



Capítulo 39/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Trabajamos para su tranquilidad...

Personalidad y trastornos de la personalidad

Mark A. Blais, PsyD

Patrick Smallwood, MD

James E. Groves, MD

Rafael A. Rivas-Vazquez, PsyD, ABPP

Christopher J. Hopwood, PhD

Puntos clave

Epidemiología

- La personalidad ha evolucionado como guía de la función social e interpersonal.
- El uso de sistemas diagnósticos dimensionales mejora la fiabilidad y la amplitud descriptiva.

Hallazgos clínicos

- Los rasgos normales de la personalidad y los trastornos de la personalidad del DSM-5 comparten muchas características.

Opciones terapéuticas

- Las observaciones empíricas indican que los trastornos de la personalidad responden de forma positiva a una amplia variedad de psicoterapias.
- La farmacoterapia dirigida a los trastornos de la personalidad puede aplicarse de una forma racional.

Perspectiva general

Los últimos 30 años han sido testigos de un aumento notable de la investigación y el interés clínico en los trastornos de la personalidad. Los trastornos de la personalidad son frecuentes y afectan al 10-15% de la población general.¹ Además, entre el 25 y el 50% de los sujetos que buscan asistencia mental tienen un trastorno de la personalidad primario o concomitante. Se calcula que el porcentaje de pacientes psiquiátricos ingresados con un trastorno de la personalidad es de aproximadamente el 80%. Los trastornos de la personalidad se encuentran en conjunto entre los trastornos más frecuentes tratados por los psiquiatras.²

La personalidad, tal y como se define, es un patrón duradero de percepción, relación y pensamiento sobre el entorno y uno mismo que se ve en un amplio abanico de situaciones sociales y personales. Como tal, es relativamente estable y predecible, y caracteriza a los individuos en situaciones ordinarias. Cuando no es patológica, es flexible y adaptable, con una mitigación de las estrategias de afrontamiento menos maduras. Cuando está alterada, es inadaptada e implacable, y salen a la superficie estrategias de afrontamiento inmaduras y

primitivas que se usan de una forma inflexible o impredecible causando un sufrimiento significativo para el individuo y a terceros. Es muy importante reconocer, diagnosticar y tratar a un paciente con un trastorno de la personalidad o rasgos alterados. Estos trastornos no solo pueden afectar a la capacidad individual de intervenir eficazmente en los contextos interpersonal, social u ocupacional, sino que también pueden causar un deterioro vital sustancial y sufrimiento. Reducen la respuesta al tratamiento de los trastornos concomitantes del eje I, interfieren en los logros educativos y ocupacionales, facilitan los problemas legales, aumentan la frecuencia de suicidio, llevan a problemas de dependencia y reducen la satisfacción vital. Con todo esto en mente, en este capítulo se proporciona información que aumentará nuestro conocimiento y nuestras habilidades para, en nuestro ejercicio como psiquiatras, atender a pacientes con trastornos de la personalidad.

Teoría de la personalidad

Gordon Allport,³ el padre de la psicología de la personalidad, definió la personalidad como «la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamientos característicos». La comprensión de lo que la personalidad es se centra en la construcción de definiciones exhaustivas, como la siguiente: la personalidad es un sistema estable y organizado compuesto de subsistemas perceptuales, cognitivos, afectivos y conductuales que se disponen de forma jerárquica y determinan cómo los seres humanos comprenden y reaccionan a otros desde una perspectiva social. Aunque esta definición tiene mérito académico, carece de utilidad clínica. Una forma más útil de comprender la personalidad es definirla de forma operativa por sus funciones. Una de las principales funciones de la personalidad es guiar y regular nuestras relaciones interpersonales bivalentes y nuestras interacciones sociales en pequeños grupos. Las relaciones interpersonales fluidas y las interacciones sociales eficaces son cruciales para la adaptación vital satisfactoria y los logros vitales. Los psicólogos evolucionistas creen que la personalidad evolucionó porque una mejora de la función social e interpersonal permitió soluciones más eficaces a los problemas primarios de la existencia humana (p. ej., obtención de alimentos, cobijo, protección y acceso a la reproducción).^{4,5} Las «estructuras» psicológicas específicas (funciones) y las habilidades interpersonales que permitieron a nuestros ancestros resolver estos problemas de supervivencia evolucionaron en lo que ahora reconocemos como personalidad. La evolución de la personalidad, con su énfasis en la eficacia social, puede constituir una de las estrategias de supervivencia más exitosas de nuestra especie.⁴ Desde un punto de vista clínico, la ventaja de ver la función primaria de la personalidad como la facilitación de las interacciones sociales e interpersonales es lo que nos permite identificar cuándo la personalidad se altera: la personalidad se altera cuando interfiere o complica las funciones social e interpersonal.

Guiados por el trabajo de Mayer,⁶ podemos plantear la hipótesis de que es necesario desarrollar los siguientes tres subsistemas psicológicos para que la personalidad consiga su objetivo primario de función social e interpersonal eficaz: un sentido estable y realista de lo propio (self; sistema de lo propio [sistema del self]), un sistema para la interpretación de las situaciones sociales y la comprensión de los motivos y las acciones relacionales de los otros (sistema social), y la capacidad de observar lo propio en la forma en que se relaciona con terceros (sistema en relación con lo propio).

