-agresivo, es el que más controversia genera, por diversos motivos: su estatus actual (propuesto para estudio en el DSM-IV), los criterios que se proponen para definirlo, su semejanza o cercanía a otros trastornos y las diversas prevalencias halladas en poblaciones diferentes. Por otra parte, todos los estudios efectuados estiman una alta prevalencia en población adicta. Los objetivos del estudio han sido determinar en qué medida el MCMI-II se ajusta a los criterios del DSM-IV para evaluar el patrón pasivo-agresivo/negativista de la personalidad, evaluar los rasgos que subyacen al TNP y las diferencias apreciadas con otros trastornos, así como las que se dan entre los sujetos con un trastorno negativista y otros, con respecto a diversas variables observables.

*Método.* Se aplica el cuestionario MCMI-II, el BFQ, el TCI-R y una versión de la entrevista SCID-II adaptada a los ítem del MCMI-II, y se estudia el historial clínico en una muestra de 201 sujetos que inician tratamiento por consumo de drogas.

*Resultados.* Los ítem principales del TNP dan información sobre 5 de los 7 criterios propuestos en el DSM-IV; el estudio de los rasgos subyacentes sitúa al TNP como una modalidad atenuada del trastorno límite de la personalidad (TLP), aunque la propia estructura del MCMI-II contribuye a esta semejanza; ambos trastornos se caracterizan, usando el

TCI-R, por la combinación de elevadas puntuaciones en búsqueda de novedad y evitación del daño, lo que les distingue claramente del resto de patrones, pero no entre sí, existiendo sólo una diferencia de grado. Sin embargo, los sujetos con un TNP muestran en su historial un menor número de situaciones críticas (intentos autolíticos, mejor ajuste laboral, inexistencia de maltrato físico en el entorno familiar, etc.) respecto a los que presentan un TLP.

*Conclusiones.* El TNP parece presentar características diferenciales que lo hacen merecedor de mayor atención en clasificaciones diagnósticas futuras, y, especialmente, en relación con las conductas adictivas que pueden encontrar explicación a partir de las características definitorias de esta determinada estructura de personalidad. El estudio de rasgos que lo asemeja al TLP es coherente con dos premisas formuladas por Millon: el TLP sería una de las modalidades descompensadas del TNP y los rasgos subyacentes, aunque comunes, no pueden explicar las diferencias entre los patrones, debido a que la configuración estructural no se atiene a la linealidad y ortogonalidad que se presupone en los rasgos.

**PALABRAS CLAVE:** personalidad negativista, trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, adicción, MCMI-II, TCI-R, BFQ, evaluación, trastornos de la personalidad.

## Negativistic personality disorder related with substance abuse

**ABSTRACT.** *Objectives.* The negativistic personality (NP), previously known as Passive-Aggressive Personality Disorder, is a matter of current discussion, due to several reasons: its current status (proposed to be studied in the DSM-IV), the crite-

### Correspondencia:

E.J. PEDRERO PÉREZ  
C/ Bergantín, 11 5.º B.  
28042 Madrid. España.  
Correo electrónico: ejpedrero@yahoo.es

Recibido: 26-04-2005.

Aceptado para su publicación: 26-01-2006.

ria that are proposed to define it, its similarity or proximity to other disorders and the diverse prevalence found in different populations. On the other hand, all studies estimate a high prevalence in addict population. The objectives of the study were to determine how MCMI-II adjusts to the criteria of the DSM-IV to evaluate the NP, to evaluate the traits that underlies to the TNP and the differences appreciated with other disorders, as well as the differences between subjects with a negativistic personality and others, throughout several variables.

**Method.** MCMI-II, BFQ, TCI-R and a version of SCID-II interview, adapted to ítems of the MCMI-II, using clinical history to obtain some variables, in a sample of 201 individuals who demand treatment for drug abuse.

**Results.** The main items of the NP give information on 5 of the 7 criteria proposed in the DSM-IV; the study of the underlying characteristics locates the TNP as a light modality of the Borderline Personality Disorder (BPD), although the proper structure of the MCMI-II contributes to this similarity; both disorders are characterized, using the TCI-R, by the combination of high scores in Novelty Seeking and Harm Avoidance, which distinguishes them clearly of the rest of patterns, but not to each other, existing only differences in the degree. Nevertheless, the subjects with a NP show in their life history a smaller number of critic situations (self-defeating attempts, better work adjustment, nonexistence of physic mistreat in the familiar surroundings, etc) respect to those who display a BPD.

**Conclusions.** The NP seems to display differential features that make it deserve a wider attention in future diagnostic classifications, and, specially, in relation to the addictive behaviours that can be explained from some of the characteristics of this structure of personality. The study of its traits is coherent with two premises formulated by Millon: the BPD would be one of the decompensated modalities of the NP and the underlying traits, although being common to both of them, cannot explain the differences between patterns, because this structural configuration does not rely on the linearity and ortogonality that is estimated in the traits.

**KEY WORDS:** negativistic personality, passive-aggressive personality disorder, addiction, MCMI-II, TCI-R, BFQ, assessment, personality disorders.

«La denominación “personalidad negativista” describe a estas personas a partir de su negatividad general y renunciar a hacer las cosas que los demás esperan de ellas o quieren que hagan. No obstante, más allá de esta resistencia pasiva poseen una impulsividad caprichosa, un estado de ánimo irritable y un pesimismo gruñón, descontento, mohíno, rígido y criticón que caracteriza su comportamiento. Siempre malhumorados, descontentos y quejándose continuamente, obstruyen y desalientan las ilusiones ajenas, su mera presencia desmoraliza de por sí. Aunque angustiados y descontentos consigo mismos, tampoco parecen satisfechos con los demás. Incluso en las mejores circunstancias siempre parecen buscar la “mácula en la limpieza”. Si están solos querrán estar con los demás; si están con los demás querrán estar solos. Si alguien les hace un regalo les disgustará deberles un favor; si no lo reciben se sentirán ofendidos y rechazados. Si mandan se quejarán amargamente de la falta de apoyo por parte de los otros; si no se les deja mandar criticarán y negarán su apoyo a los que mandan».

Millon y Davis, 1998

## Introducción

Dentro de los ya de por sí complejos (en su definición, en su clasificación, en su caracterización, en su delimitación, en su validación y en su diagnóstico) trastornos de la personalidad, existe uno sobre el cual no cesa la controversia: el trastorno negativista de la personalidad, anteriormente denominado trastorno pasivo-agresivo. Por otra parte, cuando se estudian muestras de sujetos con problemas de abuso o dependencia de sustancias, especialmente cuando se utilizan criterios dimensionales, el patrón negativista presenta tasas de prevalencia superiores a las esperadas.

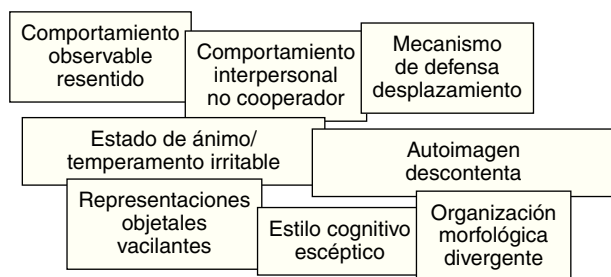
La denominación previa de trastorno pasivo-agresivo de la personalidad ha sido puesta en cuestión por cuanto hace más bien referencia a determinadas estrategias conductuales que las personas pueden utilizar en determinadas circunstancias, y que pueden ser consideradas adaptativas bajo ciertas condiciones; la preferencia de algunos sujetos por este tipo de estrategias no define por sí misma un trastorno de personalidad<sup>1</sup>. Por ejemplo, una personalidad narcisista, en circunstancias en las que no existe la posibilidad de desarrollar las estrategias habituales, puede canalizar su hostilidad bajo la forma de comportamientos obstruivos, cuya funcionalidad es desactivar la dominancia del otro (u otros) hasta restaurar las condiciones en que pueda expresarse la propia del sujeto narcisista. Una personalidad histrióni-

ca puede recabar la atención perdida mediante este tipo de estrategias o una personalidad evitadora puede enmascarar una agresión bajo la apariencia pasiva y de bajo riesgo de estrategias de resistencia. Todo lo cual no supone la existencia de un patrón estable, sino tácticas transitorias con objetivos definidos y en muchos casos adaptativos. Luego, no son estas estrategias las únicas que deben definir el trastorno o patrón de personalidad<sup>2</sup>.

El cambio de denominación, aún no admitido, sino meramente sugerido (el trastorno reformulado queda incorporado en el apéndice de entidades diagnósticas en estudio del DSM-IV bajo la denominación de *passive-aggressive personality disorder (negativistic personality)*<sup>3</sup>, obedece a un cambio de foco en las características definitorias del patrón de conducta, que ahora atiende preferentemente a los determinantes cognitivos y afectivos de la conducta. El pilar básico sobre el que descansa el patrón de personalidad negativista desde esta nueva perspectiva es la ambivalencia cognitiva. Esta ambivalencia define a individuos profundamente inseguros, que oscilan entre la dependencia de las personas con valor referencial y una necesidad de independizarse y liberarse del control que la dependencia conlleva, conformistas y a la vez fuertes opositores de forma indirecta, provocando al otro sin llegar al punto de romper el vínculo que les une «obedecen con desafío y desafían con obediencia», con sentimientos de ser poco valorados, de que el mundo les ha tratado de forma injusta, con apariencia amargada e infeliz, que les lleva al despliegue de todo un rosario de conductas desadaptativas de naturaleza reactiva, que caracterizan la presentación clínica del cuadro en sus diversas modalidades o fenotipos<sup>4</sup>.

La nueva denominación obedece a la propuesta de Millon<sup>5</sup>, si bien no llegó a atenderse en su totalidad. Este autor considera que la tendencia a resistirse a la autoridad ni es el principal ni es el único rasgo, sino que los criterios de definición del trastorno deberían ser más amplios, proponiendo los siguientes (fig. 1):

— Frecuentemente irritable y con estado de ánimo cambiante.



**Figura 1.** Características del prototipo negativista<sup>5</sup>.

— Tiende a referir facilidad para la frustración y el enojo.

— Insatisfecho con su autoimagen.

— Sentimiento de incompreensión y falta de aprecio por parte de los demás.

— Suele mostrarse pesimista, disgustado y desilusionado con la vida.

— Ambivalencia interpersonal que se debate entre ser dependiente aquiescente y afirmativamente independiente.

— Utiliza la impredecibilidad y los comportamientos huraños para provocar malestar en los otros.

