

Actualización

La taxonomía jerárquica y el factor general de psicopatología

ROBERTO O. SANCHEZ, SILVANA A. MONTES

ROBERTO O. SANCHEZ
Licenciado en Psicología.
Especialista en Docencia
Universitaria.
Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de
Mar del Plata (UNMdP),
Centro de Asistencia Psicológica
Mar del Plata (CAPsi).
Mar del Plata,
R. Argentina.

SILVANA A. MONTES
Doctora en Psicología.
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET),
Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de
Mar del Plata (UNMdP).
Mar del Plata,
R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 02/04/2019
FECHA DE ACEPTACIÓN: 24/05/2019

CORRESPONDENCIA
Lic. Roberto O. Sanchez.
Fac. de Psicología, UNMdP,
Funes 3250 – Cuerpo V – Nivel III,
B7602AYH. Mar del Plata,
R. Argentina;
rosanche@mdp.edu.ar

Los sistemas clasificatorios categoriales de los trastornos mentales han recibido varias críticas, principalmente relacionadas con la existencia de límites arbitrarios entre psicopatología y normalidad, la alta comorbilidad y con el propio carácter categorial. Recientemente, se ha planteado la *Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología*, un modelo que, sobre la base de la evidencia empírica acumulada por más de 20 años, apunta a superar las limitaciones de las nosologías tradicionales y a reconstruir la taxonomía psicopatológica. El modelo incluye un factor general de psicopatología, una dimensión común a todos los trastornos psicológicos. El cambio que se propone es un enfoque dimensional y jerárquico de la psicopatología, clasificándola en múltiples niveles: a partir de estructuras más básicas busca dimensiones psicopatológicas generales de orden superior. En este trabajo se presenta una aproximación al modelo y a sus principales componentes. Complementariamente, se analiza la relación con el modelo de los cinco grandes factores. Finalmente, se evalúan las posibles implicancias, alcances y limitaciones del modelo.

Palabras clave: Modelos dimensionales – Modelo jerárquico – Trastornos mentales – Trastornos de la personalidad.

Hierarchical Taxonomy and the General Psychopathology Factor

The classification systems of mental disorders have received several criticisms, mainly related to their categorical character, the arbitrary boundaries between psychopathology and normality, and the high comorbidity. In this context, the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology has recently been proposed. The HiTOP is a new model that, based on empirical evidence accumulated for over 20 years, aims to overcome limitations of traditional nosologies and reconstruct the psychopathological taxonomy. The model includes a general factor of psychopathology, a common dimension to all psychological disorders. The proposed change is a dimensional and hierarchical approach to psychopathology, classifying it into multiple levels: from more basic structures it seeks general higher general psychopathological dimensions. This paper presents an approach to the model and its main components. In addition, the relationship with the five major factors model is analyzed. Finally, the possible implications, scope and limitations of the model are evaluated.

Keywords: Dimensional models – Hierarchical Model – Mental Disorders – Personality Disorders.

Introducción

El entendimiento de la patología mental, paso previo para su correcta clasificación, se encuentra en un momento de incertidumbre. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), sistema clasificatorio de la American Psychiatric Association (APA), tuvo su punto cúlmine con la publicación de su tercera edición, el DSM-III [4]. Esta versión del Manual supuso una revolución en el campo de la clasificación de las enfermedades mentales [13, 37] y, según Millon, [38] un verdadero cambio de paradigma respecto a la comprensión de la psicopatología. El DSM-III-R [5] y el DSM-IV [6] pulieron la estructura de su ilustre antecesor, pero sin agregar cambios significativos. Estas nuevas versiones del manual siguieron un método cauto, cuidadoso y sistemático en su construcción [24, 59], pero respetando los lineamientos del DSM-III. Desde allí, todo fue decadencia; ni el DSM-IV-TR [7] y mucho menos aún el DSM-5 [9] implicaron mejoras sustanciales a la clasificación de los trastornos mentales. Muy por el contrario, el DSM-5 recibió un repudio casi generalizado de la comunidad científica [10, 23, 24, 44, 57, 59].

Casi 40 años han pasado de la edición del DSM-III y mucho es lo que se ha avanzado en la comprensión de la patología mental, sin embargo, la nosología oficial no ha sabido acompañar a esos avances y el sistema que fuera paradigmático en 1980 no ha resistido el paso del tiempo. En las últimas tres décadas han surgido varias críticas a la clasificación psicopatológica del DSM. Entre ellas se destacan: la existencia de límites arbitrarios entre la psicopatología y la normalidad, la alta comorbilidad, la superposición de síntomas entre trastornos, la heterogeneidad dentro de los trastornos (por el sistema de criterios politéticos dos personas con el mismo diagnóstico pueden tener síntomas distintos, casi en su totalidad), la inestabilidad diagnóstica y la consideración de los trastornos como categorías diagnósticas discretas [20, 26, 33, 53]. En lo que respecta a los trastornos de la personalidad, se realizó una encuesta a 96 clínicos expertos, de diferentes orientaciones teóricas, y cerca del 80% consideró que el sistema categorial del DSM-IV debería ser reemplazado y que esos trastornos se concie-

ben mejor como dimensiones o espectros que como categorías [11].

Por las razones antedichas, se ha argumentado que las nosologías actuales, categoriales, no reflejan la naturaleza de la psicopatología [29]. El amplio rechazo de la comunidad científica a la última versión del manual de la APA habla a las claras de que es momento de un nuevo cambio. La investigación de los últimos 20 años, mediante estudios factoriales exploratorios y confirmatorios, muestra una co-variación de síntomas que sugiere que ciertas dimensiones de orden superior pueden explicar los patrones de comorbilidad, trascendiendo los límites de las categorías diagnósticas. Es decir que a partir de supra dimensiones, e incluso de una única dimensión general de psicopatología (conocida como factor p), se puede comprender mejor la psicopatología que desde la tradicional postura categorial, que entiende a los trastornos mentales como condiciones distintas [14]. Quizá ha llegado el momento de una nueva revolución.

En función de las limitaciones del sistema de clasificación existente, un grupo de investigadores sobre los trastornos mentales han propuesto un nuevo modelo: la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*) [HiTOP] [29]. El modelo es el fruto del esfuerzo de un grupo amplio de especialistas en la clasificación de la psicopatología, con el objetivo de mejorar la organización, descripción y medición de los trastornos psicológicos. La idea es adecuarse a los datos existentes, acumulados por más de dos décadas y facilitar la investigación y la práctica clínica, mejorando la precisión de los diagnósticos.

El gran cambio que propone este nuevo modelo es el enfoque dimensional y jerárquico de la patología psicológica, frente a los sistemas categoriales tradicionales. El HiTOP clasifica la psicopatología en múltiples niveles, a partir de componentes más básicos, busca estructuras psicopatológicas subyacentes más generales, en un proceso de abajo hacia arriba. El modelo incluye una dimensión general de psicopatología, que equivaldría a la posibilidad de padecer cualquier trastorno psicológico a lo largo de la vida.