Estos componentes parecen ser el mínimo irreductible de subsistemas de la personalidad necesarios para mantener y regular la función interpersonal. La [figura 39-1](#) proporciona un modelo de la personalidad que usa estos tres componentes. El modelo subraya el hecho de que la personalidad surge de una combinación de procesos intra- e interpersonales recíprocos complejos que ocurren de forma simultánea a medida que interaccionamos con otros. La [figura 39-1](#) también muestra cómo se organizan estos componentes, que están influidos continuamente por la maduración y la función activa de las capacidades cognitivas básicas (como la memoria, la percepción y el razonamiento lógico [asociación, análisis y síntesis]).

Figura 39-1 Un modelo de los componentes básicos de la personalidad, su organización y su relación con la función interpersonal.

Orígenes de la personalidad

Desde el nacimiento, los lactantes muestran diferencias en los niveles de actividad, acercamiento y evitación de lo novedoso, y umbral de estímulo. Estas diferencias reflejan el temperamento único del niño. El temperamento se considera la expresión más pura de la base biológica de la personalidad. Kagan et al.⁷ han identificado dos temperamentos distintos (inhibido o no inhibido) en los lactantes. Estos dos temperamentos reflejan el grado en el cual los lactantes sienten miedo ante situaciones nuevas y desconocidas, y pueden constituir la versión humana de una tendencia universal en los mamíferos por la que los individuos de una misma especie varían en función del grado con el que se aproximan a situaciones desconocidas o las evitan.

Aproximadamente el 15% de los lactantes están inhibidos, y el otro 15% no están inhibidos. Los estudios longitudinales indican que alrededor del 50% de los niños mantienen sus estilos iniciales «inhibidos» o «no inhibidos» hasta los 15 años de edad. Los niños inhibidos muestran menos habla espontánea, menor interacción social y una vigilancia más tranquila/vigilante de otros, mientras que los niños no inhibidos son más interactivos y habladores. Un cuerpo creciente de conocimiento señala que los extremos en estos patrones de temperamento predisponen al niño a desarrollar rasgos de personalidad inadaptados.

La investigación en adultos ha identificado tres temperamentos básicos: emotividad positiva, emotividad negativa y restricción.⁸⁻¹⁰ La emotividad positiva y la emotividad negativa¹⁰ son similares a los temperamentos inhibidos y no inhibidos de Kagan. Como el niño inhibido, el adulto que tiene una emotividad muy negativa tiende a percibir y reaccionar al mundo como si fuera un lugar amenazante, problemático e inquietante,¹⁰ mientras que los adultos que tienen una emotividad muy positiva muestran una mayor actividad física, felicidad y autoconfianza. La emotividad positiva y la negativa se asocian sobre todo al tono afectivo de la vida de un individuo. La restricción se refiere a la facilidad con que un sujeto actúa sobre una evaluación emocional inicial de los acontecimientos y las personas. En otras palabras, la restricción refleja el grado de control que un sujeto ejerce sobre aquellas partes de la conducta dirigidas por la emoción, y puede verse como una capacidad amortiguadora que opera en respuesta a las emociones. Los adultos que tienen un alto grado de restricción pueden resistir su impulso inicial de evitar (emotividad negativa) o acercarse (emotividad positiva) a una persona o situación. Este retraso da la oportunidad de evaluar la posible implicación a largo plazo de las conductas.¹⁰ Los adultos con bajo grado de restricción actúan, sin embargo,

rápida e impulsivamente en su evaluación emocional inicial, y se acercan o evitan a una persona o situación. La restricción puede ser un precursor, o la base, del rasgo de personalidad del adulto de la escrupulosidad.

La red neurobiológica que subyace a la emotividad positiva se considera un sistema de activación conductual (SAC).^{10,11} El SAC es muy sensible a los efectos del refuerzo positivo, en particular a los reforzadores no condicionados (como el alimento, el sexo y la seguridad). Con el incremento del desarrollo cognitivo, el SAC se ha hecho sensible a los efectos de reforzadores secundarios complejos (condicionados) (p. ej., el dinero, el estado social). El SAC regula los patrones de conducta diseñados para encontrar, identificar y obtener estos refuerzos deseados. Dicho de un modo sencillo, el SAC está dirigido a la recompensa.¹¹ Depue¹² y Pickering y Gray¹¹ han indicado que los sistemas ascendentes dopaminérgicos (AD) encontrados en las regiones mesolímbica y mesocortical del encéfalo, implicados desde hace tiempo en la conducta de búsqueda de recompensa, subyacen al SAC.