Los criterios propuestos por el DSM-IV para el estudio de este trastorno pasivo/agresivo/personalidad negativista (DSM-IV-TR; APA, 2002)<sup>3</sup> son los siguientes:

A. Patrón permanente de actitudes de oposición y respuestas pasivas ante las demandas que exigen un rendimiento adecuado, que se inicia a principios de la edad adulta y se refleja en una gran variedad de contextos, y se caracteriza por 4 (o más) de los siguientes síntomas:

1. Resistencia pasiva a rendir en la rutina social y en las tareas laborales.

2. Quejas de incompreensión y de ser despreciado por los demás.

3. Hostilidad y facilidad para discutir.

4. Crítica y desprecio irracionales por la autoridad.

5. Muestras de envidia y resentimiento hacia los compañeros aparentemente más afortunados que él.

6. Quejas abiertas y exageradas por su mala suerte.

7. Alternancia de amenazas hostiles y arrepentimiento.

B. El patrón comportamental no aparece exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico.

Sin embargo, no todos los autores están de acuerdo con la nueva denominación propuesta, argumentando que el término «negativista» es ambiguo y falaz, no aporta ventajas sustanciales, muchas de las actitudes del patrón negativista están ya contenidas en el DSM-III-R, la inclusión de connotaciones temperamentales y afectivas no responde por fuerza a algo específico de este trastorno, ignora el conflicto básico que subyace como es la lucha ambivalente entre la autoafirmación y la agresividad-hostilidad, de un lado, y la dependencia afectiva que no puede reconocerse por el otro; y, finalmente, que no debe sustituirse una denominación que cuenta con fuerte apoyo documental en ausencia de datos empíricos que lo justifiquen<sup>4</sup>. Se critica, además, que la propuesta de Millon ha hecho desaparecer de la lista de trastornos de personalidad al pasivo-agresivo, relegándole a una categoría ficticia

«en estudio», lo que, en definitiva, dificulta su análisis al no ser una opción que manejen los clínicos, y ello a pesar de una historia donde su consistencia como constructo ha quedado suficientemente acreditada<sup>6</sup>.

Otros autores consideran que el trastorno pasivo-agresivo sólo representa una modalidad extrema del trastorno antisocial, y que su consideración dificulta el abordaje terapéutico de éste<sup>7</sup>. Para otros autores, el trastorno pasivo-agresivo es una prolongación del trastorno narcisista, aunque con la suficiente validez de criterio como para ser tenido en consideración<sup>8</sup>. Frente a ellos, algunos autores consideran que el trastorno pasivo-agresivo, medido con los instrumentos de Millon, presenta mayor validez incremental que cualquier otro para dar cuenta de los síntomas y síndromes del Eje I coexistentes<sup>9</sup>.

La situación actual sólo es un punto más en la cadena de cambios que la conceptualización de este trastorno ha ido sufriendo en las sucesivas ediciones del manual diagnóstico. La primera vez que se hace referencia a la existencia de una personalidad pasivo-agresiva es en el boletín técnico del Departamento de Guerra de los Estados Unidos en 1945<sup>4</sup>. En el DSM publicado en 1952 aparece el término personalidad pasivo-agresiva que consta de tres subtipos: el pasivo-agresivo, el pasivo-dependiente y el agresivo; en la segunda edición de este manual desaparecen los subtipos pasivo-dependiente y el agresivo; y en la tercera edición recuperan el subtipo pasivo-dependiente como personalidad dependiente, se incluyen algunas características del subtipo agresivo en la personalidad antisocial y se mantiene el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, pero se incluye como criterio diagnóstico que sólo se determinará la presencia de éste si no cumple los criterios para otro trastorno de la personalidad<sup>4</sup>.

Los estudios que analizan la prevalencia de la personalidad negativista son subsidiarios de la controversia que rodea a este trastorno. Diversos trabajos en diferentes muestras de población no clínica, y con instrumentos diversos, informan de prevalencias bajas (1,7%<sup>10</sup>), moderadas (6,6%<sup>11</sup>) o elevadas (11%<sup>12</sup>, 18-19%<sup>13-15</sup>). Estudios en muestras psiquiátricas estiman prevalencias más elevadas en cohortes de adolescentes (20%) que en las de adultos (9%)<sup>16</sup>. En cuanto al género, tradicionalmente ha sido considerado un trastorno masculino, con porcentajes del 82%<sup>9</sup> o del 71%<sup>17</sup>, aunque también se encuentran estudios en los que es igual<sup>8</sup> o más frecuente en población femenina<sup>18</sup>, posiblemente debido al viraje de los criterios diagnósticos desde las conductas pasivo-agresivas hacia los componentes más cognitivos del trastorno negativista.

En muestras de consumidores de sustancias los trabajos son escasos; a continuación indicamos los más

recientes que utilizan como instrumento de evaluación el Inventario Clínico Multiaxial de Millon en cualquiera de sus versiones.

Nadeau, Landry y Racine<sup>19</sup> evaluaron con el MCMI-I a 255 sujetos en tratamiento por problemas con el consumo de sustancias. Los resultados obtenidos mostraban que un 76,5% de la muestra alcanzaba una puntuación de tasa base (TB) superior a 74 en el patrón básico de personalidad negativista; y un 56,9% una TB superior a 84. La puntuación TB media en los hombres fue de 82,67 y ligeramente inferior en las mujeres, 81,38. Estos autores apuntan que la alta prevalencia de este estilo de personalidad que encontramos en la muestra se debe a que sus características se solapan con los criterios del trastorno por consumo de sustancias, afirmación difícil de sostener y acaso errónea como su siguiente afirmación, según la cual esta escala iba a ser excluida en el MCMI-III.

Pedrero et al<sup>20</sup> en un estudio con 150 sujetos en tratamiento ambulatorio por problemas con el consumo de sustancias, evaluaron la posible presencia de trastornos de personalidad con el MCMI-II. El 35,5% de la muestra tuvo una TB superior a 74 en el patrón negativista, el más frecuente; un 34,3% eran hombres y un 38,9% mujeres. El 29,8% de la muestra tuvo una TB superior a 84, con un 28,6% de hombres y un 33,3% de mujeres. Atendiendo al tipo de drogas el 46,9% de los consumidores de cocaína superan el punto de corte frente al 33,3% de los de heroína y el 35,3% de los de alcohol. Además, de ese 46,9% de consumidores de cocaína, que probablemente presentarían el trastorno, casi la totalidad (93,4%) mostrarían criterios de severidad.

Pedrero<sup>21</sup>, sobre una muestra de 187 sujetos, observó utilizando el MCMI-II que el 37,4% superaban el punto de corte de 74 para estimar la presencia de un trastorno negativista de la personalidad, siendo el patrón más frecuente tras el agresivo-sádico, con el 41,1%. Respecto al patrón negativista y las diferencias en función de la sustancia consumida, un 42% de los sujetos en tratamiento por cocaína superan el punto de corte de 74 frente al 26 y el 27% de los de alcohol y heroína, respectivamente.

Marlowe et al<sup>22</sup> evaluaron la congruencia entre el MCMI-II y el MCMI-III en 40 sujetos con dependencia de la cocaína. Los resultados indicaban que un 48% de la muestra utilizando el MCMI-II y un 40% evaluada con el MCMI-III, presentan una TB superior a 74 en el patrón pasivo-agresivo; y un 40% evaluada con el MCMI-II y un 3% con el MCMI-III, presentan una TB superior a 84 en el patrón básico pasivo-agresivo. Por lo tanto, el MCMI-III parece más restrictivo

que el MCMI-II al evaluar la intensidad del patrón pasivo-agresivo (TB superior a 84), aunque al evaluar la presencia del mismo los porcentajes son más similares.

Flynn et al<sup>23</sup> administraron el MCMI-II a 282 sujetos, de los cuales 146 indican que la heroína es su droga principal y 136 que es la cocaína. Los resultados que obtienen señalan diferencias significativas entre ambos grupos respecto a los porcentajes de prevalencia del patrón pasivo-agresivo: el 38,4% con una TB superior a 74 en el grupo de heroína como droga preferida, frente al 55,9% del grupo de cocaína.

Pedrero y Segura<sup>24</sup> evaluaron con el MCMI-II a 86 sujetos que están en tratamiento ambulatorio o residencial por problemas con el consumo de sustancias. Los resultados señalan que un 33,3% de la muestra presenta una TB superior a 74 en el patrón pasivo-agresivo, y un 29,8% superior a 84. El patrón pasivo-agresivo es en el que un mayor porcentaje de la muestra (16,7%) obtiene la puntuación más alta. En función del sexo, un 18% de los hombres obtienen en este patrón la mayor puntuación, frente a un 11,8% de las mujeres. En función de la droga por la que demandan tratamiento, un 30,8% de los que lo demandan por problemas con el consumo de cocaína tienen la puntuación más alta en el patrón pasivo-agresivo, frente al 14,3% de los que lo demandan por heroína o el 15% de los demandadores por alcohol.

Pedrero y De Ena<sup>25</sup> encontraron en una muestra con 475 sujetos a los que se les administra el MCMI-II, que el 30,6% de los varones y el 35% de las mujeres obtenían puntuaciones criterio para estimar la presencia de un trastorno negativista-pasivo-agresivo de la personalidad, sólo superado en el caso de las mujeres por el trastorno antisocial con el 40%. Es especialmente significativo que el 59,5% de las mujeres que consumen cocaína superan el punto de corte en la escala negativista.

Haller et al<sup>26</sup> estudiaron una muestra de 91 mujeres embarazadas que aceptaron tratamiento por dependencia de sustancias. Encontraron que la puntuación media de la muestra en la escala del patrón pasivo-agresivo es superior al punto de corte de 75 (un 77,1% tiene una puntuación mayor de 74), al igual que en las escalas evitativa (80%), antisocial (78,9%), límite (78,2%) y autodestructiva (75,9%).

Nielsen y Røjskjær<sup>27</sup> observaron en una muestra de 104 alcohólicos, y utilizando el MCMI-II, una prevalencia (TB > 75) superior al 50% de sujetos con trastorno negativista. Craig<sup>28</sup>, en una muestra de 443 adictos a heroína y cocaína encontró, utilizando la tercera versión del MCMI, una prevalencia del 34% para el trastorno negativista, sólo superada por el antisocial con el 60%.

Por último Campbell y Stark<sup>29</sup> compararon un grupo de 100 consumidores de sustancias que demandan tratamiento ambulatorio, con una muestra normativa psiquiátrica respecto a las puntuaciones obtenidas en el MCMI-II. Los resultados en cuanto al patrón pasivo-agresivo indicaban la existencia de diferencias significativas, ya que se esperaban sólo 24,25 sujetos con TB superior a 74 en el patrón pasivo-agresivo y se obtuvieron 48 casos.

Muchos otros estudios centrados en los trastornos de la personalidad de drogodependientes no atienden a este trastorno, ya sea porque los instrumentos que utilizan no lo contemplan o bien porque las entrevistas diagnósticas sólo toman en consideración los trastornos eventualmente admitidos en la vigente versión del DSM. Sin embargo, la prevalencia de entre el 30 y el 60% de este trastorno encontrada en las diferentes muestras estudiadas obliga a considerar la relación que guarda este patrón de comportamiento con las conductas de autoadministración de sustancias.

Para ello es necesario comenzar por estudiar qué evalúan en realidad los autoinformes, especialmente el MCMI, qué grado de ajuste con las categorías presentan estas escalas y cuál es el lugar que debiera ocupar este trastorno si fuera adecuado contemplarlo en futuras clasificaciones diagnósticas. En segundo lugar, nos parece de utilidad considerar qué rasgos subyacen al mencionado trastorno y qué lo diferencia de otros. En tercer lugar, nos proponemos buscar diferencias entre las conductas manifiestas de los negativistas con patrones próximos. En función de los resultados obtenidos podremos analizar la relación de este patrón de personalidad y el consumo de drogas.

## Objetivos

1. Determinar en qué medida el MCMI-II se basa en los criterios del DSM-IV para evaluar el patrón pasivo-agresivo/negativista de la personalidad.

2. Evaluar los rasgos que subyacen al trastorno pasivo-agresivo y las diferencias con la estructura de rasgos de otros trastornos.

3. Evaluar las diferencias entre los sujetos con un trastorno negativista y otros patrones próximos, respecto a diversas variables: ajuste laboral, presencia de intentos de suicidio, existencia de períodos de abstinencia sostenidos, maltrato físico en el núcleo familiar, problemas judiciales y co-ocurrencia de trastornos del control de los impulsos.