En el presente trabajo se realiza una descripción general del modelo y de sus principales componentes, culminando en el factor p , dimensión única, común a toda la psicopatología. Adicionalmente, se destacan las relaciones con el modelo de los cinco grandes factores, paradigmático en lo que respecta a los acercamientos dimensionales.

El modelo HiTOP

El modelo planteado por Kotov *et al.* [29] posee una organización jerárquica de abajo a arriba, de múltiples niveles, desde lo más concreto (observable) a lo más abstracto (subyacente): a) signos y síntomas individuales, b) componentes sintomáticos y rasgos desadaptativos, c) síndromes o trastornos, d) subfactores, e) espectros de orden superior y f) un super-espectro de más alto orden (conocido como factor p). Muchos trastornos mentales del DSM-5 [9] pueden ser organizados a partir de seis factores de orden superior, llamados espectros. Desde este enfoque, los trastornos ya no se consideran entidades discretas, sino que se conceptualizan como síndromes que son indicadores de factores latentes [21]. Así, por ejemplo, trastornos de ansiedad y depresión, de frecuente comorbilidad, serían manifestaciones de una dimensión subyacente. Por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor se relacionan de manera secuencial, de modo que cada trastorno aumenta la probabilidad de desarrollar el otro en el futuro, en individuos que presentaron solo una condición en un momento determinado [41]. Al clasificar en conjunto síndromes relacionados, la comorbilidad entre trastornos y la heterogeneidad dentro de ellos se vuelve algo predecible y esperable [53]. Los espectros no son simples etiquetas descriptivas que agrupan trastornos mentales sino poderosas variables predictoras [21]. Es decir que explican mejor ciertos aspectos de la patología (como el comienzo y curso de un trastorno y la respuesta al tratamiento), que los diagnósticos considerados por separado.

A continuación, se detallan los distintos componentes del modelo y se mencionan algunos de los estudios que le otorgan fundamento empírico.

1. Espectros (factores de orden superior)

El modelo HiTOP postula seis espectros o grandes dimensiones patológicas de orden superior: internalización, trastorno del pensamiento, desinhibición externalizadora, antagonismo externalizador, desapego y espectro somatoforme.

En un principio, se observó que estudios empíricos realizados en niños convergían en dos dimensiones primarias que caracterizaban la mayor parte de los trastornos infantiles: internalización y externalización [1]. Posteriormente, diferentes investigaciones identificaron esas dimensiones en adultos, las cuales resultaron comunes a gran parte de los trastornos mentales [2, 14, 20, 34]. La *dimensión internalizadora* (definida por alta afectividad negativa y comportamiento inhibido) refleja la comorbilidad entre trastornos depresivos, de ansiedad, de estrés postraumático y de la alimentación, así como disfunciones sexuales y el trastorno obsesivo-compulsivo. Las personas con este rasgo suelen ser más difíciles de identificar que aquellas con un rasgo externalizador; habitualmente son muy controladas, autocríticas, y con una variedad de otros procesos internos, por lo general de tipo negativo. Por su parte, la *dimensión externalizadora* (caracterizada por la agresividad y el comportamiento disruptivo) representa la comorbilidad entre trastornos por uso de sustancias y conductas antisociales. Las personas con este rasgo tienden a ser descontroladas, a tener problemas con los demás y a tener conductas que resultan excesivas [12].

En la conceptualización anterior, estaban ausentes las experiencias psicóticas, fundamentalmente por los datos utilizados para evaluar la estructura de la psicopatología. Al tener en cuenta ese tipo de información, más recientemente, se identificó un tercer espectro: los *trastornos del pensamiento* [27, 28]. Este espectro abarca los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad del grupo A del DSM (esquizoide, esquizotípico y paranoide) y los trastornos bipolares. Se asemeja al factor de psicosis que ha sido reportado en algunos estudios, y que incluye alucinaciones y delirios, paranoia, comportamiento excéntrico y características esquizoides. Sin embargo, tiene un alcance más

amplio que incluye, por ejemplo, inflexibilidad, problemas de apego desorganizado, creencias inusuales, fantasías, con cierta incertidumbre sobre si la manía, las obsesiones y las compulsiones también pertenecen a este espectro [36].

Entonces, internalización, externalización y trastornos del pensamiento serían tres factores de orden superior que podrían explicar la mayor parte de los trastornos mentales [14]. Esta estructura ha sido replicada en diferentes estudios en los últimos años por lo que cuenta con una fuerte evidencia empírica que sostiene su validez [60].

De forma complementaria, también se ha sugerido la existencia de un espectro adicional, llamado *somatoforme* [30], que agrupa a los trastornos caracterizados por síntomas físicos y el trastorno de ansiedad por enfermedad del DSM-5; sin embargo, este espectro requiere mayor investigación y por ello Kotov *et al.* [29] lo incluyen en el modelo de manera provisoria. En el trabajo original de Kotov, Ruggero *et al.* [30] este espectro incluye al trastorno somatoforme indiferenciado, a la hipocondría, y al trastorno por dolor del DSM-IV.

Paralelamente, en los últimos años se han realizado diversas investigaciones en el ámbito de la patología de la personalidad, que han otorgado fundamento a un modelo dimensional para los trastornos de la personalidad, tal como fue el intento frustrado del modelo alternativo para estos trastornos en el DSM-5 [9]. Se revisaron 18 modelos dimensionales de personalidad, sana y patológica, desarrollados de manera independiente [58]. El objetivo era detectar sus aspectos comunes, con el propósito de sentar las bases para un futuro modelo dimensional que reemplazaría a las categorías habituales presentes en el DSM.

Los autores destacaron cuatro grandes dominios, con abundante evidencia empírica (extraversión – introversión, oposicionismo – amabilidad, compulsividad – impulsividad y estabilidad emocional - desregulación emocional). El modelo que adoptó el DSM-5 consta de una estructura de cinco rasgos de personalidad patológica: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo [9, 32]. Estos rasgos son equiparables a los que surgen del análisis de Widiger y Simonsen [58], a los cuales se les agrega psicoticismo.

La APA [8, 49] ha considerado que los rasgos del modelo dimensional alternativo del DSM-5 representan extremos desadaptativos del *modelo de los cinco grandes factores de la personalidad* [MCF] [16], excepto en el caso de psicoticismo, que no representa cabalmente al rasgo de apertura a la experiencia [3, 56]. Específicamente, se ha encontrado que la afectividad negativa se correlaciona con el neuroticismo, el desapego con (baja) extraversión, la desinhibición con (baja) responsabilidad y antagonismo con (baja) amabilidad [45, 55]. Cabe señalar aquí que el MCF contempla la posibilidad de disfuncionalidad de la personalidad en ambos extremos del factor (por ejemplo, ser demasiado extravertido o demasiado introvertido), mientras que el modelo del DSM-5 sólo considera desadaptivo el extremo superior [46].