La emotividad negativa se asocia, por otra parte, a la inhibición conductual^{10,12} y a la experiencia afectiva de la ansiedad y el miedo. La red neurobiológica que subyace a la emotividad negativa es un sistema de inhibición conductual (SIC). La actividad noradrenérgica en el locus cerúleo parece ser la base del SIC.^{11,12}

El sustrato neurobiológico de la restricción está menos claro. Sin embargo, si la restricción actúa como un modificador del umbral de respuesta, los neurotransmisores asociados a la inhibición tónica serían la base de este rasgo. La serotonina (5-HT) parece desempeñar un papel importante en la modulación de un grupo diverso de funciones que incluye las emociones, la motivación y la reactividad sensorial.¹² La función de la 5-HT reducida en los animales y los seres humanos se ha asociado a un aumento de la irritabilidad, la hipersensibilidad al estímulo sensorial y la impulsividad. A partir de estos datos, es plausible que las redes de 5-HT desempeñen un papel importante en la restricción.

El temperamento infantil, con sus patrones conductuales de origen neurobiológico innato, desempeña un papel primario en el desarrollo, la expresión y la modificación de la personalidad del adulto. De hecho, las pruebas indican que hay un grado moderado de estabilidad en el temperamento desde la infancia hasta la adolescencia y la primera fase de la edad adulta.⁷ Sin embargo, el desarrollo de la personalidad del adulto es un proceso complejo que implica más que una dotación biológica. De hecho, a medida que maduramos, las contribuciones de base no biológica a la personalidad se hacen más influyentes y evidentes en nuestra conducta.

Rasgos de la personalidad del adulto

Desde mediados de los años treinta, los psicólogos han ideado varios modelos «dimensionales» o «de rasgos» de la personalidad del adulto. Estos modelos plantean la hipótesis de que la personalidad normal está compuesta por entre 3¹³ y 16¹⁴ rasgos definidos de una forma amplia. Recientemente se ha llegado a un acuerdo cada vez mayor en que los rasgos de la personalidad normales del adulto pueden describirse de forma adecuada usando el modelo de los cinco factores (FFM, Five-Factor Model).¹⁵⁻¹⁷ El FFM se basa en la premisa de que el lenguaje es el «registro fósil» del componente de la personalidad de la psicología evolutiva. Como el lenguaje es importante para el éxito vital en los seres humanos, tuvieron que evolucionar palabras para todos los rasgos observables importantes de la personalidad. Para demostrar esta suposición se ha usado el análisis de factores con el fin de reducir las

grandes listas de palabras descriptivas a sus estructuras psicolingüísticas básicas. En varios de estos estudios se han encontrado cinco grupos amplios de estas palabras rasgo. También se ha obtenido una estructura similar de cinco factores a lo largo de grupos étnicos y lenguajes. El FFM no argumenta que todos los rasgos de la personalidad estén representados dentro de los dominios amplios; sin embargo, proporciona una cobertura razonablemente exhaustiva de los rasgos más importantes que las personas usan para describirse a sí mismos y a otros.¹⁷ Los nombres más frecuentes dados a estas categorías son neuroticismo, extraversión, conformidad, escrupulosidad y apertura.

El neuroticismo refleja el grado de emoción negativa y pesimismo que experimenta generalmente una persona. Los sujetos con un elevado neuroticismo tienden a estar «preocupados», y esperan y temen lo peor de cualquier experiencia. El neuroticismo es un factor predictivo sólido de la aparición de una enfermedad psiquiátrica en algún momento del ciclo vital, y a menudo se asocia a una baja autoestima, depresión y ansiedad. Los sujetos con un bajo neuroticismo muestran estabilidad emocional y niegan sentirse preocupados por la ansiedad, la irritabilidad o el enfado.

La extraversión se asocia a experiencias emocionales positivas y a una perspectiva optimista de la vida. Los sujetos que tienen una elevada extraversión tienden a ser extrovertidos, a disfrutar de las interacciones sociales, a responder al refuerzo positivo intermitente y a mostrar una persistencia conductual elevada. Los grados altos de extraversión se consideran protectores frente a la enfermedad psiquiátrica y, si surge la enfermedad, responden de forma más sólida a diversas modalidades terapéuticas. El extremo opuesto del espectro de la extraversión se conoce como introversión. Los sujetos con este rasgo son a menudo solitarios, muestran poco contacto social, están menos influenciados por ciertos tipos de refuerzo positivo y tienen un ritmo personal más lento. El neuroticismo y la extraversión tienen un grado moderado de heredabilidad.⁴

La conformidad es sobre todo un rasgo interpersonal. Los sujetos con una elevada conformidad son cooperadores, fáciles de tratar y tienden a tener relaciones fáciles, a menudo a expensas de una autoafirmación. Los sujetos que puntúan bajo en este rasgo son, sin embargo, desagradables, negativos, expresan su ira con facilidad y tienden a tener relaciones que se rompen con frecuencia por conflictos.

La escrupulosidad se asocia al autocontrol y a un abordaje centrado y organizado de la vida. Los sujetos con elevada escrupulosidad están orientados a la fijación y consecución de objetivos y pueden retrasar la gratificación inmediata con el fin de obtener un resultado deseado a largo plazo. Se les considera responsables, fiables y formales. Los sujetos con baja escrupulosidad tienden a ser descuidados, desorganizados, impulsivos e irresponsables. Se entregan con facilidad a la perspectiva de la gratificación inmediata o a corto plazo. La escrupulosidad es probablemente la variante de personalidad del temperamento restrictivo señalado antes.