## Material y método

### Participantes

Se estudia una muestra de 201 sujetos que inician tratamiento por problemas con el consumo de sustancias psicoactivas en el CAD 4 San Blas del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (Ayuntamiento de Madrid) (tabla 1).

### Instrumentos

Administramos los siguientes cuestionarios:

— *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*, (MCMI-II) (Millon, 1999<sup>30</sup>). Es un cuestionario que consta de 175 ítem de respuesta verdadero-falso que informan 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 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.

— *Temperament and Character Inventory-Revised*, (TCI-R, versión española de Gutiérrez-Zotes et al, 2004<sup>31</sup>). Cuestionario basado en el modelo de personalidad biopsicosocial revisado de Cloninger<sup>32</sup>, de 240 ítem con respuesta según una escala tipo Likert de 5 opciones, que mide 4 dimensiones temperamentales (búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de recompensa y persistencia) y tres caracteriales (autodirección, cooperatividad y autotranscendencia), cada una de ellas con diversas subdimensiones. La validación preliminar en población española proporciona datos normativos que permiten tipificar los resultados.

— *Big Five Questionnaire* (BFQ; Caprara et al, 1993; versión española de Bermúdez, 1995<sup>33</sup>). Cuestionario de autoinforme basado en el modelo de 5 factores, validado para población española, lo que ofrece la posibilidad de presentar los resultados en puntuaciones T, según una distribución normal con media 50 y desviación típica 10, considerándose muy bajos los valores entre 25 y 34, bajos los comprendidos entre 35 y 44, promedio entre 45 y 54, altos entre 55 y 64 y muy altos entre 65 y 75. Se compone de 132 ítem que se responden en una escala de Likert de 5 opciones, e informa de 5 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.

— Entrevista tipo SCID-II<sup>34</sup> modificada en función de los ítem del MCMI-II. Para ello utilizamos el MCMI-II como entrevista preliminar, y en ella se profundiza en los ítem principales de cada uno de los trastornos que han obtenido mayor puntuación, estimando si se ajustan a los criterios DSM-IV. No nos consta que este procedimiento se halla utilizado en otros estudios, aunque la lógica es la misma que utiliza la SCID-II.

— Historial clínico, del que se obtienen las variables sociodemográficas, edad, sexo, antecedentes judi-

**Tabla 1.** Descriptivos de la muestra

	Droga principal						Edad		Sin estudios	Nivel de estudios		
	Heroína	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Benzodiacepinas	M	DE	Primarios		Secundarios	Universitarios	
Varones	149	39	59	37	14	0	34,9	9,9	20	63	52	14
Mujeres	52	14	20	16	0	2	36,3	8,7	5	21	21	5
Total	201	53	79	53	14	2	35,2	9,6	25	84	73	19

ciales, antecedentes psicopatológicos y droga que motiva la demanda de tratamiento.

### Procedimiento

Se espera el tiempo necesario (habitualmente entre 2 y 4 semanas) para que desaparezcan por completo los signos y síntomas atribuibles a la retirada de la droga, el síndrome de abstinencia o cualquier otra circunstancia que pudiera interferir en el autoinforme. Los pacientes cumplimentan los tres cuestionarios tras ser informados del uso clínico y para la investigación, firmando el consentimiento.

Se utiliza el paquete estadístico SPSS 10.0 W. Realizamos análisis descriptivos de frecuencias y de tendencia central y dispersión, correlación lineal simple, escalamiento multidimensional, regresión lineal y análisis de *clusters*.

### Resultados

Puede observarse en la tabla 2 cómo el patrón negativista es el que más prevalencia presenta al tener en cuenta los puntos de corte propuestos por Millon: un tercio de la muestra presentaría puntuaciones criterio para estimar la presencia de este trastorno, y las tres cuartas partes de ellos, además, con criterios de severidad. Esta escala de negativismo es la más puntuada en el 16% de los casos, no superada por ninguna otra. A considerable distancia se encuentran los patrones dependiente y antisocial.

En la tabla 3 se observan las mismas variables en función de la droga principal y el sexo.

Procedemos, a continuación, a estudiar la escala de personalidad negativista utilizada por Millon en su MCMI-II. Esta escala se compone de 10 ítem nucleares, que son aquellos que aportan 3 puntos a la escala (y sólo a esta escala 8A), en caso de ser contestados como verdaderos, y 31 ítem más, que aportan 2 o 1 punto a esta escala y un número variable de puntos a

**Tabla 2.** Porcentaje de puntuaciones TB superiores a los puntos de corte de presencia (TB > 74) y severidad (TB > 84) en cada escala, así como el porcentaje de ocasiones en que cada escala es la más puntuada por cada sujeto

Escala MCMI-II	Puntuaciones TB			Escala más elevada
	< 75	> 74	> 84	
Esquizoide	79,6%	20,4%	13,4%	10,2%
Evitativo	74,1%	25,4%	16,9%	5,8%
Dependiente	69,2%	30,3%	10,9%	12,8%
Histriónico	78,1%	21,4%	7,5%	5,3%
Narcisista	73,1%	26,4%	10,9%	8,4%
Antisocial	72,1%	27,4%	21,9%	11,9%
Agresivo	73,6%	25,9%	16,9%	7,1%
Obsesivo	88,6%	10,9%	2,5%	8,8%
Negativista	66,2%	33,3%	26,4%	15,9%
Autodestructivo	70,1%	29,4%	16,4%	6,6%
Esquizotípico	89,1%	10,4%	8,0%	2,7%
Límite	78,1%	21,4%	16,9%	3,5%
Paranoide	85,6%	13,9%	7,5%	0,9%

TB: tasa base. Para mayor detalle consultar la sección instrumentos.

**Tabla 3.** Porcentaje de puntuaciones TB superiores a los puntos de corte de presencia (TB > 74) en cada escala, según el sexo y la droga principal (se omiten los dos únicos usuarios de benzodiazepinas)

Escala MCMI-II	Heroína		Cocaína		Alcohol		Cannabis	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Esquizoide	25,6%	21,4%	10,3%	20,0%	35,1%	12,5%	21,4%	–
Evitativo	30,8%	28,6%	15,5%	35,0%	35,1%	12,5%	21,4%	–
Dependiente	17,9%	28,6%	39,7%	35,0%	32,4%	25,0%	14,3%	–
Histriónico	12,8%	14,3%	29,3%	20,0%	16,2%	25,0%	28,6%	–
Narcisista	30,8%	7,1%	29,3%	35,0%	24,3%	18,8%	28,6%	–
Antisocial	30,8%	35,7%	31,0%	25,0%	24,3%	18,8%	21,4%	–
Agresivo	28,2%	35,7%	24,1%	35,0%	16,2%	31,3%	28,6%	–
Obsesivo	5,1%	28,6%	5,2%	0,0%	16,2%	37,5%	7,1%	–
Negativista	33,3%	28,6%	39,7%	40,0%	29,7%	31,3%	21,4%	–
Autodestructivo	25,6%	35,7%	36,2%	25,0%	29,7%	25,0%	7,1%	–
Esquizotípico	12,8%	7,1%	8,6%	5,0%	18,9%	0,0%	14,3%	–
Límite	20,5%	21,4%	27,6%	20,0%	21,6%	18,8%	7,1%	–
Paranoide	15,4%	14,3%	17,2%	0,0%	18,9%	6,3%	14,3%	–
N	39	14	59	20	37	16	14	0

TB: tasa base.

**Tabla 4.** Relación entre los ítem nucleares (aquellos con la máxima puntuación exclusivamente en esta escala) del patrón de negativismo del MCMI-II y los criterios diagnósticos para la investigación del trastorno pasivo-agresivo/personalidad negativista del DSM-IV-TR

N.º	Ítem nucleares escala 8A del MCMI-II	Criterios DSM						
		1	2	3	4	5	6	7
22	Si mi familia me obliga o presiona es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren	x		x				
50	Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente							x
55	No soporto a las personas «sabihondas», que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo					x		
66	Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello			x				x
95	Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho			x				x
104	Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionadamente mal	x			x			
107	Con frecuencia estoy irritable y de mal humor			x				
135	Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer	x		x				
156	Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos							
165	Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío	x		x				

otras (28 de ellos si se contesta verdadero y 3 si se contesta falso).

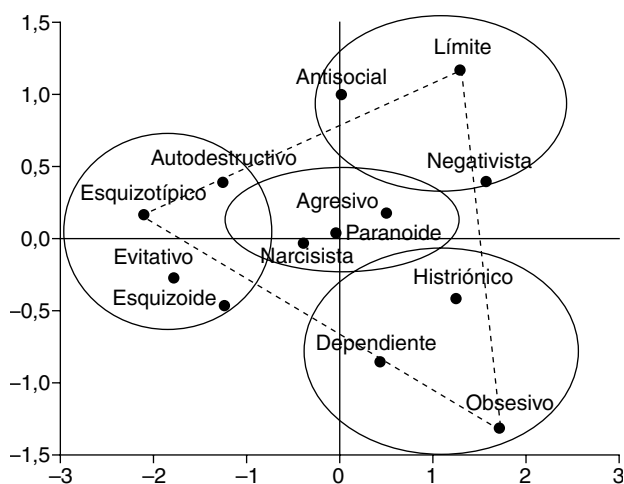
Presentamos en la tabla 4 los ítem nucleares de la escala de negativismo y hacemos constar a qué criterio DSM-IV-TR pueden estar aportando evaluación. Puede apreciarse cómo estos ítem no exploran los criterios 2 y 6, y alguno de ellos, el ítem 156, no está relacionado con ninguno de los criterios DSM, si bien sí es coherente con la formulación evolutiva del trastorno según la teoría de Millon.

La existencia de un número tan elevado de ítem secundarios, que comparten puntuaciones con varios de los otros patrones, puede ser la causa del solapamiento habitual en la interpretación de los resultados del MCMI-II. Trabajamos en el paso posterior únicamente con los ítem nucleares de los 13 trastornos evaluados por el MCMI-II y comparamos la similitud en cuanto a las distancias entre variables, a partir de la correlación de Pearson. En la tabla 5 pueden observarse estas similitudes, en la parte superior a partir de los ítem nucleares y en la inferior a partir de las puntuaciones TB de las escalas al completo.

Como puede apreciarse se reducen mínimamente las correlaciones a pesar de que, en la parte superior, los ítem utilizados no puntúan más que en una escala, eliminándose el solapamiento de puntuaciones que podría ser el responsable de la elevada correlación entre escalas. Volvemos ahora a utilizar los ítem nuclea-

res de cada escala para obtener un escalamiento en dos dimensiones de las puntuaciones en cada una de ellas (fig. 2).

Como sugieren estos datos el trastorno negativista se situaría en la órbita de los trastornos límite y antisocial, y muy próximo al agresivo-sádico. Observamos ahora los ítem nucleares del límite y el antisocial y sus relaciones con el negativista (tabla 6).



**Figura 2.** Escalamiento bidimensional de las escalas de patrones de personalidad del MCMI-II a partir de sus ítem nucleares. (Configuración de estímulos derivada de la distancia euclídea; N = 201.)