Relación entre los factores de distintos modelos dimensionales

Existe una estrecha relación entre los factores básicos de la personalidad, tanto adaptativa como patológica, establecidos por los diferentes modelos dimensionales. Entonces, es posible encontrar equivalencias entre los espectros del HiTOP con los factores de los diferentes modelos, tal como se representa en la tabla 1.

Tabla 1. Relaciones entre los factores de los distintos modelos dimensionales

HITOP ^(a)	DSM-5	Cinco grandes	CIE-11 ^b
Internalizador	Afectividad negativa	Neuroticismo	Emocionalmente inestable
-	-	-	Ansioso/Dependiente
Desinhibición externalizadora	Desinhibición	Responsabilidad	Obsesivo/Anancástico
Antagonismo externalizador	Antagonismo	Amabilidad	Disocial/Antisocial
Desapego	Desapego	Extraversión	Asocial/Esquizoide
-	-	Apertura a la experiencia	-
Trastorno del pensamiento	Psicoticismo	-	-

Referencias: (a): Por su sigla en inglés, Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología, adoptado de Kotov *et al.* [29]); (b) Cfr. Tyrer, Crawford y Mulder [52].

Como se observa en la tabla, la apertura a la experiencia no se encuentra representada en los modelos patológicos del HiTOP y del DSM-5. Al respecto, cabe preguntarse si cuestiones tales como los valores o la fantasía (cubiertos por la apertura a la experiencia) no podrían implicar patología en sus valores extremos.

Factores de orden superior en el MCF. En el MCF también se han propuesto factores de orden superior (o metarasgos) a partir del patrón de correlaciones observado entre los rasgos. En particular, se han observado dos metarasgos: estabilidad (que incluye a neuroticismo, amabilidad y responsabilidad) y plasticidad (extraversión y apertura a la experiencia) [17, 18]. La varianza compartida por neuroticismo, amabilidad y responsabilidad refleja la capacidad del individuo para mantener la estabilidad y evitar la desorganización, mientras que la varianza compartida de extraversión y apertura refleja la tendencia a explorar y comprometerse de manera flexible con la novedad [17].

Ambos factores de orden superior ya habían sido reportados por Digman [19], si bien éste no les dio su denominación actual, sino que fue sugerida por DeYoung *et al.* [18]. Incluso DeYoung [17] señala que factores semejantes a estabilidad y plasticidad aparecen en estudios léxicos cuando sólo se extraen dos factores, a menudo denominados propiedad social y dinamismo.

Estos metarasgos resultan complementarios: mientras la estabilidad (en diferentes dominios como emocional, social y motivacional) hace a la protección de objetivos, interpretaciones y estrategias para controlar impulsos, en tanto la plasticidad (o flexibilidad en el comportamiento y la cognición) crearía nuevos objetivos, interpretaciones y estrategias. Anteriormente, la estabilidad ha sido relacionada con el proceso de socialización, mientras que la plasticidad se relacionaría con el crecimiento personal [19]. Tanto el mantenimiento de la estabilidad como de la plasticidad y la adaptación a la novedad resultarían necesarios, si bien cualquiera de los extremos podría resultar patológico (e.g. la falta de plasticidad puede conducir a una estabilidad problemáticamente rígida).

Estructura articulada entre síntomas psicopatológicos y rasgos de personalidad. Varios estudios analizaron conjuntamente los síntomas y los rasgos de personalidad y sugirieron una correspondencia directa entre el espectro internalizador y la afectividad negativa, así como entre el trastorno del pensamiento y el psicoticismo [50]. Por esta razón, estos pares fueron representados por un espectro único dentro del HiTOP. Por otra parte, también se ha observado que el espectro externalizador tiene dos componentes equivalentes en la personalidad: la desinhibición y el antagonismo. La desinhibición es particularmente notoria en los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, mientras que el antagonismo es especialmente significativo en los trastornos de la personalidad narcisista, histriónico, paranoide y límite. Además, tanto la desinhibición como el antagonismo contribuyen al comportamiento antisocial y agresivo y a los trastornos oposicionista desafiante, por déficit de atención e hiperactividad y explosivo intermitente [60]. Por esta razón, ambos rasgos han sido incluidos dentro del HiTOP como dos espectros, denominados *desinhibición externalizadora* y *antagonismo externalizador*. Los síntomas del espectro *somatoforme*, por su parte, no tendrían una clara contrapartida en la patología de la personalidad, mientras que desapego no tendría su correspondencia en una sintomatología específica, sino que resulta restringido a los trastornos de la personalidad (*vide infra* 3. Subfactores), por ello ambos se ubicaron en el modelo como espectros independientes.

En síntesis, el modelo HiTOP postula seis espectros o grandes dimensiones:

1. Internalización: refleja la propensión a la expresión de la afectividad negativa y malestar en exceso (por ej., depresión, ansiedad, preocupaciones).
2. Desinhibición: representa una tendencia hacia el comportamiento impulsivo y negligente (por ej., abuso de drogas o de alcohol).
3. Antagonismo: se caracteriza por un comportamiento agresivo, desagradable y antisocial.
4. Trastorno del pensamiento: consiste en la presencia de delirios, alucinaciones o alteraciones del pensamiento.

5. Desapego: marcado por la baja motivación social y la retirada de las interacciones sociales.
6. Somatoforme definido por la presencia de síntomas médicos inexplicados y una excesiva búsqueda de reaseguro y atención médica.

Estos dominios constituirían los antecedentes comunes a todo tipo de patología y cada uno se puede medir en una dimensión continua que representa la probabilidad de que una persona experimente los síntomas asociados a ellos. De acuerdo al modelo, el perfil de una persona en estas dimensiones puede predecir su salud mental (e.g. tipo, gravedad y evolución de trastornos mentales).

Ubicación de los trastornos de la personalidad dentro del modelo. Dentro de los espectros externalizadores (desinhibición y antagonismo) se ubican varios trastornos de personalidad [TP]. Los trastornos de personalidad narcisista, histriónico, paranoide y límite, pertenecerían a antagonismo (el trastorno antisocial aparece vinculado tanto a antagonismo como a desinhibición por tener componentes de ambos). Los trastornos de personalidad esquizoide, evitativo, dependiente, e histriónico (estos con carga negativa) se ubicarían dentro del espectro de desapego. Si bien los autores [29], sólo indican con carga negativa al trastorno histriónico (es decir, que se asociaría negativamente con desapego), cabe señalar que la misma situación debería suceder con el trastorno dependiente, dado que también se caracteriza por un apego excesivo. Sin embargo, según R. Kotov¹ aún no hay juicios certeros respecto a este trastorno. Suele aparecer asociado a la internalización, en particular por su vinculación con la afectividad negativa, pero tal asociación no resulta muy firme, y en ocasiones o bien forma su propia dimensión, o bien carga en otras dimensiones, como desapego (pero de manera positiva). Kotov agrega que habría más cosas en juego en el trastorno dependiente que su relación con el apego, lo que afectaría sus relaciones con otros trastornos. Ciertos estudios [30, 42, 60] han encontrado al trastorno dependiente asociado al factor internalización. Finalmente, los trastornos de perso-

nalidad esquizoide, esquizotípico y paranoide pertenecerían al espectro de trastornos del pensamiento. Obsérvese que hay tres TP ubicados en dos lugares: el paranoide en antagonismo y en trastornos del pensamiento, el esquizoide en desapego y en trastornos del pensamiento, y el límite en antagonismo y en el internalizador (subfactor angustia).