La apertura describe el interés, o deseo, de un sujeto en nuevas y variadas experiencias intelectuales y culturales. Es un reflejo de la curiosidad y la imaginación; no debe confundirse con la extraversión. Los sujetos que tienen una elevada apertura disfrutan de una amplia variedad de experiencias intelectuales y culturales (como el arte, el teatro, la poesía y la filosofía). Mientras que la apertura se correlaciona moderadamente con la inteligencia,¹⁵ los sujetos con un grado bajo de este rasgo pueden no ser menos inteligentes pero sí mostrar menos interés en ocupaciones intelectuales. En cambio, se concentran en el aprendizaje y en las experiencias que son más prácticas y aplicables a su vida. La apertura se considera asociada al trastorno de la personalidad esquizotípica, pero su relación con los trastornos de

la personalidad del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5.^a Ed.,¹⁸ es menos clara que la de los otros cuatro grandes rasgos. Mientras que la relación de los trastornos de la personalidad del DMS-5 con el temperamento y los rasgos de la personalidad del FFM sigue sin estar clara, hay datos convincentes procedentes de muchas líneas diferentes de investigación que indican que las dimensiones del FFM se relacionan con los trastornos de la personalidad del DSM-5.¹⁹⁻²³ La [tabla 39-1](#) ofrece asociaciones demostradas de forma empírica entre los trastornos de la personalidad del DSM-5 y los dominios del FFM. Como indica la [tabla 39-1](#), solas o combinadas, las formas extremas (altas o bajas) de estas dimensiones pueden explicar y profundizar nuestro entendimiento de los trastornos de la personalidad del DSM-5. Por ejemplo, la categoría trastorno de la personalidad límite (TPL) del DSM-5 refleja una combinación de un elevado neuroticismo y una baja conformidad, el trastorno de la personalidad histriónica (TPH) se asocia a una extraversión excesiva, y el trastorno de la personalidad antisocial implica bajos grados de conformidad y escrupulosidad.

Tabla 39-1

Relación de los trastornos de la personalidad del DSM-5 (TP DSM) con los dominios del modelo de cinco factores

TP DSM	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Conformidad	Escrupulosidad
Paranoide	+			-	
Esquizoide		-			
Esquizotípica	+		+	-	
Antisocial				-	-
Límite	+			-	
Histriónica		+			
Narcisista			+	-	
Por evitación	+	-			
Dependiente	+			+	
Obsesivo-compulsiva		-			+

Basado en Widiger TA, Costa PT. Five-factor model personality disorder research. In Widiger TA, Costa PT, editors: Personality disorders and the five-factor model of personality, ed 2, Washington, DC, 2002, American Psychological Association, y en Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 5, Washington, DC, 2013, American Psychiatric Association.

+, asociaciones positivas significativas; -, asociaciones negativas significativas.

Cualquier intento de integrar los trastornos de la personalidad del DSM con los dominios del FFM exige cierto conocimiento de los conflictos (histórico y conceptual) que hay entre los abordajes categórico y dimensional de la personalidad.²⁴ La medicina se ha apoyado tradicionalmente en sistemas diagnósticos categóricos para identificar la presencia de un trastorno. El abordaje categórico asume categorías con límites relativamente definidos: «enfermo» frente a «sano», neumonía frente a insuficiencia cardíaca congestiva, esquizofrenia frente a trastorno bipolar o episodio maníaco. Esto se retrotrae a los intentos de Platón de «tallar la naturaleza en las articulaciones». Sin embargo, los modelos categóricos asumen que la distribución del trastorno es discontinua (como el embarazo o la muerte, donde no hay gradación). Este abordaje de blanco o negro contiene suposiciones que son difíciles de apoyar (o incluso bastante engañosas) respecto a los trastornos de la personalidad.

La investigación es bastante convincente en que tanto los rasgos normales como anómalos de la personalidad se distribuyen de forma continua a lo largo de la población en un espectro o un continuo. El abordaje dimensional proporciona un perfil o cuadro en múltiples capas de la función de la personalidad que es más realista que las simples «cajas» que constituyen las categorías del abordaje categórico. Y, aunque no se asignan directamente a los trastornos de la personalidad definidos por el DSM ni ofrecen orientación sobre el tratamiento, estos perfiles proporcionan una descripción más individualizada y detallada de la persona. Ambos sistemas tienen ventajas y desventajas.