**Tabla 5.** Matriz de similitudes (distancias según r de Pearson) entre las escalas del MCMI-II: parte superior sólo ítem nucleares; parte inferior escala completa (N = 201)

	Negativista	Esquizoide	Evitativo	Dependiente	Histriónico	Narcisista	Antisocial	Agresivo	Obsesivo	Autodestructivo	Esquizotípico	Límite	Paranoide
Negativista		0,20	0,41	0,35	0,34	0,38	0,44	0,61	0,05	0,61	0,50	0,75	0,55
Esquizoide	0,22		0,42	0,19	-0,27	0,07	0,10	0,10	0,05	0,19	0,32	0,16	0,30
Evitativo	0,56	0,67		0,34	-0,17	0,15	0,23	0,21	0,13	0,51	0,70	0,48	0,43
Dependiente	-0,13	0,29	0,23		0,19	0,07	0,06	0,16	0,42	0,30	0,28	0,27	0,28
Histriónico	0,32	-0,42	-0,19	-0,08		0,44	0,34	0,41	0,10	0,24	0,01	0,27	0,20
Narcisista	0,44	-0,18	-0,08	-0,32	0,72		0,53	0,50	0,10	0,32	0,28	0,36	0,46
Antisocial	0,69	0,02	0,33	-0,40	0,51	0,61		0,47	-0,05	0,41	0,42	0,51	0,34
Agresivo	0,73	0,02	0,22	-0,41	0,48	0,70	0,75		0,13	0,42	0,34	-0,58	0,45
Obsesivo	-0,39	0,14	-0,18	0,26	-0,26	-0,09	-0,42	-0,18		-0,03	0,11	-0,05	0,26
Autodestructivo	0,67	0,42	0,79	0,35	0,11	0,08	0,35	0,32	-0,25		0,60	0,67	0,34
Esquizotípico	0,61	0,56	0,81	0,13	-0,01	0,09	0,46	0,33	-0,16	0,70		0,57	0,48
Límite	0,82	0,22	0,64	0,01	0,29	0,31	0,66	0,56	-0,40	0,78	0,67		0,49
Paranoide	0,55	0,19	0,32	0,02	0,41	0,63	0,54	0,62	0,12	0,37	0,43	0,45	

**Tabla 6.** Ítem nucleares de las escalas C (límite) y 6A (antisocial) y su aportación a las escalas 6A, C y 8A (negativismo)

N.º	Ítem nucleares	Escalas MCMI-II		
		C	6A	8A
		Escala C (límite)		
25	Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren	3		1
43	La principal causa de mis problemas ha sido mi mal carácter	3	2	2
56	He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito	3		
58	Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas	3		1
73	He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas	3	2	2
82	No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero	3		2
113	Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida	3	1	
115	A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros	3		2
128	Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro	3		2
155	Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas	3		2
171	Personas por las que en un principio he sentido gran admiración, más tarde me han defraudado al conocer la realidad	3	1	1
		Escala 6. <sup>a</sup> (antisocial)		
7	Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio	1	3	
40	En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí	1	3	
92	El que me castiguen nunca me ha frenado para hacer lo que he querido		3	
94	Siendo adolescente me fugué de casa por lo menos una vez	1	3	
103	Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar	1	3	
116	La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido		3	
130	He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años	1	3	
147	Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno	1	3	
162	Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría	1	3	
172	Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca		3	

Puede apreciarse cómo el MCMI-II proporciona un perfil en el cual las escalas 8A (negativista) y C (límite) comparten un buen número de ítem, y no sucede igual con la escala 6A (antisocial), que comparte menos con la C y ninguna con la 8A (hablamos de ítem nucleares). Lo que viene a suponer que la comorbilidad observable con el trastorno límite de la personalidad (TLP) viene determinada *a priori* por una organización y ponderación de los ítem que favorece la aparición de relaciones preestablecidas. Bien es cierto que así se formula su estructura desde el modelo dimensional politético, pero también lo es que la contemplación aislada del MCMI-II no favorece (como era el intento del autor a partir de las puntuaciones TB) la aproximación categorial diagnóstica. Sería preciso,

bien completar la evaluación con una entrevista estructurada (según el modelo SCID-II) relacionada con el MCMI, bien utilizar otros cuestionarios que facilitaran la tarea de discriminar entre los patrones superpuestos.

Comenzando por la segunda opción, utilizamos dos cuestionarios de rasgos para procurar encontrar las diferencias entre los patrones que aparecen más similares en el MCMI-II. Para minimizar solapamientos trabajamos únicamente con los ítem nucleares, esto es, los que puntúan máximo (3 puntos) en cada escala y sólo en ella. En la tabla 7 se pueden observar las correlaciones entre estas escalas nucleares y las dimensiones y subdimensiones temperamentales y caracteriales del TCI-R.

Puede apreciarse cómo los patrones negativista y límite son prácticamente similares, si excluimos una

**Tabla 7.** Correlaciones significativas entre escalas del MCMI-II (a partir de sus ítem nucleares) y las dimensiones y subdimensiones del TCI-R

N = 201	Negativista	Límite	Antisocial	Narcisista	Paranoide	Agresivo	Evitativo
Búsqueda de novedad	0,28 (**)	0,35 (**)	0,41 (**)	0,24 (**)	0,34 (**)		
Excitabilidad exploratoria	-0,16 (*)	-0,15 (*)			-0,18 (*)		-0,28 (**)
Impulsividad	0,33 (**)	0,41 (**)	0,34 (**)	0,20 (**)		0,29 (**)	
Extravagancia	0,31 (**)	0,40 (**)	0,38 (**)	0,21 (**)		0,30 (**)	
Desorden	0,24 (**)	0,24 (**)	0,31 (**)	0,23 (**)		0,28 (**)	
Evitación del daño	0,20 (**)	0,39 (**)		-0,16 (*)	0,19 (**)		0,39 (**)
Preocupación	0,16 (*)	0,31 (**)			0,15 (*)		0,26 (**)
Miedo a lo incierto			-0,26 (**)	-0,27 (**)			0,14 (*)
Timidez	0,16 (*)	0,25 (**)			0,16 (*)		0,41 (**)
Fatigabilidad	0,34 (**)	0,48 (**)	0,18 (*)		0,22 (**)		0,38 (**)
Dependencia de recompensa	-0,14 (*)	-0,16 (*)			-0,26 (**)		-0,25 (**)
Sentimentalismo	0,16 (*)	0,24 (**)					0,18 (**)
Calidez				0,17 (*)			-0,23 (**)
Apego comunicatividad	-0,17 (*)	-0,27 (**)		0,04	-0,28 (**)		-0,33 (**)
Dependencia	-0,43 (**)	-0,35 (**)	-0,35 (**)	-0,39 (**)	-0,37 (**)	-0,38 (**)	
Persistencia					0,23 (**)	0,20 (**)	
Esfuerzo							
Trabajo					0,15 (*)		
Ambición	0,20 (**)			0,19 (**)	0,27 (**)	0,35 (**)	
Perfeccionismo		-0,18 (*)			0,15 (*)		
Autodirección	-0,59 (**)	-0,72 (**)	-0,34 (**)	-0,20 (**)	-0,36 (**)	-0,40 (**)	-0,44 (**)
Responsabilidad	-0,48 (**)	-0,64 (**)	-0,29 (**)	-0,20 (**)	-0,42 (**)	-0,33 (**)	-0,51 (**)
Orientación	-0,37 (**)	-0,49 (**)					-0,26 (**)
Recursos	-0,34 (**)	-0,43 (**)					-0,30 (**)
Autoaceptación	-0,47 (**)	-0,44 (**)	-0,34 (**)	-0,40 (**)	-0,39 (**)	-0,50 (**)	-0,21 (**)
Congruencia	-0,39 (**)	-0,57 (**)	-0,32 (**)		-0,15 (*)	-0,26 (**)	-0,31 (**)
Cooperatividad	-0,40 (**)	-0,41 (**)	-0,32 (**)	-0,28 (**)	-0,45 (**)	-0,50 (**)	-0,24 (**)
Tolerancia social	-0,26 (**)	-0,25 (**)	-0,16 (*)	-0,17 (*)	-0,25 (**)	-0,42 (**)	
Empatía	-0,17 (*)	-0,23 (**)			-0,16 (*)	-0,16 (*)	
Altruismo	-0,37 (**)	-0,40 (**)	-0,27 (**)	-0,24 (**)	-0,34 (**)	-0,34 (**)	-0,31 (**)
Compasión	-0,30 (**)	-0,31 (**)	-0,30 (**)	-0,22 (**)	-0,42 (**)	-0,45 (**)	-0,15 (*)
Integridad	-0,28 (**)	-0,24 (**)	-0,28 (**)	-0,27 (**)	-0,36 (**)	-0,30 (**)	-0,24 (**)
Autotranscendencia	0,33 (**)	0,36 (**)	0,31 (**)	0,35 (**)	0,32 (**)	0,31 (**)	0,32 (**)
Ensimismamiento	0,42 (**)	0,48 (**)	0,34 (**)	0,38 (**)	0,39 (**)	0,36 (**)	0,19 (**)
Transpersonalidad	0,18 (*)	0,15 (*)	0,17 (*)	0,22 (**)	0,20 (**)	0,17 (*)	0,20 (**)
Espiritualidad	0,15 (*)	0,19 (**)	0,21 (**)	0,19 (**)	0,17 (*)	0,19 (**)	

(\*) p < 00,05; (\*\*) p < 00,01

**Tabla 8.** Regresión lineal por pasos sucesivos de las dimensiones y subdimensiones temperamentales del TCI-R sobre cada una de las escalas de trastornos de la personalidad del MCMI-II. En el cuadro los coeficientes  $\beta$  estandarizados y en la línea inferior la  $R^2$  del modelo de regresión (N = 201)

	Esquizoide	Evitativo	Dependiente	Histriónico	Narcisista	Antisocial	Agresivo	Obsesivo	Negativista	Autodestructivo	Esquizotípico	Límite	Paranoide
Búsqueda de novedad				0,28	0,17	0,31	0,21	-0,53					
Excitabilidad exploratoria	-0,26		-0,27							-0,16			-0,15
Impulsividad		0,26							0,14	0,23		0,23	
Extravagancia									0,22	0,20		0,24	
Desorden		-0,14											
Evitación del daño		0,52							0,30		0,56	0,28	
Preocupación										0,36	-0,32		
Miedo a lo incierto		-0,27											
Timidez	0,18	0,15		-0,20	-0,26					0,17			
Fatigabilidad													
Dependencia de recompensa													
Sentimentalismo			0,21							0,19		0,16	
Calidez	-0,20			0,28									
Apego comunicatividad	-0,22	-0,25									-0,17		
Dependencia			0,23	-0,15	-0,26	-0,41	-0,42		-0,39	-0,21	-0,27	-0,32	-0,31
Persistencia										0,29			
Esfuerzo				-0,15				0,20					
Trabajo											0,17		
Ambición		0,18	0,18	0,26	0,21		0,18		0,20			0,17	0,34
Perfeccionismo													
R2 corregida	0,38	0,40	0,16	0,46	0,30	0,31	0,30	0,30	0,36	0,40	0,26	0,38	0,24

cuestión de grado: el límite correlaciona con mayor fuerza. Ambos patrones comparten con el antisocial, el narcisista y el agresivo una importante búsqueda de novedad (también en varias de sus subdimensiones), pero no comparten con ellos la elevada evitación del daño; la cual, a su vez, comparten con el paranoide y el evitativo, además de una baja dependencia de recompensa, pero no comparten con ellos la búsqueda de novedad, ni la persistencia que muestran el agresivo y el paranoide. Las dimensiones caracteriales, como pueden verse, proporcionan muy pocas diferencias, siendo lo común observar que todos los patrones estudiados puntúan muy bajo en autodirección, en cooperatividad y muy alto en autotrascendencia.