2. El factor general de psicopatología: un superespectro

La cúspide de este modelo psicopatológico es el factor general de psicopatología, un superespectro denominado *factor p* [15]. *P* sería un factor único y común a toda la psicopatología y explicaría la carga compartida por todos los trastornos mentales. Se lo llamó *factor p*, en una clara alusión al *factor g* de inteligencia general [14]: así como la dimensión *g* es una medida de capacidad mental (de baja a alta), la dimensión *p* representaría el grado de severidad psicopatológica (de baja a alta). Así, una sola dimensión puede medir el riesgo de una persona ante los trastornos mentales, la gravedad y duración del mismo, la comorbilidad, la persistencia de los trastornos a lo largo del tiempo, el deterioro en el funcionamiento cotidiano, la historia psicopatológica (tanto individual como familiar), y un mayor compromiso cerebral desde la primera infancia [14, 15]. Con relación a la personalidad, se encontró que las personas con puntajes elevados en *p* poseen tres rasgos que comprometen los procesos por los cuales se mantiene la estabilidad [18]: un elevado neuroticismo junto a bajos valores de amabilidad y responsabilidad (los tres factores incluidos en el metarango de estabilidad del MCF). Entonces, las personas con alto *p* experimentarían dificultades en la regulación y el control en la relación con los otros, con el ambiente y consigo mismos.

La idea del factor *p* se sustenta empíricamente en estudios que mediante análisis factorial confirmatorio [AFC] arribaron a una solución jerárquica de dos niveles, que se compone de una dimensión general que refleja todas las formas de psicopatología y dimensiones específicas definidas por grupos más pequeños de trastornos [14, 34, 43]. En el estudio de Caspi *et al.* [14], uno de los más relevantes en relación a este tema, se ponen a prueba tres modelos estructurales distintos

¹ Comunicación personal, 23 de octubre de 2017.

mediante AFC. El modelo A, de 3 factores correlacionados, testea la hipótesis de que existen 3 factores latentes que explican la covariación entre las variables observadas (o los síntomas de los trastornos): internalización, externalización y trastorno del pensamiento. El modelo B, jerárquico, agrega a estos 3 factores uno superior que refleja psicopatología general (p). El modelo C, retiene un sólo factor (p). Los resultados del AFC sugirieron que el modelo B fue el que mejor se ajustaba a los datos. Es decir, internalización y externalización agregan información más allá de p , de manera que el factor general de psicopatología, por sí sólo, no resulta suficiente para describir los datos. Sintetizando, este estudio sugiere un factor internalizador, un factor externalizador y el factor p que refleja una propensión general hacia la psicopatología. Cabe señalar que en esta solución, el factor de trastorno de pensamiento quedó subsumido en p . Los síntomas de TOC, manía y esquizofrenia (que en modelos previos cargaban en trastorno del pensamiento) presentaron cargas altas en p , y, a diferencia de los síntomas de internalización y externalización, no alcanzaron a conformar un factor que sea independiente de p . Por esta razón, los trastornos del pensamiento se ubicarían cerca de p .

En el mismo sentido que venimos tratando, existen antecedentes en estudios previos, que mostraban que los trastornos psicológicos se correlacionan positivamente no sólo entre ellos sino también a nivel de los factores o espectros (con correlaciones positivas entre internalización y externalización y entre internalización y trastorno del pensamiento) [34]. Por esta razón, los autores sugirieron que además de la propensión a formas específicas de psicopatología (v.g. a la internalización o a la externalización), habría un superfactor subyacente que representa la propensión individual a desarrollar alguna y todas las formas psicopatológicas.

Evolución de la severidad. De la existencia del factor p se deriva que podría existir una evolución de la severidad a lo largo de la vida. Esto es, mientras muchas personas pueden manifestar sólo un episodio breve de un trastorno, otras pueden evolucionar hacia un síndrome internalizador o externalizador (que es más

persistente y perjudicial) y unos pocos evolucionarán hacia una mayor gravedad en el final de la adolescencia o en la adultez (con una condición psicótica o de trastorno del pensamiento). La hipótesis sostiene que, como una dimensión de gravedad, p conlleva síntomas de trastornos del pensamiento en su punto culmine [14]. En otros términos, cuanto más nucleares sean los componentes desadaptativos que sostienen un trastorno (cuanto más alto sea p), mayor será la posibilidad de que el mismo se agrave y cronifique, derivando hacia el pensamiento psicótico.

Diferencias de género y en el funcionamiento de la personalidad en los espectros y en p . El estudio de Caspi *et al.* [14] también encontró que los varones mostraron mayor tendencia a los síntomas externalizadores y las mujeres hacia a los internalizadores. No se observaron diferencias en la propensión a la psicopatología general.

En cuanto a la personalidad, si bien el factor p se relacionó con alto neuroticismo y bajas responsabilidad y amabilidad, se observaron diferencias entre internalización y externalización. Los individuos que tienen propensión a los trastornos externalizadores mostraron menor control de impulsos (baja responsabilidad)², tendencia a la agresión y a la manipulación (baja amabilidad), a la búsqueda de atención y a ser sensibles a recompensas (alta extraversión). Por el contrario, los individuos que puntuaron alto en trastornos del estilo internalizador mostraron mayor tendencia al malestar (alto neuroticismo) y a abstenerse de participar de su entorno (baja extraversión), pero tendrían mayor amabilidad.

3. Subfactores

El siguiente nivel de la jerarquía del modelo HiTOP son los subfactores. Mediante análisis factoriales más específicos se han identificado dimensiones más estrechas dentro de cada espectro, que, a su vez, podrían organizar y clasificar los trastornos del DSM.

² Si bien el control de impulsos es faceta del neuroticismo en los "cinco grandes", los autores utilizaron un instrumento en el cual forma parte de Responsabilidad (A. Caspi, comunicación personal, 17 de octubre de 2017). Cabe recordar que en el modelo dimensional alternativo del DSM-5 la impulsividad forma parte del dominio de Desinhibición, correlato patológico de la (baja) Responsabilidad en dicho modelo.