A pesar de estas diferencias, parece probable que futuras versiones del DSM incorporen alguna forma de modelo dimensional para el diagnóstico o descripción de los trastornos de la personalidad. De hecho, observaciones recientes revelan que una estructura de cuatro factores refleja mejor los rasgos anómalos de la personalidad (rasgos ligados de forma más directa a los trastornos de la personalidad del DSM) que cualquiera de los sistemas actuales o el FFM. Estos factores (alteración de la regulación emocional, conductas disociales, inhibición y compulsión) imitan estrechamente a cuatro de los dominios del FFM.²⁵ Sin embargo, hay otros modelos dimensionales de la personalidad. Por ejemplo, Shedler y Weston²⁶ han desarrollado un modelo dimensional para la descripción y el diagnóstico de trastornos de la personalidad que tienen una utilidad clínica considerable. Cloninger y Svrakic⁸ también tienen un modelo dimensional alternativo que intenta explicar las variaciones en la personalidad normal y anómala. Sobre las ideas pioneras de Thomas y Chess, el modelo de Cloninger y Svrakic⁸ identifica cuatro temperamentos básicos de origen génico (evitación del daño, búsqueda de la novedad, dependencia de la recompensa y persistencia) y tres rasgos de carácter (dirección por uno mismo, cooperativismo y autotranscendencia). Estas siete dimensiones interactúan para formar la personalidad. El Temperament and Character Inventory se ideó para evaluar los siete principales componentes y subcomponentes adicionales del modelo. Este modelo exhaustivo de la personalidad combina los hallazgos de los campos de la genética, la neurobiología y la psicología de rasgos de una forma que puede potenciar la evaluación y el tratamiento de los trastornos de la personalidad. El ambicioso trabajo de Cloninger y Svrakic⁸ ha generado una actividad investigadora considerable, pero no se ha adoptado ampliamente en el ámbito clínico.

Trastornos de la personalidad del DSM-5: grupos A, B y C

El DSM-5¹⁸ reconoce 10 trastornos de la personalidad, que se organizan en tres grupos (basados en características diagnósticas comunes): 1) grupo A de trastornos de la personalidad, que comparten las características comunes de ser raras y excéntricas (trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica); 2) grupo B de trastornos de la personalidad, que comparten las características comunes de ser llamativas, emocionales y erráticas (trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista), y 3) grupo C de trastornos de la personalidad, que comparten las características comunes de ser ansiosas y miedosas (trastornos de la personalidad por evitación [o evitativa], dependiente y obsesivo-compulsiva). Como regla, los pacientes a menudo muestran rasgos de más de un trastorno de la personalidad, y, si cumplen los criterios diagnósticos de otro, deben diagnosticarse junto con el diagnóstico primario.

Grupo A de trastornos de la personalidad

Trastorno de la personalidad paranoide

La característica central del trastorno de la personalidad paranoide es una desconfianza penetrante y una suspicacia hacia los otros. Los sujetos afectados no confían en los demás, asumen que la mayoría de las personas les dañan o les explotan de alguna manera. En situaciones nuevas, buscan la confirmación de estas expectativas y ven significativo incluso el indicio más leve. Se cuestionan de forma injustificable la lealtad de los amigos y otros allegados y, en consecuencia, sufren a menudo de aislamiento social y evitan las relaciones personales. Están orgullosos de sí mismos por ser racionales y objetivos, pero a los demás les parecen faltos de emociones, sufridores de restricción afectiva e hipervigilantes. Estos sujetos sienten rencor y acumulan injusticias. Cuando se desafían sus creencias o se les estresa de cualquier forma, estos sujetos pueden mostrar una ira profunda, hostilidad y un pensamiento referencial.

Los diagnósticos diferenciales más frecuentes del trastorno de la personalidad paranoide son el trastorno delirante (tipo paranoide), la esquizofrenia (tipo paranoide), y los trastornos de la personalidad esquizoide y por evitación. Con el trastorno delirante y la esquizofrenia se pierde la prueba de la realidad; en el trastorno de la personalidad paranoide se dice que la prueba de la realidad permanece intacta. Sin embargo, la prueba de la realidad es un continuo, y puede ser difícil distinguir el grado de prueba de la realidad de una persona con una esquizofrenia leve del de una persona con un trastorno paranoide florido de la personalidad, especialmente si en este último hay ciertos factores culturales o una posible ganancia derivada de la manipulación del examinador. Con el trastorno de la personalidad esquizoide y por evitación, la cantidad y el grado de paranoidismo son significativamente inferiores, lo que los distingue del trastorno de la personalidad paranoide.

La prevalencia del trastorno de la personalidad paranoide en la población general es aproximadamente del 0,5 al 2,5%. Parece haber una mayor incidencia en familias con esquizofrenia y trastorno delirante. El diagnóstico es mucho más frecuente en hombres que en mujeres.

Trastorno de la personalidad esquizoide

Los sujetos con un trastorno de la personalidad esquizoide son solitarios sin vínculos emocionales e indiferentes al mundo que les rodea. Tienen escaso deseo de relacionarse y pocos lazos emocionales, incluso con los miembros de su familia. Expresan poco o ningún problema respecto a su desvinculación. Con respecto al empleo, prefieren trabajos no competitivos y aislados no relacionados con temas humanos (como matemáticas, filosofía o astronomía). Pueden disfrutar mucho de objetivos solitarios, como juegos de ordenador y rompecabezas. En la entrevista, su pensamiento es claro y su prueba de realidad está intacta. La mejor caricatura de la persona con una personalidad esquizoide sería la de un profesor absorto que trabaja en el laboratorio y está pasado de moda.