En la tabla 8 mostramos el resultado de efectuar un análisis de regresión de las dimensiones temperamentales y todas sus subdimensiones sobre cada una de las escalas del MCMI-II en puntuaciones TB. Se constatan en el cuadro los coeficientes  $\beta$  estandarizados y, en la línea inferior, la proporción de varianza explicada por el modelo, según la  $R^2$  corregida. Se observa cómo puede predecirse en torno a un tercio de la va-

rianza de casi todos los patrones de personalidad, llegando a aproximarse, en algún caso, hasta el 50%. Resumimos la regresión, utilizando sólo las escalas temperamentales principales en la tabla 9.

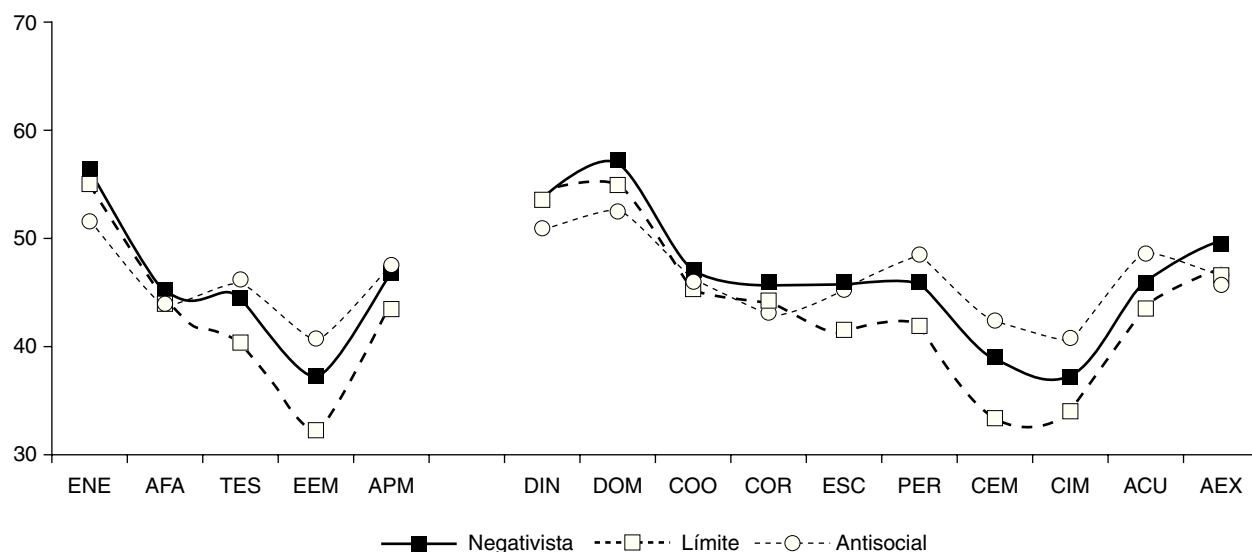
Si efectuamos un análisis de regresión de todas las subescalas del TCI-R el patrón negativista puede predecirse hasta en un 55% de su varianza a partir de una baja responsabilidad ( $\beta_e = -0,26$ ), una baja dependencia ( $\beta_e = -0,22$ ), alto ensimismamiento ( $\beta_e = 0,28$ ), baja compasión ( $\beta_e = -0,25$ ), elevada extravagancia ( $\beta_e = 0,16$ ) y alta fatigabilidad ( $\beta_e = 0,15$ ).

Cuando utilizamos el BFQ y buscamos el perfil que cada patrón nos ofrece, encontramos (fig. 3) casi una superposición entre los patrones antisocial, negativista y límite, y las diferencias se establecen principalmente en la dimensión de estabilidad emocional (y sus dos subdimensiones de control emocional y control de impulsos) que descienden paulatinamente desde moderadamente bajas en el antisocial, muy bajas en el negativista y críticamente bajas en el límite.

Tal similitud entre los patrones puede quedar plenamente justificada por la propia estructura del MCMI-II.

**Tabla 9.** Resumen gráfico del análisis de regresión lineal por pasos sucesivos de las dimensiones temperamentales del TCI-R sobre cada una de las escalas de trastornos de la personalidad del MCMI-II: En el cuadro los coeficientes  $\beta$  estandarizados (< 0,3, +; > 0,30 y < 0,40 ++; > 0,40 +++; lo mismo para negativos) y en la línea inferior la R<sup>2</sup> del modelo de regresión

N = 201	Esquizoide	Evitativo	Dependiente	Histriónico	Narcisista	Antisocial	Agresivo	Obsesivo	Negativista	Autodestructivo	Esquizotípico	Límite	Paranoide
Búsqueda de novedad	-		-	++	+	+++	++	---	++	++	+	+++	
Evitación del daño	++	+++	+	-		--			+	+++	++	++	
Dependencia de recompensa	--	-	+	+		-	-			-	-		-
Persistencia		+	+				+	+		-	-	+	+
R <sup>2</sup> corregida	0,32	0,31	0,11	0,32	0,20	0,19	0,15	0,29	0,15	0,27	0,13	0,21	0,09

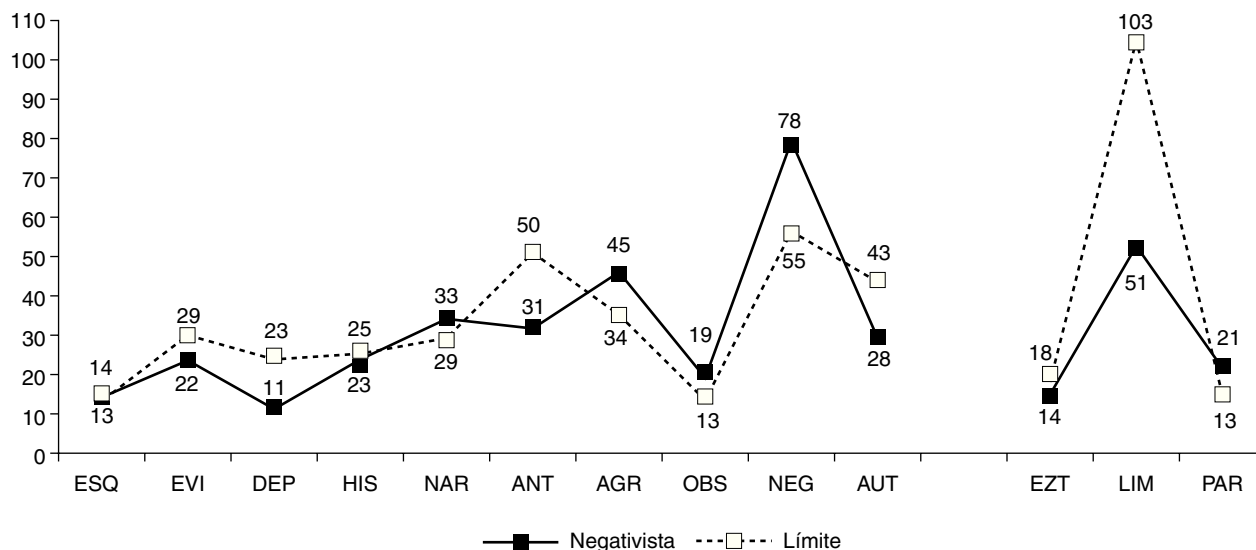


**Figura 3.** Perfil BFQ de las escalas de negativista, antisocial y límite del MCMI-II. (N = 201). ENE: energía; AFA: afabilidad; TES: tesón; EEM: estabilidad emocional; APM: apertura mental; DIN: dinamismo; DOM: dominancia; COO: cooperatividad; COR: cordialidad; ESC: escrupulosidad; PER: perseverancia; CEM: control de las emociones; CIM: control de los impulsos; ACU: apertura a la cultura; AEX: apertura a la experiencia.

Observemos qué sucedería si un individuo marcara únicamente los ítem que puntúan en las escalas de negativismo y límite en el MCMI-II (fig. 4). Como puede apreciarse, alguien que contestara sólo a los ítem de negativismo obtendría ya, de entrada, lo que viene a suponer una TB para el trastorno límite de personalidad de TB = 65-70. Y quien puntuara a todos los ítem del patrón límite proporcionaría automáticamente una puntuación de gran severidad (TB = 110-115) para el trastorno negativista.

En la tabla 10 observamos el resultado de realizar un análisis de *clusters* sobre la submuestra de 67 sujetos que superan la puntuación TB = 74 en la muestra total. De los 5 grupos obtenidos observamos que dos

corresponden más propiamente a puntuaciones congruentes con un patrón límite, uno de ellos con predominio de rasgos histriónicos, narcisistas y agresivos (límite agresivo) y el otro con componentes evitativos y autodestructivos no tan pronunciados en el grupo anterior (límite depresivo). Los otros tres corresponderían con mayor propiedad a patrones negativistas, uno con componentes evitativos (negativista depresivo), otro con componentes narcisistas, antisociales y agresivos (negativista agresivo) y el tercero, y más numeroso, a un patrón más nítidamente negativista, sin predominio claro de otros componentes (negativista puro).



**Figura 4.** Perfil MCMI-II (en puntuaciones directas) si se contestan sólo los ítem que puntúan en la escala 8.<sup>a</sup> (patrón negativista/pasivo-agresivo) y en la escala C (patrón límite). ESQ: esquizoide; EVI: evitativo; DEP: dependiente; HIS: histriónico; NAR: narcisista; ANT: antisocial; AGR: agresivo sádico; OBS: obsesivo compulsivo; NEG: negativista; AUT: autodestructivo; AZT: esquizotípico; LIM: límite; PAR: paranoide.

**Tabla 10.** Análisis de 5 clusters sobre la submuestra de 67 sujetos que alcanzan y superan el punto de corte tasa base= 75 en la escala de 8A (negativismo) del MCMI-II

	Centros de los conglomerados finales														
	1	2	3	4	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	N	
1. Límite agresivo	38	61	34	92	98	101	97	29	104	75	57	90	79	12	
2. Límite depresivo	67	88	62	65	65	96	82	34	106	95	96	109	73	13	
3. Negativista depresivo	90	92	65	30	49	66	71	59	96	76	84	75	73	7	
4. Negativista puro	55	68	71	68	60	65	64	43	91	83	59	76	63	22	
5. Negativista agresivo	73	70	36	64	78	90	87	54	94	56	63	66	77	13	

A continuación, seleccionamos de la muestra a los sujetos que cumplan los siguientes criterios:

— Puntuación mayor de TB = 84 en la escala 8A del MCMI-II, siendo la TB de la escala C < 85 (grupo negativista).

— Puntuación mayor de 85 en la escala C del MCMI-II, sin que ninguna otra escala supere esta puntuación (grupo límite).

— Que cumplan los criterios DSM-IV para el trastorno correspondiente a su grupo, según la entrevista SCID-II modificada para los ítem nucleares según el MCMI-II.

Obtenemos dos grupos de 17 sujetos cada uno que se ajustan al perfil definido. Atendemos a su historia clínica para explorar determinadas variables que puedan ser relevantes en la búsqueda de diferencias. En la tabla 11 se muestran los resultados.