El espectro internalizador tendría subfactores que reflejan *conjuntos* de trastornos que suelen ser comórbidos [31, 34]. En principio se postularon dos grupos: un clúster de malestar general o angustia, formado por los trastornos depresivo mayor, distímico, de ansiedad generalizada, de estrés postraumático y límite y un clúster de miedo, que incluye los trastornos de fobia social, agorafobia, fobia específica, de pánico, de ansiedad por separación y obsesivo compulsivo. Éste último tiene una débil relación con el clúster de miedo y también suele cargar en el espectro de trastorno del pensamiento. De similar modo, el trastorno de pánico también ha sido relacionado con el malestar general, dado que se ha encontrado que carga en ambos factores. Ambas dimensiones, malestar general y miedo, tienden a aparecer altamente correlacionadas, e incluso en algunos estudios aparecen conformando un único factor (para más detalles sobre estas superposiciones véase el artículo original de Kotov *et al*). Posteriormente, la evidencia sugirió un tercer clúster de patología alimentaria (consistente en bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastorno por atracones) [22] y un cuarto de problemas sexuales (definido por síntomas de disfunciones sexuales) [20].

Por su parte, los espectros externalizadores, desinhibición y antagonismo, comprenden dos subfactores: comportamiento antisocial (que incluye trastorno antisocial de la personalidad, trastorno oposicionista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y trastorno de conducta) y abuso de sustancias (compuesta por trastornos relacionados con sustancias y caracterizado por impulsividad e irresponsabilidad) [22]. Dado que el subfactor antisocial posee elementos de desinhibición y de antagonismo, en el modelo aparece vinculado a ambos espectros. La dimensión del abuso de sustancias es más propia de la desinhibición. El espectro antagonismo también abarca un subfactor compuesto por los trastornos de personalidad narcisista, histriónico, paranoide y límite.

Los otros espectros (desapego y somatoforme) han recibido menos atención, y se desconoce si también incluyen subfactores. El espectro de desapego estaría compuesto por los trastornos de personalidad esquizoide,

evitativo, histriónico y dependiente (con la salvedad ya mencionada respecto a este último). Finalmente, el somatoforme estaría formado por el trastorno de síntomas somáticos y el de ansiedad por enfermedad.

Por último, la evidencia no es concluyente respecto a si la manía (que representa al trastorno bipolar tipo I y tipo II), pertenece al espectro de la internalización, al del trastorno del pensamiento o si posee características de ambos [25]. Por esa razón, en el modelo se lo vincula a los dos, pero con línea punteada para señalar el carácter provisorio.

4. Nivel de síntomas y rasgos desadaptativos

De cada espectro dependen, a su vez, componentes sintomáticos y rasgos desadaptativos específicos. Estos serían los niveles más bajos de la jerarquía y los más cercanos a la experiencia concreta. Por ejemplo, evitación de la intimidad sería un rasgo del espectro desapego; la disforia, la anhedonia, la ideación suicida o la irritabilidad serían componentes sintomáticos del subfactor malestar general del espectro internalizador; la ansiedad de evaluación, el temor a los espacios cerrados o los rituales obsesivos, formarían parte del subfactor miedo del mismo espectro. Algunos de los espectros presentarían síntomas y rasgos desadaptativos, mientras que otros presentarían sólo síntomas (somatoforme) o sólo rasgos (desapego). Kotov *et al*. [29] presentan una tabla con estas distintas manifestaciones sintomáticas y rasgos desadaptativos. La diferencia entre síntomas y rasgos no siempre está tan clara, ya que, por ejemplo, la anhedonia aparece como ambos. Según Kotov³ la diferencia radicaría en una cuestión temporal («¿te sientes anhedónico en este momento?» o «¿siempre te sientes anhedónico?») y existirían otros paralelismos entre síntomas y rasgos. Los autores reconocen que este nivel de la jerarquía ha sido menos estudiado que los espectros, en parte debido a la lógica dicotómica «presencia-ausencia» que guía estos estudios en la tradicional perspectiva categorial. Esta carencia da por resultado que este componente sea el menos definido y el de más difícil comprensión del modelo.

³ Comunicación personal, 23 de octubre de 2017.

5. Otras consideraciones sobre el modelo Evaluación de las dimensiones del HiTOP. Aunque aún no se cuenta con una medida general del modelo HiTOP (una de las principales metas del grupo), en los últimos años se han desarrollado una serie de instrumentos que permite evaluar sus componentes, al menos parcialmente. Ejemplos de estos son las medidas de rasgos de personalidad como el Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) [32], así como otras medidas sintomáticas (e.g. Inventory of Depression and Anxiety Symptoms, IDAS) [54]. El PID-5 permite evaluar componentes del espectro internalizador (afectividad negativa), de trastornos del pensamiento (psicoticismo), desinhibición, antagonismo y de desapego, pero no el somatiforme. En estos momentos, se está trabajando en la adaptación del PID-5 para población argentina [48]. Los resultados preliminares, globalmente, mostraron propiedades psicométricas satisfactorias y una estructura factorial de cinco factores similar a la original. Sin embargo, deben realizarse ciertos ajustes en el inventario (como agregar nuevos ítems para cubrir más facetas del modelo), antes de poder ser utilizado en tareas de investigación o de evaluación psicológica.

Implicancias clínicas. Las dimensiones cuantitativas pueden capturar más certeramente el curso de un trastorno que los resultados categóricos en aspectos tales como la remisión y la recuperación, donde los puntos de corte resultan arbitrarios y carecen de indicadores naturales. Un acercamiento dimensional puede caracterizar los resultados de un tratamiento en todos los niveles de la psicopatología, desde el deterioro severo a los síntomas sub-umbral o a la recuperación completa. Además, las descripciones categóricas pueden sobrevalorar o subestimar el grado de cambio debido a su naturaleza cualitativa, mientras que el enfoque dimensional puede representar el cambio con mayor precisión, considerando además que existe evidencia de la estabilidad temporal de los espectros mostrada por estudios longitudinales de hasta 9 años. Con un enfoque dimensional que evalúe la estructura psicopatológica por niveles, puede revelarse la estabilidad de la patología que suele quedar oculta por las descripciones categóricas. De similar modo, un enfoque dimensional puede explicar el deterioro fun-

cional asociado con la psicopatología con mayor parsimonia y precisión que las taxonomías tradicionales, permitiendo pautar objetivos más precisos para las intervenciones clínicas, lo que redundará en mejor calidad de vida para las personas que consultan en busca de ayuda terapéutica. Para los autores [29], son los espectros, más que los diagnósticos clínicos individuales, los que explican la disfunción.