Los diagnósticos diferenciales del trastorno de la personalidad esquizoide comprenden la esquizofrenia, así como los trastornos de la personalidad paranoide, obsesivo-compulsiva y por evitación. La prueba de la realidad intacta, la capacidad de abstracción normal y la ausencia de un trastorno formal del pensamiento distinguen el trastorno de la personalidad esquizoide de la esquizofrenia. Los pacientes con un trastorno de la personalidad paranoide tienen ideas de orientación más social que los pacientes esquizoides. Los pacientes con trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivos (TPOC) y por evitación, aunque a menudo aislados de la sociedad, ven la soledad de forma ego-distónica o como un «ego-alien» y disfrutan de una historia interpersonal más rica que los pacientes con un trastorno de la personalidad esquizoide.

Tal y como se ha definido actualmente, el trastorno de la personalidad esquizoide afecta a alrededor del 7,5% de la población, y se diagnostica al doble de hombres que de mujeres. Como en el trastorno de la personalidad paranoide, la incidencia de trastornos psicóticos en los familiares de estos pacientes es mayor, aunque esta asociación es menos sólida. La mayoría de los sujetos afectados actúan razonablemente bien y tienen pocos problemas que exijan intervención.

Trastorno de la personalidad esquizotípica

Las características esenciales del trastorno de la personalidad esquizotípica son las excentricidades cognitivas, perceptivas y conductuales y una incomodidad acentuada con las relaciones cercanas. Los pacientes con este trastorno de la personalidad tienen con frecuencia creencias inusuales (como la telepatía, la clarividencia y el pensamiento mágico) hasta un grado que supera las normas culturales y subculturales. Desde el punto de vista social, se muestran ineptos e incómodos. El estilo de su ropa puede ser inapropiado y extraño, lo que refleja su naturaleza excéntrica. Su habla es a menudo vaga, divagante o inapropiadamente abstracta, y pueden hablarse a sí mismos en público. El contenido del habla puede reflejar también ideas de referencia, ilusiones corporales y paranoia, pero suele haber una ausencia de trastornos formales del pensamiento, y su prueba de realidad está intacta. En períodos de estrés, sin embargo, estos pacientes pueden descompensarse en breves estados psicóticos.

El diagnóstico diferencial del trastorno de la personalidad esquizotípica incluye la esquizofrenia y varios trastornos de la personalidad. Los trastornos de la personalidad paranoide y esquizoide comparten muchas de las características centrales del trastorno de la personalidad esquizotípica, pero difieren en el grado o la ausencia de excentricidad. El TPL comparte parte del habla inusual y el estilo perceptual, pero muestra un afecto y conexión más fuertes con otros. Los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación, aunque incómodos e ineptos en los ámbitos sociales, no son excéntricos y desean el contacto con

otros. La esquizofrenia difiere del trastorno de la personalidad esquizotípica en que el paciente esquizotípico posee una prueba de la realidad buena y carece de psicosis.

El trastorno de la personalidad esquizotípica afecta a alrededor del 3% de la población. No se conoce la distribución por sexos. Aunque no hay ninguna causa génica conocida, el trastorno parece aparecer más en los familiares biológicos de pacientes esquizofrénicos, y el trastorno se diagnostica con frecuencia en mujeres con el síndrome del cromosoma X frágil.

Grupo B de trastornos de la personalidad

De los trastornos de la personalidad en este grupo se dice que combinan anomalías en el pensamiento y el afecto, pero que no predominan uno ni otro grupo, como en el grupo A (pensamiento) o el grupo C (afecto). Los trastornos en este grupo están muy centrados en las relaciones sociales interpersonales y son hasta cierto punto explotadores.

Trastorno de la personalidad antisocial

Las características clave del trastorno de la personalidad antisocial son los actos ilegales repetitivos, las conductas socialmente irresponsables y un descuido intenso de los derechos de los demás. Las conductas antisociales aparecen pronto en la adolescencia, antes de los 15 años. Estos sujetos están tan despreocupados por los sentimientos y derechos de los demás que carecen de moral y de remordimientos. Tales personas parecen completamente incapaces de proyectarse a sí mismas en los sentimientos de los demás y carecen de empatía. En la superficie pueden ser encantadores y cautivadores, pero por debajo de esa fachada hay sujetos que viven en un mundo lleno de actividad ilegal, engaño, promiscuidad, drogadicción y conducta violenta. Como los pacientes con este trastorno son tan indiferentes a cómo afectan sus acciones a otros, el trastorno de la personalidad antisocial es el trastorno de la personalidad más resistente al tratamiento.