**Tabla 11.** Porcentaje de sujetos diagnosticados de trastorno negativista y trastorno límite en relación con diversas variables

	Negativistas	Límites
Ajuste laboral		
Bueno	24%	0%
Inestable	59%	29%
Nulo	18%	71%
Intentos de suicidio consumados	0%	71%
Fases sostenidas de abstinencia	76%	29%
Maltrato físico en el núcleo familiar	0%	88%
Problemas judiciales	6%	29%
Trastornos del control de los impulsos	12%	53%

Pueden apreciarse sensibles diferencias entre un grupo y otro. Mientras el grupo de negativistas alcanza moderados niveles de ajuste en el mundo laboral,

los límites apenas consiguen alcanzar niveles de ajuste inestable (trabajos que inician y abandonan pronto), estando, en su mayoría, al margen del mundo laboral. Otro indicador claro de diferencias son los intentos suicidas (más propiamente parasuicidios), que constan en el historial de casi las tres cuartas partes del grupo de límites, pero no se han producido en ningún caso en el grupo de negativistas. Los períodos de abstinencia en tratamiento (mínimo tres meses) son frecuentes entre los negativistas, pero muy difíciles de obtener en los límites. El historial de maltrato físico, tanto en la familia de origen como en el núcleo del matrimonio formado, es extremadamente frecuente (y, en muchos casos, persiste en el momento actual) entre los límites, mientras que no existe en el grupo de negativistas. Los problemas judiciales son muy infrecuentes en ambos grupos, llegando a lo anecdótico en el caso de los negativistas. Es frecuente la co-ocurrencia de trastornos del control de los impulsos en el grupo límite (más frecuentemente de tipo alimentario en las mujeres, y de conductas de juego en los varones) y mucho menos en el grupo de negativistas.

## Discusión

La primera pregunta que debería responderse es: ¿existe realmente una entidad clínica que pueda denominarse trastorno negativista o pasivo agresivo?, o bien ¿se trata más propiamente de un subtipo de algún otro trastorno?, ¿es un terreno limítrofe entre diversos patrones de personalidad?, ¿es un artefacto derivado de los instrumentos que pretenden medirlo? En realidad, ésta es una pregunta que nos formula el DSM-IV, al relegar a este trastorno a la categoría de «en estudio», junto a otra, que viene a ser: si existe, ¿son los criterios formulados los más adecuados para caracterizarlo?

Nuestros datos, en consonancia con el objeto de estudio, son ambivalentes. Algunos nos sugieren que el trastorno negativista de la personalidad (TNP) parece tener una entidad propia, mientras otros lo muestran como una modalidad atenuada del TLP. Cuando efectuamos el escalamiento bidimensional de los resultados, obtenido mediante el pase de los 201 cuestionarios, los resultados son sorprendentemente coherentes con el modelo teórico de Millon: el patrón negativista se sitúa equidistante de los patrones límite y paranoide, y en el mismo plano, aunque en distinto cuadrante, que el patrón obsesivo-compulsivo (TOCP). Según la teoría propuesta y sucesivamente revisada por el autor<sup>35</sup>, el TNP y el TOCP compartirían la ambivalencia,

si bien el TNP la resolvería de manera activa, tendiendo el TOCP a la resolución pasiva y conformista de sus conflictos intrapsíquicos. Y ambos tenderían, en situaciones de descompensación, a funcionar según los patrones más severos límite o paranoide.

La estructura del MCMI-II es compleja y los resultados que proporciona muy difíciles de interpretar. No basta con observar cuál es la escala más puntuada o cuál o cuáles superan los puntos de corte. Es preciso dotar de una estructura a los datos, y para ello hay que tener muy en cuenta la propia estructura del cuestionario. El hecho de que muchos ítem puntúen en dos o más escalas propicia la aparición de datos redundantes y perfiles complejos que no pueden interpretarse meramente como «comorbilidad entre trastornos». Si observamos la figura 3 comprenderemos que una persona que obtenga una puntuación elevada en la escala C (límite) por fuerza la obtendrá también en la escala 8A (negativista) y en la 6A (antisocial) y no puede derivarse de ello un diagnóstico triple o deducirse la habitual comorbilidad entre estos trastornos. La interpretación del MCMI-II requiere una aproximación jerárquica al análisis de los datos, tal y como el propio DSM requiere para los diagnósticos en otras categorías, de modo que la estimación de un trastorno más severo hace innecesario el diagnóstico de aquellos otros de rango inferior por más que también en estos casos se cumplan los criterios. Las actuales categorías diagnósticas no distinguen entre los diversos trastornos del Eje II en cuanto a su severidad o su organización jerárquica, pero sí lo hace la teoría de Millon, considerando que los patrones esquizotípico, límite y paranoide suponen un grado más elevado de severidad y descompensación que el resto de escalas básicas. La clínica también nos ofrece experiencia directa que nos confirma que, por ejemplo, la complejidad en el tratamiento y las consecuencias de la conducta de personas con TLP son muy superiores a las que encontramos, por ejemplo, en una persona con trastorno por evitación. El problema actual de los sistemas de clasificación es su ateoricidad, basando las categorías en colecciones de datos empíricos, lo que dificulta enormemente el estudio de constructos tan complejos como el de personalidad. Futuras ediciones deberán atender a las teorías que organicen los datos, basadas en principios universales, utilizando esquemas conceptuales explicatorios o heurísticos que proporcionen una organización coherente en la que las categorías más importantes puedan ser agrupadas y fácilmente identificables<sup>36</sup>.

Desde esta perspectiva cabría desestimar un buen número de espurias comorbididades que se derivan del

habitual uso de las categorías diagnósticas actuales. En el ámbito de las adicciones una de las más frecuentes es la que se observa entre el trastorno antisocial y el límite. Atendiendo a la teoría de Millon, en estos casos sólo cabría el diagnóstico de TLP especificando que se trata de un subtipo con predominio de rasgos antisociales. Lo mismo sucedería con el TNP cuyo diagnóstico quedaría reservado a aquellos sujetos que no presentaran una acentuada descompensación, que, caso de presentarse, les haría acreedores al diagnóstico de TLP. Así lo avalan nuestros datos: observamos en la tabla 10 cómo los sujetos que superan el punto de corte de 75 en su puntuación de tasa base en el TNP pueden clasificarse en diversos grupos. Dos de ellos quedarían mejor caracterizados por un diagnóstico de TLP, uno por la presencia predominante de rasgos como la impulsividad, la dominancia y los déficit en la socialización; y el otro en el que predominarían problemas emocionales, estrategias de evitación y tendencias autodepreciativas. Los verdaderos negativistas podrían clasificarse también en estos dos subtipos, además de en otro en el que existe un mayor equilibrio entre ambos grupos de rasgos o conductas. Como estrategia interpretativa general, y en base a la concurrencia de ítem entre escalas, cabría hipotetizar un TLP a aquellos sujetos que, aun presentando una puntuación elevada o crítica en el patrón negativista (y/o en el antisocial), la presentaran también en la escala límite.

La estructura del MCMI-II se sustenta en ítem que, en su mayoría, puntúan con diferente peso (entre 1 y 3 puntos) en diferentes escalas; algunos trabajos han puesto de manifiesto que esta estructura es innecesaria, puesto que si se corrigen los resultados prescindiendo de los pesos las puntuaciones obtenidas en estas escalas correlacionan en todos los casos por encima de 0,90 con aquellas que tienen en cuenta la diferente ponderación de los ítem, lo que sólo abunda en complicar el acceso de los clínicos a este instrumento<sup>37</sup>. Cuando hemos realizado el escalamiento dimensional de los resultados del MCMI-II lo hemos hecho a partir de las respuestas aportadas a lo que hemos llamado «ítem nucleares» de cada trastorno, es decir, aquellos que puntúan máximo (3 puntos) en una escala y sólo en ella. De este modo conseguimos, si bien sólo ligeramente, disminuir el solapamiento de puntuaciones entre escalas, como prueba el estudio de correlaciones que se muestra en la tabla 5. Aun así observamos que la correlación entre los ítem nucleares del TNP y el TLP sigue siendo de 0,75 (0,82 cuando se utilizan las puntuaciones TB), lo que sigue hablándonos de una extrema proximidad entre ambos patrones.

Lo que el escalamiento nos proporciona es una imagen espacial de ésta y otras proximidades que se observan en el estudio correlacional, y nos permite situar al TNP en un punto determinado de un supuesto espacio que es estrictamente coherente con la formulación teórica en que se apoya. Dicho de otro modo, los datos apuntan a que el TNP es una entidad similar, pero no idéntica al TLP, que se caracteriza no sólo por su proximidad a este trastorno, sino también por la distancia que le aproxima o separa de los demás. Millon ha criticado el uso de métodos basados en la correlación, como el análisis factorial, para estudiar la estructura compleja de los trastornos de la personalidad, en la medida en que parten de considerar a los rasgos como lineales y ortogonales, lo que puede proporcionarles éxito en la deconstrucción, pero difícilmente en la (re)construcción de los patrones complejos<sup>36</sup>.

Abordando esa deconstrucción que sugiere Millon hemos utilizado dos cuestionarios de rasgos de procedencia muy diferente: el ateoricismo del modelo de 5 factores (BFQ) y la teoría biosocial de Cloninger (TCI-R). El BFQ nos proporciona una imagen en la que el TNP parece ser prácticamente un punto intermedio entre el TAP y el TLP. Este último muestra unas puntuaciones extremadamente bajas en la dimensión de estabilidad emocional (equivalente, en sentido contrario, a la clásica de neuroticismo) y significativamente más bajas, aunque no tan extremas, en tesón. En el resto de dimensiones y subdimensiones se aprecia prácticamente una superposición. El estudio de las relaciones en otros trastornos, aunque no se muestra en el presente trabajo, proporciona perfiles sensiblemente diferentes. Estos datos confirmarían la pertenencia de los tres trastornos a un mismo *cluster*, tal y como mostraba el escalamiento dimensional, pero no nos proporciona más información que una gradación en las dificultades para controlar las respuestas emocionales y la impulsividad, que es mayor en el TLP que en los otros dos.

El TCI-R sí nos ofrece más información. El TNP vuelve a aparecer como extraordinariamente semejante al TLP, incluso si, como en la tabla 8, utilizamos únicamente los ítem nucleares. Las correlaciones con las escalas son paralelas, reduciéndose a una cuestión de grado. Ambos trastornos tienen algo en común: correlacionan positivamente tanto con la búsqueda de novedad como con la evitación del daño (en ambos casos, de acuerdo con lo propuesto por el propio Cloninger<sup>38</sup>; no así en el caso de la dependencia de recompensa, que el autor considera que debe ser positiva, mientras en nuestra muestra es significativamente negativa, salvo en la subdimensión de sentimentalismo).

mo). El antisocial, el narcisista y el agresivo lo hacen con la primera, pero carecen de temor, miedo o mecanismos de inhibición conductual. El evitativo sí presenta estos atributos, pero no está interesado en la novedad. El paranoide tampoco, pero, como el agresivo, muestra una persistencia de la que carecen el TNP y el TLP. Luego, la característica principal de negativistas y límites sería el uso alternativo de estrategias contrapuestas: buscar la dominancia a la vez que se evitan los riesgos. No cabe duda de que éste es un soporte excelente para el concepto de ambivalencia en el que se sustenta la conceptualización del TNP (pero también de la inestabilidad inherente al TLP).