Evidencia empírica del modelo. La propuesta psicopatológica del HiTOP es reciente, razón por la cual no se cuenta con abundante evidencia empírica producida con posterioridad a la publicación del modelo. No obstante, Waszczuk *et al.* [53] publicaron el primer estudio que utiliza este marco. Los autores se proponían investigar de manera exhaustiva la estructura de los trastornos emocionales, y comparar los componentes resultantes y los factores de orden superior con los enfoques diagnósticos existentes. En el trabajo se evaluaron, mediante entrevistas, todos los síntomas de trastornos emocionales especificados en los manuales diagnósticos, en dos muestras clínicas. Los resultados mostraron la existencia de un factor de orden superior, internalizador, tres subfactores (malestar general, miedo y obsesivo compulsivo/manía) y ocho síndromes (síntomas vegetativos, depresión cognitiva, estrés postraumático, pánico, ansiedad social, fobia, trastorno obsesivo compulsivo y manía). Los síntomas individuales se agruparon en función de los síndromes. Así, por ejemplo, la depresión incluyó la disforia y la anhedonia y el estrés postraumático la evitación y las intrusiones. Esta estructura se replicó en ambas muestras y resulta asimilable a la propuesta del HiTOP. En conjunto, los resultados muestran la relevancia de un enfoque jerárquico para construir una nosología empírica, que si bien es convergente con los diagnósticos categoriales no se limita al simple análisis de los mismos como entidades discretas.

Discusión

La propuesta jerárquica de la patología, incluyendo al factor *p* como explicación última de los problemas mentales, apunta a superar los problemas de las nosologías tradicionales y a trascender las fronteras diagnósticas para mejorar la investigación y la práctica clínica.

Representa un intento de reconstruir la taxonomía psicopatológica a partir de la evidencia empírica acumulada en más de 20 años de investigación. Los autores [14, 15, 29] sostienen que este acercamiento puede resumir de manera eficaz la información sobre vulnerabilidades genéticas compartidas, factores de riesgo ambientales, anormalidades neurobiológicas, curso de la enfermedad, deterioro funcional y eficacia del tratamiento para muchas formas de psicopatología. Por ejemplo, se ha encontrado que la transmisión intergeneracional de los trastornos asociados a la internalización y a la externalización está mediada por los espectros respectivos más que por los trastornos específicos. De similar modo, estudios en gemelos revelaron que influencias ambientales comunes sostienen gran parte de los espectros, junto con las influencias genéticas comunes, si bien la investigación recién está comenzando a identificar factores ambientales específicos que contribuyen a los espectros [29]. El modelo apunta a cubrir la mayor parte de los trastornos psicopatológicos, proponiéndose como una alternativa viable al enfoque categorial del DSM en un futuro cercano.

En la literatura, los espectros de internalización, externalización y de trastorno del pensamiento han mostrado ser bastante robustos. Un gran número de investigaciones sugieren que buena parte de la estructura de la psicopatología puede resumirse en estos tres factores latentes [14, 34]. Los espectros de internalización y externalización, particularmente, actúan como poderosas variables explicativas que predicen el funcionamiento adaptativo, mediatizan los efectos de los factores de riesgo (genéticos y ambientales) y explican la probabilidad de manifestar síntomas y trastornos a lo largo de la vida [21]. Por su parte, los fenómenos relacionados con el trastorno del pensamiento podrían ser más heterogéneos de lo que tradicionalmente se ha reconocido [36].

No obstante, los demás espectros requieren de mayor evidencia empírica. Tal como señalan los propios autores, no está del todo claro si el somatoforme es un espectro adicional o si es un subfactor más del internalizador. En cuanto al desapego, hay aspectos confusos o que no están suficientemente detallados en

el trabajo. Este espectro, que parece estar restringido a la patología de la personalidad, incluye a los trastornos de la personalidad esquizoide, evitativo, dependiente e histriónico. No obstante, el dependiente y el histriónico deberían estar relacionados inversamente con desapego (la disfuncionalidad sería el excesivo apego). De acuerdo a Millon [39, 47] tanto el trastorno dependiente como el histriónico se caracterizan por la dependencia hacia las figuras significativas, diferenciándose en que el primero tramita su dependencia de forma pasiva, y el segundo de forma activa; sin embargo, sólo el histriónico está señalado con carga negativa en el HiTOP. Según Kotov [29], el HiTOP es un modelo descriptivo, y como tal, en ocasiones, no se alinea con la etiología de los trastornos. Por su parte, en otros estudios, el trastorno de personalidad dependiente apareció asociado al factor internalizador [30, 42, 60].

Mención especial merece el factor p , una dimensión subyacente aún más amplia que refleja una propensión general a la psicopatología. Según Kotov *et al.* [29], los niveles más altos de la estructura son particularmente útiles para estudiar procesos patológicos comunes a todos los trastornos y describir las características más sobresalientes de los pacientes. Para Caspi *et al.* la presencia de este factor explica por qué es tan difícil encontrar causas, indicadores biológicos y tratamientos para los trastornos mentales cuando estos son tomados de manera aislada y como entidades discretas, tal como es la metodología desde un enfoque categorial [14]. Tal como señalan Lahey *et al.* futuros estudios deberían esclarecer si los aspectos que tienen en común los trastornos se deben a que comparten mecanismos neurobiológicos y etiológicos [34]. El factor p merecería un mayor desarrollo, lo que excede los límites de este trabajo.

Existen otros componentes del modelo que también requieren mayor clarificación, así como la ubicación de ciertos trastornos dentro de la estructura del HiTOP. Mencionaremos algunos ejemplos. En primer lugar, el trastorno bipolar y la manía han mostrado similitudes tanto con la esquizofrenia como con los trastornos emocionales [25], razón por la cual en el modelo se lo vinculó a ambos espectros.

Algo parecido sucede con algunos trastornos de la personalidad. Uno de ellos es el límite, que resulta relevante tanto en el espectro internalizador como en antagonismo, por su inestabilidad tanto emocional como interpersonal [35, 42]. Por último y, tal como señalan los mismos autores del modelo, la pertenencia del TOC al espectro internalizador (clúster de miedo) es relativamente lábil ya que se ha observado cierta superposición con la dimensión de trastorno del pensamiento. Si bien en el estudio de Kotov, Ruggero *et al.* el TOC se ubica en el factor internalizador, en Caspi *et al.* se lo incluye en el espectro de trastorno del pensamiento, junto con la manía y la esquizofrenia [14, 30]. Al respecto, Caspi *et al.* señalan que hay un reconocimiento creciente de que las creencias inusuales son características fundamentales del trastorno, tanto como la ansiedad [51] y que los modelos donde ubicaron al TOC en el factor internalizador arrojan resultados similares.

Sin embargo, si bien la evidencia proveniente de estudios factoriales puede ayudar a identificar nuevos diagnósticos, los constructos requieren un sustento teórico. Los modelos basados en el análisis factorial, al menos en el caso de la personalidad, han sido señalados por carecer de un marco teórico sólido que los sustente. La metodología estadística (habitualmente basada en el análisis léxico) reemplaza a la concepción teórica, por lo que estos modelos adolecen de una teoría de la personalidad de base, la cual es reemplazada por una generalización empírica [40].