El diagnóstico diferencial del trastorno de la personalidad antisocial comprende la conducta antisocial, otros trastornos de la personalidad del grupo B, los trastornos del control de los impulsos, la manía, la psicosis, los trastornos de drogadicción, la discapacidad intelectual y los cambios de la personalidad causados por trastornos médicos generales. Los pacientes con TPL pueden realizar actos ilegales, aunque tienden a demostrar conductas suicidas y parasuicidas más repetitivas, así como un afecto y aversión intensos por sí mismos. Cuando los pacientes con un trastorno de la personalidad narcisista (TPN) violan la ley, el motivo suele ser la necesidad de mantener su estatus en lugar de cumplir un deseo instrumental (es decir, que el TPN se asocia más con el ladrón de guante blanco, mientras que el trastorno de la personalidad antisocial se relaciona mejor con un criminal violento). La manía bipolar puede ser difícil de separar del trastorno de la personalidad antisocial, porque los pacientes con personalidades antisociales también pueden tener trastornos bipolares concomitantes. Pero, en su mayor parte, los pacientes con un trastorno bipolar carecen de un grado significativo de problemas de conducta en su infancia, y la conducta antisocial suele limitarse a episodios maníacos. Los pacientes con trastornos psicóticos también pueden llevar a cabo actos criminales, pero estos actos suelen darse en respuesta a delirios o alucinaciones. Los trastornos por drogadicción pueden ser especialmente difíciles de diferenciar del trastorno de la personalidad antisocial, porque los pacientes con un trastorno de la personalidad antisocial

casi siempre son drogodependientes. Sin embargo, las conductas criminales asociadas a los trastornos de drogadicción suelen centrarse en torno al uso y la obtención de las drogas. El trastorno de la personalidad antisocial afecta al 3% de los hombres y a menos del 1% de las mujeres. Dada la prominencia de la actividad ilegal en los criterios diagnósticos de este trastorno de la personalidad, no es sorprendente que al menos el 75% de la población carcelaria tenga el diagnóstico. Los pacientes con este trastorno suelen comenzar a padecerlo antes de los 15 años de edad, y con frecuencia sufren trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastornos por consumo de múltiples drogas y trastorno de somatización concomitantes. La causa exacta se desconoce, pero este trastorno es cinco veces más frecuente en los familiares de primer grado de los hombres que padecen este trastorno. Mientras que la evolución natural del trastorno de la personalidad antisocial es variable, puede producirse cierta mejoría durante la mediana edad.

Trastorno de la personalidad límite

El trastorno de la personalidad límite (TPL) ha atraído la mayor parte de la investigación y el interés clínico entre todos los trastornos de la personalidad. Central a este trastorno encontramos una capacidad menoscabada de formar relaciones interpersonales estables. Otras características notables son la inestabilidad afectiva (con cambios de estado de ánimo rápidos), la impulsividad, el trastorno de identidad (descrito como aburrimiento o vacuidad crónicos), conductas suicidas y parasuicidas manipuladoras recurrentes (p. ej., automutilación) e idealización/devaluación («de extremos»). Cuando se enfrentan a una separación real o percibida, estos pacientes reaccionan a menudo con miedo e ira intensos. Bajo estrés, los pacientes límite pueden experimentar además estados psicóticos reactivos cortos (también conocidos como «episodios micropsicóticos»). Además, es probable que tengan varios fenómenos disociativos en situaciones estresantes y afectivas intensas.

Suele decirse que este trastorno era tan polifacético que el diagnóstico era inespecífico, que no tenía ninguna «arista principal» ni característica y que era un diagnóstico «paraguas». Pero esto no es cierto, y la característica de mayor alcance del TPL es la presencia de cambios llamativos del afecto positivo o negativo hacia personas importantes en la vida del sujeto, de forma característica desconociendo el «interruptor» del afecto –en otras palabras, una «amnesia afectiva»-. En 1682 Thomas Sydenham dijo lo siguiente de los «histéricos», a los que puede reconocerse de forma retrospectiva como sujetos con TPL: «Todo es capricho, aman sin medida a aquellos que pronto odiarán sin motivo».²⁷

Aunque el TPL es un trastorno que se asocia mucho a otros, el diagnóstico diferencial del TPL debe centrarse en otros trastornos de la personalidad, trastornos del espectro bipolar y trastornos psicóticos. Los pacientes con TPL carecen de la peculiaridad y el pensamiento referencial que se encuentra en los que padecen el trastorno de la personalidad esquizotípica y la sospecha extrema vista en los que padecen el trastorno de la personalidad paranoide. El TPL muestra un solapamiento extenso con los trastornos histriónico, narcisista y dependiente, pero los sujetos con estos trastornos tienden a tener identidades más estables y pocas veces participan en actividades de automutilación o conductas suicidas crónicas. Los trastornos del espectro bipolar pueden ser difíciles de distinguir del TPL, ya que ambos pueden coexistir. Sin embargo, los cambios del estado de ánimo mostrados por el paciente límite no deben cumplir los criterios de los episodios maníacos ni hipomaníacos. Finalmente, aunque el paciente límite puede experimentar estados psicóticos transitorios, los pacientes

con trastornos psicóticos mayores experimentan generalmente un deterioro persistente en la prueba de la realidad.

Los trastornos de drogodependencia, especialmente el consumo de alcohol, muestran una gran asociación al TPL. Sin embargo, bastante más del 10% de los pacientes no cumplen ya los criterios diagnósticos del TPL una vez que pueden mantenerse 1 año sobrios.