Mediante la fórmula de regresión observamos (tabla 8) que estas 4 dimensiones temperamentales explican un tercio de la varianza total de las escalas negativista, límite y antisocial. Pero si incluimos todas las subdimensiones, la varianza del TNP se explica en más del 50% a partir de rasgos como la irresponsabilidad, independencia, falta de compasión, extravagancia, ensimismamiento y fatigabilidad. Y es que si volvemos a la tabla 7 comprobaremos que todos los trastornos, más allá de una determinada combinación de rasgos temperamentales, comparten puntuaciones bajas en autodirección, cooperatividad y altas en autotranscendencia. No hay demasiados estudios que nos informen de las implicaciones de esta última dimensión, la autotranscendencia, más allá de su relación con trastornos disociativos<sup>39</sup>, gravedad de las conductas homicidas asociadas a la esquizofrenia<sup>40</sup> o estudios que cuestionan su pretendida independencia de factores genéticos<sup>41,42</sup>. En cuanto a la cooperatividad, hemos trabajado con 7 patrones (tabla 7) que se caracterizan por bajas puntuaciones en esta escala, pero sería previsible que otros patrones, como el dependiente, puntuaran en sentido contrario (como así sucede, aunque no se muestre en el presente estudio).

En cuanto a la autodirección (entendida como la habilidad de la persona para controlar, regular y adaptar la conducta ajustándola a la situación de acuerdo con sus propias metas y valores) puede observarse en la tabla 7 que, aunque es deficitaria en relación a todos los patrones estudiados, lo es con especial peso y significación en los patrones negativista y límite, es decir, serían estos dos los trastornos con mayores dificultades para regular su conducta en un entorno social. Si esta dimensión se relaciona con la madurez, la autonomía y la autoestima, la posesión de recursos propios y eficaces de afrontamiento, y en general con una buena adaptación personal, estos dos, el TNP y el TLP representarían patrones inmaduros, con distorsiones en la autoimagen, fluctuaciones críticas en la autoestima y

carencia de recursos eficaces para el afrontamiento del estrés, lo que conllevaría niveles deficitarios (TNP) o críticos (TLP) en su proceso adaptativo. Algunas de estas circunstancias, como la autoestima críticamente baja, el estilo de afrontamiento exclusivamente emocional y la visión pesimista del futuro han sido confirmadas en otros estudios con instrumentos de autoinforme<sup>43</sup>.

Desde estas perspectivas, lo que tendrían en común estos patrones, TAP, TNP y TLP, sería una tendencia a la respuesta impulsiva, la carencia de estrategias reflexivas, motivadas, quizá, por la necesidad de liberar el malestar. El antisocial tendería a disparar en todas direcciones sin descartar que alguna bala le dañara a él mismo: carece de los mecanismos del miedo. El negativista, en cambio, tendría buen cuidado de disparar y salir corriendo, de modo que las balas siempre impactaran en el otro. El límite dispararía en cualquier dirección, con frecuencia en la suya propia, si bien atezado permanentemente por el miedo. Lo que les diferenciaría sería su comprensión de las reglas del mundo: el antisocial las conoce perfectamente y tiende a transgredirlas como mecanismo de autoafirmación. El negativista, en cambio, conoce el camino, pero vacila ante cualquier encrucijada. El límite está perdido: no reconoce ninguna señal en el camino.

La tabla 11 nos proporciona más información en el sentido de considerar las diferencias entre estos dos últimos patrones. Rara vez el negativista recurre al suicidio o a conductas autolíticas o autolesivas: su agresividad se canaliza de forma estable hacia el otro; quizá fantasee con el suicidio como «el gran escape», pero rara vez se autolesiona pudiendo hacerlo con otros. El límite sí lo hace con inusitada frecuencia. Ambos han podido crecer, y acaso perviven, en un clima de maltrato (o inadecuado trato) psicológico en su entorno habitual, pero sólo en la historia de los límites hay auténtico maltrato físico. Diversos estudios relacionan el desarrollo de uno u otro patrón de conducta en relación al apego, como variable que, desde la infancia, modula las relaciones del sujeto con su entorno<sup>14,44</sup>: un apego débil estaría relacionado con personalidad antisocial, con la no interiorización de normas, con un bajo sentido de pertenencia al entorno social<sup>45</sup>; un apego ambiguo, inestable o inconsistente entre las diversas figuras que lo proporcionan estaría relacionado con la ambivalencia y el negativismo; un apego inexistente o francamente hostil sería más probable que llevara al desarrollo de un trastorno límite.

Cabe plantearse hasta qué punto estas características se corresponden con los criterios que se han propuesto en el DSM-IV para el estudio de este trastor-



no, o bien son más propiamente derivaciones del modelo teórico de Millon y producto de una determinada configuración del instrumento que ha creado para medirlo. Como vemos en la tabla 4, los ítem nucleares de la escala 8A del MCMI-II exploran 5 de los 7 criterios propuestos por el DSM-IV. Sin embargo, a diferencia, por ejemplo, del cuestionario SCID-II, los ítem no exploran directamente la existencia de conductas que puedan considerarse pasivo-agresivas, sino que se derivan directamente del modelo teórico propuesto por el autor. Así, los ítem 22, 104, 135 y 165 lo que realmente exploran es la resistencia al control externo, a plegarse a las demandas de los otros, y no sólo una respuesta obstruccionista que, desde el modelo de criterio vigente, sería, en sí misma, el núcleo del problema. De este modo, el MCMI y su teoría de referencia proporcionan una estructura a las observaciones, estructura de la que carece, en el momento actual, la categoría diagnóstica propuesta para estudio.

El antecedente más claro de este trastorno parece ser el trastorno negativista desafiante, cuyos criterios (a menudo se encoleriza e incurre en pataletas, discute con adultos, desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus obligaciones, molesta deliberadamente a otras personas, acusa a otros de sus errores o mal comportamiento, es susceptible o fácilmente molesto por otros, es colérico y resentido, es rencoroso o vengativo<sup>3</sup>) parecen ser un calco de la personalidad negativista estimada en el adulto. Pero también parecen simplemente la descripción de la conducta de un adolescente rebelde, por lo cual, quizá, en el DSM se especifica que se debe «considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables». La presentación de este trastorno se ha vinculado a situaciones de estrés familiar<sup>46</sup>, en las que predominan estilos educativos basados en el castigo<sup>47</sup> o el refuerzo negativo de conductas agresivas<sup>48</sup>. Dado que es considerado un trastorno propio de la adolescencia, hay pocos estudios longitudinales que exploren la evolución a patrones de personalidad adulta, siendo más frecuente, por su estrecha relación con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que se vincule al trastorno antisocial de la personalidad. Sin embargo, cuando se utiliza el MCMI-II en adultos que fueron diagnosticados previamente, aparece el trastorno negativista como el más frecuente hasta en el 90% de los casos<sup>49</sup>. No obstante, cabe suponer que el trastorno negativista desafiante no es el paso necesario para el desarrollo de un TNP en la edad adulta, siendo también, y principal-

mente, candidatas personas que en su infancia y adolescencia han recibido en su entorno familiar pautas inconsistentes de educación y aprendizaje, recibiendo estímulos no contingentes o déficit de refuerzo positivo que favorecen las respuestas de ansiedad y sentimientos de culpa, al no poder estar seguros de qué es lo que los padres realmente desean (doble vínculo)<sup>5</sup>.

A la luz de estas reflexiones, cabe plantearse la razón por la cual, en las muestras en que el TNP se explora, presenta cifras de prevalencia tan elevadas. La suposición más lógica es considerar que el consumo de sustancias representa una de las estrategias de automedicación cuyo objetivo es la reducción del malestar. Sin embargo, el análisis funcional de la conducta nos sugiere hipótesis más amplias. Más apropiado que el concepto de automedicación, formulado por Khantzian, es el de autorregulación, también manejado por el propio autor<sup>50</sup>. El consumo de drogas puede reducir de forma directa el malestar, pero también puede conseguirlo de forma indirecta: en la clínica hemos encontrado una variada gama de situaciones en las que una recaída o un consumo esporádico de la droga son utilizados por estos individuos como una forma de culpabilizar a sus otros significativos («me drogo por tu culpa», «me obligas a drogarme porque no me entiendes», «tu actitud me ha llevado a drogarme»), lo que, más allá de los efectos directos de la sustancia, supone un intento de restablecer una autoestima dañada, liberar la propia culpa o perpetrar una agresión contra el otro reclamando su atención. Una vez más, este tipo de conductas ofrecen diferencias significativas con el patrón límite: el consumo en estos últimos puede entenderse mejor como un intento dramático de recobrar un punto de referencia elemental, mientras que el negativista lo utiliza, de forma más o menos consciente, con objetivos claramente delimitados. El límite es explosivo, el negativista utiliza explosiones controladas.

En otro lugar<sup>25</sup> hemos señalado que el consumo temprano de sustancias, especialmente de cocaína, puede colaborar a modular la experiencia emocional. El patrón negativista comparte características con dos extremos: la impulsividad, dominancia y baja afiliación de los patrones agresivos, y la necesidad de dependencia, la búsqueda de protección y los sentimientos de incompetencia del dependiente, todo ello en un formato cambiante que lleva progresivamente de un extremo a otro. Ello nos lleva a advertir las similitudes que este tipo de comportamientos comparte con el propio consumo de cocaína: esta droga lleva en los momentos iniciales tras su administración a un estado de excitación, que se acompaña de suspicacia y desconfianza hacia el entorno, ideación paranoide, senti-

mientos de que los demás intentan controlarle, situación que frecuentemente lleva a descargas agresivas. En las horas siguientes, cuando el efecto de la sustancia desaparece, el sujeto experimenta intensos sentimientos de culpa, desánimo, infravaloración y conductas de búsqueda de ayuda. Tales síntomas revierten lentamente con la abstinencia y rápidamente con la administración de nuevas dosis de cocaína. Una gran parte de las personas que inician tempranamente los consumos han experimentado este patrón cambiante de intoxicación/abstinencia (agresividad/culpa) en edades que se corresponden con la segunda fase de la adolescencia, el momento de consolidación de la personalidad, y que se ha considerado que se corresponde con las «ventanas plásticas» en el desarrollo del cerebro emocional, cuando se produce una profunda remodelación de la corteza cerebral de asociación (prefrontal) con una pérdida de neuronas y un aumento de tamaño de las que quedan, además de la mielinización de las mismas<sup>51</sup>, aunque este proceso, con menor intensidad, persiste en la edad adulta, de modo que la experiencia emocional puede no sólo modular la función neuronal, sino, incluso, influenciar la neurogénesis<sup>52</sup>. El consumo de cocaína desde edades tempranas, y su persistencia en la edad adulta, puede representar un factor de modelado de la personalidad tanto desde la experiencia emocional como desde el sustrato neurológico en interacción con el contexto.

Finalmente, cabe apelar también a razones de índole sociológica que pueden estar favoreciendo la proliferación de personalidades ambivalentes. Valores democráticos como la solidaridad y la tolerancia, que son reclamados como propios por grandes sectores de población, no pasarían de ser más teóricos que reales, moviéndose más en el plano desiderativo que en la praxis de la realidad, imposibles de realizar por un contexto social claramente insolidario e intolerante bajo cuya presión es habitual la desresponsabilización y la transmisión a los hijos de una forma de comportamiento menos deseable (competitividad, individualismo, consumismo, seguridad económica) pero más útil de cara a la supervivencia<sup>53</sup>. Dificultades del mundo actual como el acceso a la vivienda, al trabajo digno, que son, sin embargo, reconocidos como derechos, pueden situar a muchos sujetos que ya han superado la adolescencia en situaciones ambiguas entre el deseo socialmente estimulado de autonomía y la necesaria dependencia de las figuras paternas en tanto que proveedoras de seguridad económica y residencial. Esta situación de ambivalencia social no ayuda, precisamente, a cerrar adecuadamente la adolescencia como proceso madurativo y favorece el acceso a recursos,

como el consumo de sustancias, en el caldo de cultivo de una inmadurez socialmente impuesta.