Para que el HiTOP se convierta en una alternativa para conceptualizar la psicopatología, resulta necesario, además, una mayor cantidad de estudios, con diferentes muestras, que analicen datos desde el nivel inferior de la jerarquía (esto es, desde los síntomas/conjuntos de síntomas y rasgos), así como también la relación entre los espectros y los trastornos. El trabajo citado de Waszczuk *et al.* supone un primer paso en ese sentido [53]. Por otro lado, tal como señalan Kotov *et al.* [29], aún no se cuenta con evidencia estructural sobre algunos trastornos, como los neurocognitivos (demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos) y del desarrollo (trastornos generalizados del desarrollo, del aprendizaje,

etc.), pero deberían incluirse para apuntar a un modelo comprehensivo de toda la patología mental. De similar modo, y como se señaló anteriormente, aquellos aspectos relacionados con valores extremos de apertura a la experiencia también deberían ser considerados, dado que ciertos aspectos de la extrema apertura o del extremo convencionalismo pueden implicar patología.

Cabe señalar que los estudios para brindar mayor solidez al modelo deberían seguir un diseño de tipo longitudinal, en oposición a los estudios transversales que tradicionalmente han sostenido la psicopatología desde los modelos categoriales. Sólo de esta manera se tendrá un acercamiento a la psicopatología en el curso de la vida. La recurrencia, la comorbilidad secuencial y la cronicidad, por ejemplo, sólo pueden detectarse mediante estudios longitudinales. La detección del propio factor p también requeriría de estudios longitudinales, ya que la presencia de un trastorno, en un estudio transversal, en un único momento del tiempo, dejaría la duda respecto a si se trata de un hecho aislado, quizá condicionado por factores ambientales o si resulta determinado por un p elevado. Finalmente, resulta necesario contar con instrumentos que permitan evaluar el modelo completo y no sólo aspectos parciales y este es uno de los desafíos más importantes para el afianzamiento del modelo.

En síntesis, el HiTOP, junto al factor p , se presentan como una propuesta prometedora, en comparación con los desprestigiados modelos categoriales; el modelo resulta más parsimonioso, representa mejor la naturaleza de los trastornos mentales e implica un avance sustancial para la comprensión de la estructura de la psicopatología. Los antecedentes empíricos revisados para la concepción del modelo muestran claramente que una metaestructura subyacente podría explicar las características comunes de la adaptación funcional y patológica y dar cuenta de la mayor parte de lo que hoy se entiende por psicopatología. No obstante, es una línea de trabajo que recién comienza y resulta necesario refinar la propuesta, así como examinar sus implicancias, alcances y limitaciones. La historia reciente nos dice, fuerte y claro, que la empresa emprendida dista de ser sencilla.

Referencias

1. Achenbach TM, Edelbrock C. Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1981; 46(1):1-82. PMID:7242540
2. Achenbach TM, Krukowski RA, Dumenci L, Ivanova MY. Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychol Bull.* 2005; 131(3):361-382. DOI: 10.1037/0033-2909.131.3.361
3. Al-Dajani N, Gralnick TM, Bagby RM. A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): current status and future directions. *J Pers Assess.* 2016; 98:62-81. DOI: 10.1080/00223891.2015.1107572
4. American Psychiatric Association. *DSM-III Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author; 1980.
5. American Psychiatric Association. *DSM-III-R Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: Author; 1987.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000
8. American Psychiatric Association. *Personality Disorders.* Available at: <http://www.dsm5.org/PROPOSEDREVISIONS/Pages/PersonalityandPersonalityDisorders.aspx>. (acceso 23 de julio de 2012) [El documento fue retirado de Internet y los autores disponen de una copia en formato PDF].
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington: Author; 2013a.
10. Batstra L, Thoutenhoofd E. The Risk That DSM-5 Will Further Inflate the Diagnostic Bubble. *Curr Psychiatry Rev.* 2012; 8(4): 260-63. DOI: 10.2174/157340012803520531
11. Bernstein DP, Iscan C, Maser J. Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *J Pers Disord.* 2007; 21:536-51. PMID: 17953505 DOI: 10.1521/pedi.2007.21.5.536
12. Beutler LE, Harwood HJ. *Prescriptive Psychotherapy: A Practical Guide to Systematic Treatment Selections.* New York: Oxford University Press; 2000.
13. Blashfield R, Flanagan E, Raley K. Themes in the Evolution of the 20th-Century DSMs. In Millon Th, Krueger R, Sorensen E. *Contemporary directions in Psychopathology.* New York: Guilford Press; 2010; p. 53-71.
14. Caspi A, Houts RM, Belsky DW, Goldman-Mellor SJ, Harrington HL, Israel S, et al. The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clin Psychol Sci.* 2014; 2:119-37. PMID: 25360393 DOI: 10.1177/2167702613497473
15. Caspi A, Moffitt TE. All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension. *Am J Psychiatry.* 2018; 175(9): 831-44. PMID: PMC6120790 [Available on 2019-09-01] DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17121383
16. Costa PT, McCrae RR. Personality disorders and the five-factor model of personality. *J Personal Disord.* 1990; 4:362-71.
17. DeYoung CG. Higher-order factors of the Big Five in a multi-informant sample. *J Pers Soc Psychol.* 2006; 91:1138-51. PMID: 17144770 DOI: 10.1037/0022-3514.91.6.1138
18. DeYoung CG, Peterson JB, Higgins DM. Higher-order factors of the Big Five predict conformity: Are there neuroses of health? *Pers Individ Diff.* 2002; 33:533-52. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00171-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00171-4)
19. Digman JM. Higher-order factors of the Big Five. *J Pers Soc Psychol.* 1997; 73:1246-56. PMID: 9418278
20. Forbes MK, Baillie AJ, Schniering CA. Should Sexual Problems Be Included in the Internalizing Spectrum? A Comparison of Dimensional and Categorical Models. *J Sex Marital Ther.* 2016; 42:70-90. PMID: 25535819 DOI: 10.1080/0092623X.2014.996928
21. Forbes MK, Tackett JL, Markon KE, Krueger RF. Beyond comorbidity: Toward a dimensional and hierarchal approach to understanding psychopathology across the lifespan. *Dev Psychopathol.* 2016; 28:971-86. PMID: PMC5098269 DOI: 10.1017/S0954579416000651
22. Forbush KT, Watson D. The structure of common and uncommon mental disorders. *Psychol Med.* 2013. 43: 97-108. PMID: 22613885 DOI:

- 10.1017/S0033291712001092
23. Frances A. Opening Pandoras box: The 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatric Times*. 2010.
 24. Frances A. ¿Somos todos enfermos mentales? Barcelona: Ariel; 2014.
 25. Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MJ. Where should bipolar disorder appear in the meta-structure? *Psychol Med*. 2009; 39:2071-81. PMID: 19796430 DOI: 10.1017/S0033291709990304
 26. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005b; 62(6):617-27. PMID: PMC2847357 DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.617
 27. Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF, Skodol AE, Wall MM, Grant B, et al. Thought disorder in the meta-structure of psychopathology. *Psychol Med*. 2013; 43:1673-83. PMID: 23171498 DOI: 10.1017/S0033291712002292
 28. Kotov R, Chang SW, Fochtmann LJ, Mojtabai R, Carlson GA, Sedler MA, Bromet EJ. Schizophrenia in the internalizing-externalizing framework: A third-dimension? *Schizophr Bull*. 2010; 37:1168-78. PMID: PMC3196945 DOI: 10.1093/schbul/sbq024
 29. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby RM, et al. The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol*. 2017; 126: 454-77. PMID: 28333488 DOI: 10.1037/abn0000258
 30. Kotov R, Ruggero CJ, Krueger RF, Watson D, Yuan Q, Zimmerman M. New dimensions in the quantitative classification of mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68:1003-11. PMID: 21969458 DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.107
 31. Krueger RF. The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56:921-6. PMID: 10530634
 32. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med*. 2012; 42:1879-90. PMID: PMC3413381 DOI: 10.1017/S0033291711002674
 33. Kupfer DJ, First MB, Regier DA, editors. *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
 34. Lahey BB, Applegate B, Hakes JK, Zald DH, Hariri AR, Rathouz PJ. Is there a general factor of prevalent psychopathology during adulthood? *J Abnorm Psychol*. 2012; 121(4):971-77. PMID: PMC4134439 DOI: 10.1037/a0028355
 35. Livesley WJ. Toward a genetically-informed model of borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2008; 22:42-71. PMID: 18312122 DOI: 10.1521/pedi.2008.22.1.42
 36. Markon KE. Modeling psychopathology structure: A symptom-level analysis of Axis I and II disorders. *Psychol Med*. 2010; 40:273-88. PMID: 19515267 DOI: 10.1017/S0033291709990183
 37. Mayes R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci*. 2005; 41:249-67. PMID: 15981242 DOI: 10.1002/jhbs.20103
 38. Millon, T. The DSM-III. An Insider's Perspective. *Am Psychol*. 1983; 38:804-14. PMID: 6614627
 39. Millon T, Davis RD. *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. 2nd Ed. New York: Wiley; 1996.
 40. Millon T, Strack R. An Integrating and Comprehensive Model of Personality Pathology Based on Evolutionary Theory. En Huprich S, editor. *Personality Disorders. Toward Theoretical and Empirical Integration in Diagnosis and Assessment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2015. p. 367-94.
 41. Moffitt TE, Harrington H, Caspi A, Kim-Cohen J, Goldberg D, Gregory AM, et al. Depression and generalized anxiety disorder: Cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64:651-60. PMID: 17548747 DOI: 10.1001/archpsyc.64.6.651
 42. O'Connor BP. A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *J Clin Psychol*. 2005; 61:323-45. PMID: 15468325 DOI: 10.1002/jclp.20017
 43. Olino TM, Klein DN, Farmer RF, Seeley JR, Lewinsohn PM. Examination of the structure of psychopathology using latent class analysis. *Compr Psychiatry*. 2012; 53:323-32. PMID: PMC3196784 DOI: 10.1016/j.comppsy.2011.05.008
 44. Paris J. The Risk That DSM-5 Will Give Personality Dimensions A Bad Name. *Curr Psychol Rev*. 2012; 8:268-70. DOI: 10.2174/157340012803520441

45. Quilty LC, Ayeart L, Chmielewski M, Pollock BG, Bagby RM. The psychometric properties of the personality inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment*. 2013; 20:362-9. PMID: 23588687 DOI: 10.1177/1073191113486183
46. Sanchez, RO. Modelos dimensionales para los trastornos de la personalidad: un proceso inconcluso. *Rev Argent Clín Psicol*. En prensa. DOI: 10.24205/03276716.2019.1126
47. Sanchez, RO. Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*. 2003; 8:163-73. DOI: 10.1590/S1413-82712003000200008.
48. Sanchez RO, Montes SA, Somerstein LD. Propiedades psicométricas del Inventario de Personalidad para el DSM-5 en población argentina. *Interdisciplinaria*. En prensa.
49. Skodol, AE. Scientific issues in the revision of personality disorders for DSM-5. *Pers Ment Health*. 2011; 5:97-111. DOI 10.1002/pmh.161
50. Sleep CE, Hyatt CS, Lamkin J, Maples-Keller JL, Miller JD. Examining the Relations Among the DSM–5 Alternative Model of Personality, the Five-Factor Model, and Externalizing and Internalizing Behavior. *Personal Disord*. 2018; 9:379-84. PMID: 28125251 DOI: 10.1037/per0000240
51. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ, Denys D, Lochner C, Nestadt G, Leckman JF, Rauch SL, Phillips KA. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety*. 2010; 27: 495-506. PMID: 20533366 DOI: 10.1002/da.20699
52. Tyrer P, Crawford M, Mulder R. Reclassifying personality disorders. *Lancet*. 2011; 377:1814-15. PMID: 21353696 DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61926-5
53. Waszczuk MA, Kotov R, Ruggero CJ, Gamez W, Watson D. Hierarchical Structure of Emotional Disorders: From Individual Symptoms to the Spectrum *J Abnorm Psychol*. 2017; 126:613-34. PMID: 28471212 DOI: 10.1037/abn0000264
54. Watson D, et al. Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS) *Psychol Assess*. 2007; 19:253-68. PMID: 17845118 DOI: 10.1037/1040-3590.19.3.253
55. Watson D, Stasik SM, Ro E, Clark LA. Integrating Normal and Pathological Personality Relating the DSM-5 Trait-Dimensional Model to General Traits of Personality. *Assessment*. 2013; 20(3):312-26. PMID: 23596272 DOI: 10.1177/1073191113485810
56. Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *Am Psychol*. 2007; 62:71-83. PMID: 17324033 DOI: 10.1037/0003-066X.62.2.71
57. Widiger TA. A shaky future for personality disorders. *Personal Disord*. 2011; 1:54-67. PMID: 22448690 DOI: 10.1037/a0021855
58. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *J Pers Disord*. 2005; 19:110-30. PMID: 15899712 DOI: 10.1521/pedi.19.2.110.62628
59. Widiger TA. A postmortem and future look at the personality disorders in DSM-5. *Personal Disord*. 2013; 4(4):382-87. PMID: 24378173 DOI: 10.1037/per0000030
60. Wright AGC, Simms LJ. A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. *Psychol Med*. 2015; 45(11): 2309-19. PMID: PMC4498970 DOI: 10.1017/S0033291715000252