Todo lo cual nos lleva, como en tantos otros casos, a considerar que el TNP no es una condición meramente médica o psiquiátrica (a pesar de que así se considere en las clasificaciones diagnósticas) sino un problema complejo que requiere de intervenciones farmacológicas, modificación de conducta y educación social, tanto para modular o transformar los elementos cognitivos, afectivos y comportamentales que favorecen la desadaptación, como para consecuencias o circunstancias colaterales como el abuso de sustancias.

## Conclusiones

En nuestra opinión, debe prestarse atención al TNP por cuanto presenta una estrecha relación con el consumo de sustancias y representa un patrón de comportamiento diferenciable, con características etiopatogénicas y fenomenológicas específicas. Su similitud con otros trastornos, ya bien definidos y ampliamente aceptados, no justifica la absorción por ninguno de ellos. La decisión tomada en la última edición del DSM de relegarlo a la entidad de «categoría propuesta para estudio», paradójicamente puede estar dificultando tal estudio, en la medida en que muchos trabajos prescinden de este trastorno, y de su consideración, en beneficio de otras categorías que pueden estar viendo incrementada artefactualmente su prevalencia estimada. Posiblemente, en el momento actual, los sujetos que pudieran ser catalogados como negativistas, están siendo diagnosticados como antisociales (si predominan los comportamientos agresivos, impulsivos, dominantes y disruptivos), como límites (si predominan o se suman problemas de la esfera emocional), o a ambos (alimentando una posible comorbilidad espuria) o bien son incluidos en la categoría, difícilmente accesible a la investigación, de trastorno de personalidad no especificado. Una de las razones argüidas para tomar esta decisión fue que el TNP rara vez se diagnosticaba en ausencia de otros trastornos de la personalidad. Posiblemente, esta circunstancia se debiera más a una inadecuada formulación del trastorno que a una real independencia. La propuesta de Millon unida a una interpretación jerárquica de los trastornos de la personalidad, como ya se requiere en otros ámbitos de la psicopatología, pueden ayudar a comprender y tratar este patrón disfuncional de conducta.

Nuestros datos no permiten dilucidar las razones que justifican la alta prevalencia detectada en personas en tratamiento por uso de sustancias de este trastorno,

si bien aventuramos que posiblemente surjan de determinadas configuraciones temperamentales que, a través de la experiencia y la maduración, pueden originar una estructura de personalidad peculiar. Especial importancia parecen tener las relaciones parentales en la estructuración de la experiencia subjetiva, siendo más probable cuando tales relaciones son ambiguas o ambivalentes, mediante pautas educativas inconsistentes (favoreciendo por un lado la independencia y por otro impidiéndola) o la provisión de refuerzos no contingentes en la infancia, de modo que la persona no adquiere una idea clara de qué tipo de conducta se le demanda. También, más allá de la socialización primaria, pueden existir elementos de ambigüedad o ambivalencia en el entorno social que favorezcan o perpetúen este modo de comprender el mundo y rela-

cionarse con él. Todas estas circunstancias favorecerían el contacto con las sustancias, en un primer momento, como conductas exploratorias y más adelante como conductas que proporcionan refuerzo contingente, ya sea positivo (favorecedor del desempeño social) como negativo (reducción del malestar asociado al patrón cognitivo/comportamental). Además, el consumo de sustancias puede ser un mecanismo de autorregulación que, mediante el desplazamiento de la responsabilidad al otro, permita ajustes en la autoestima, manejo de circunstancias estresantes y reducción de los sentimientos de culpa. Se requieren más estudios para evaluar la función específica de los consumos de drogas (y otras conductas adictivas y trastornos del control de los impulsos) en relación con la estructura de personalidad subyacente.

## Bibliografía

1. Millon T. Negativistic (passive-aggressive) personality disorder. *J Pers Disord.* 1993;7:78-85.
2. Fine MA, Overholser JC, Berkoff K. Diagnostic validity of the passive-aggressive personality disorder: suggestions for reform. *Am J Psychother.* 1992;46:470-84.
3. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
4. Segarra Echevarría R, Eguiluz Uruchurtu I, Pikaza Ereño, U, Gutiérrez Fraile M. Trastorno negativista (pasivo-agresivo) de la personalidad. En: Roca Benasar M, coordinador. *Trastornos de Personalidad.* Barcelona: Ars Médica; 2004. p. 677-710.
5. Millon T. Trastornos negativistas de la personalidad: el patrón vacilante. En: Millon T, Davis RD, editores. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV.* Barcelona: Masson; 1998. p. 563-97.
6. Wetzler S, Morey LC. Passive-aggressive personality disorder: the demise of a syndrome. *Psychiatr.* 1999;62:49-59.
7. Vereycken J, Vertommen H, Corveylen J. Authority conflicts and personality disorders. *J Pers Disord.* 2002;16:41-51.
8. Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Donati D, Donini M, Fiorilli M, et al. A psychometric study of DSM-IV passive-aggressive (negativistic) personality disorder criteria. *J Personal Disord.* 2000;14:72-83.
9. Joiner TE, Rudd MD. The incremental validity of passive-aggressive personality symptoms rivals or exceeds that of other personality symptoms in suicidal outpatients. *J Pers Assess.* 2002;79:161-70.
10. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiat.* 2001;58:590-6.
11. Maffei C, Fossati A, Lingardi V, Madeddu F, Borellini C, Petrachi M. Personality maladjustment, defenses and psychopathological symptoms in nonclinical subjects. *J Pers Disord.* 1995;9:330-45.
12. Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiat.* 1994;151:1055-62.
13. Zimmerman M, Coryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Arch Gen Psychiat.* 1989;46:682-9.
14. Brennan KA, Shaver PR. Attachment styles and personality disorders: their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *J Pers.* 1998;66:835-78.
15. Johnson JG, Bornstein RF, Sherman MF. A modified scoring algorithm for the PDQ-R: psychiatric symptomatology and substance use in adolescents with personality disorders. *Educ Psychol Meas.* 1996;56:76-89.
16. Grilo CM, McGlashan TH, Quinlan DM, Walker ML, Greenfeld D, Edell WS. Frequency of Personality Disorders in Two Age Cohorts of Psychiatric Inpatients. *Am J Psychiat.* 1998;155:140-2.
17. Sprock J, Hunsucker L. Symptoms of prototypic patients with passive-aggressive disorders: DSM-III-R vs. DSM-IV negativistic. *Comp Psychiat.* 1998;39:289-95.
18. Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *Am J Psychiat.* 1996;153:1089-91.
19. Nadeau L, Landry M, Racine S. Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Can J Psychiat.* 1999;44:592-6.
20. 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.
21. Pedrero EJ. Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones.* 2003;15:203-20.
22. Marlowe DB, Festinger DS, Kirby KC, Rubenstein DF, Platt JJ. Congruence of the MCMI-II and MCMI-III in cocaine dependence. *J Pers Assess.* 1998;71:15-28.

23. Flynn PM, Luckey JW, Brown BS, Hoffman JA, Dunteman GH, Theisen AC, et al. Relationship between drug preference and indicators of psychiatric impairment. *Am J Drug Alcohol Ab.* 1995;21:153-66.
24. Pedrero EJ, Segura I. Los trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos Adictivos.* 2003;5:229-49.
25. Pedrero Pérez EJ, De Ena S. Diferencias de género en personalidad en consumidores de drogas en tratamiento: rasgos, trastornos y variables interaccionales, ¿se justifican tratamientos diferentes? 1.º Premio de Investigación de la Diputación de Cádiz, Chiclana de la Frontera; 2004 (en prensa).
26. Haller DL, Miles DR, Dawson KS. Factors influencing treatment enrollment by pregnant substance abusers. *Am J Drug Alcohol Ab.* 2003;29:117-31.
27. Nielsen P, Røjskjær S. Dual disorder among alcohol addicted inpatient clients. *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidsskrift* 2002;19:123-37.
28. Craig RJ. Prevalence of personality disorders among cocaine and heroin addicts. *Subst Abuse.* 2000;21:87-94.
29. Campbell BK, Stark MJ. Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *Int J Addict.* 1990;25:1467-74.
30. Millon T. MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual. Adaptación española de Ávila-Espada A, director, Jiménez Gómez F, coordinador. Madrid: TEA; 1999.
31. Gutiérrez-Zotes JA, Bayón C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR, et al. Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32:8-15.
32. Cloninger CR. A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal. *J Personal Disord.* 2000;14:99-108.
33. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L. BFQ. Cuestionario «Big Five» (Versión española de J. Bermúdez). Madrid: TEA Ediciones; 1995.
34. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamín LS. Guía del usuario para la entrevista estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV. SCID-II. Barcelona: Masson; 1999.
35. Choca JP. Evolution of Millon's Personality Prototypes. *J Pers Assess.* 1999;72:353-64.
36. Millon T. Reflections on psychosynergy: A model for integrating science, theory, classification, assessment and therapy. *J Pers Assess.* 1999;(72):437-56.
37. Streiner DL, Goldberg JO, Miller HR. MCMI-II Item Weights: Their Lack of Effectiveness. *J Pers Assess.* 1993;60:471-6.
38. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiat.* 1987;44:573-88.
39. Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. Relationship of Dissociation to Temperament and Character in Men and Women. *Am J Psychiatr.* 1999;156:1811-3.
40. Vandamme M, Nandrino JL. Temperament and character inventory in homicidal, nonaddicted paranoid schizophrenic patients: a preliminary study. *Psychol Rep.* 2004;95:393-406.
41. Gillespie N, Cloninger C, Heath A, Martin N. The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. *Pers Individ Differ.* 2003;35:1931-46.
42. Kirk KM, Eaves LJ, Martin NG. Self-transcendence as a measure of spirituality in a sample of older Australian twins. *Twin Research.* 1999;2:81-7.
43. Pedrero Pérez EJ, Pérez López M, Ena de la Cuesta S, Garrido Caballero 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.
44. Lende DH, Smith EO. Evolution meets biopsychosociality: an analysis of addictive behavior. *Addiction.* 2002;97:447-58.
45. Pedrero Pérez EJ, Olivar Arroyo Á. Revisión del Cuestionario de Cambio Educativo en Comunidad Terapéutica Profesional (CCE-R): estructura factorial y relación de la socialización con variables de personalidad y psicopatología. *Trastornos Adictivos.* 2003;5:88-106.
46. Ross CN, Blanc HM. Parenting stress in mothers of young children with oppositional defiant disorder and other severe behavior problems. *Child Study J.* 1998;28:93-110.
47. Rey JM, Walter G, Plapp JM, Denshire E. Family environment in attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorders. *Aust NZ J Psychiat.* 2000;34:453-7.
48. Larroy García C, De la Puente Muñoz ML. Trastornos de conducta en niños. En: MA Vallejo Pareja, director. Manual de terapia de conducta. Vol II. Madrid: Dykinson; 1998.
49. May B, Bos J. Personality characteristics of ADHD adults assessed with the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: evidence of four distinct subtypes. *J Pers Assess.* 2000;75:237-48.
50. Khantzian EJ. Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions. Similarities and differences. *Recent Dev Alcohol.* 1990;8:255-71.
51. Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J, Bolinches F, De Vicente P, Valderrama JC. Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trastornos Adictivos.* 2001;3:164-71.
52. Davidson RJ, Jackson DC, Kalin NH. Emotion, plasticity, context, and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychol Bull.* 2000;126:890-909.
53. Megías Valenzuela E, Rodríguez San Julián E. Valores sociales y drogas. *Itaca.* 2002;6:63-84.