El TPL es el trastorno de la personalidad más frecuente en todos los marcos clínicos (12-15%). Se cree que se produce en del 2 al 3% de la población general, con una relación mujer:hombre de 2:1. Hay una elevada asociación entre el TPL y el trastorno de depresión mayor, pero estudios recientes indican que esto refleja la naturaleza depresógena del trastorno límite y las consecuencias de los estilos de vida caóticos en lugar de indicar que los dos trastornos comparten un trasfondo biológico común. El TPL suele diagnosticarse antes de los 40 años. Aunque el curso puede ser variable, pocas veces se resuelve por completo. Sin embargo, algunos pacientes experimentan un descenso acentuado de sus conductas impulsivas y autolesivas alrededor de la mediana edad.

Trastorno de la personalidad histriónica

Las características más notables del trastorno de la personalidad histriónica (TPH) son la excesiva emotividad y una necesidad casi insaciable de atención. Estos sujetos están muy preocupados por su aspecto físico, tienen escasa tolerancia a la frustración (con estallidos emocionales) y su habla es imprecisa y vaga. Ven el atractivo físico como el centro de su existencia, y, como tal, a menudo visten de forma provocadora, son extravagantes y manieristas, y muestran una conducta inapropiadamente seductora. Aunque parecen superficialmente encantadores, otros tienden a verlos como vanos y carentes de autenticidad. A menudo el TPH se asocia con fuerza al TPN.

El diagnóstico diferencial del TPH comprende otros trastornos de la personalidad del grupo B y el trastorno de somatización. El TPL difiere del TPH en que el paciente límite muestra más desesperanza y conductas suicidas/parasuicidas. El paciente narcisista está más preocupado por la grandiosidad y la envidia que el sujeto histriónico. La persona con un trastorno de la personalidad dependiente, aunque comparte la necesidad de aceptación y consuelo, carece del grado de emotividad observado en los sujetos histriónicos. El trastorno de somatización puede coexistir con el TPH, pero se distingue por el mayor énfasis puesto en los síntomas físicos.

Este trastorno se produce en del 2 al 3% de la población general. Aunque las mujeres reciben el diagnóstico más a menudo que los hombres, muchos clínicos creen que los casos en los hombres están infravalorados. Este trastorno es más frecuente en familiares de primer grado de personas con este trastorno. Como la mayoría de los trastornos de la personalidad, su curso es variable. Algunos sujetos experimentan una atenuación o suavización de los síntomas nucleares durante la mediana edad. Otros pueden experimentar un curso complicado, incluidos los trastornos concomitantes de somatización, conversión, dolor, y disociativo, sexual y del estado de ánimo. Hay dos salvedades importantes que hacer en este diagnóstico. La primera es que el reflejo emocional puede variar de una cultura a otra, y que lo que es histriónico en una cultura puede considerarse una expresión emocional normal en otra. La otra salvedad es la enorme asociación que este trastorno muestra al TPL. Algunos creen que, aunque no todos los pacientes límite son histriónicos, la mayoría de los pacientes con TPH tienen suficientes rasgos de personalidad límite como para merecer un diagnóstico de TPL.

Trastorno de la personalidad narcisista

La principal característica del trastorno de la personalidad narcisista (TPN) es una absorción abrumadora y patológica por uno mismo. Estos sujetos poseen un sentido grandilocuente de la propia importancia o de su carácter único; están preocupados con fantasías de éxito y sienten que las personas con las que se asocian deben ser también especiales y únicas. Tienen una ambición ciega, a menudo rompen las reglas convencionales y explotan a terceros para conseguir sus propios fines. Carecen de empatía hacia los otros (aunque menos que el paciente antisocial) y pueden reaccionar con desagrado y cólera cuando las necesidades de otros interfieren en sus deseos. Por debajo de la fachada de autosuficiencia y arrogancia, hay un sujeto frágil que es hipersensible frente a asuntos relacionados con la autoestima, de modo que, si es criticado aunque sea de la forma más ligera, la reacción es de emoción intensa y enfado. Las investigaciones indican que la definición del DSM de TPN no capta adecuadamente la vulnerabilidad subyacente que se ve en la clínica en muchos pacientes con TPN.²⁸

Lo que dificulta tanto el diagnóstico diferencial del TPN es que a menudo coexisten otros trastornos de la personalidad del grupo B. No obstante, algunas características diferenciales son útiles. El paciente límite difiere del paciente narcisista en que el primero es más impulsivo, tiene menos identidad cohesiva y vive una vida más caótica. El paciente histriónico, al contrario que el narcisista, es más extrovertido desde el punto de vista emocional y se implica en mayor profundidad con otros. Aunque el paciente narcisista y el antisocial explotan a las personas, la principal motivación del paciente narcisista es mantener una imagen de sí mismo grandiosa (poder y dinero) en lugar de obtener ganancias materiales a corto plazo.

La prevalencia exacta de este trastorno es desconocida. Las mejores estimaciones son que se produce en menos del 1% de la población general y entre el 2 y el 15% en la población clínica. Existen datos concernientes a los patrones familiares o la relación entre sexos. Sin embargo, a los hombres se les diagnostica más este trastorno. Algunos creen que el TPN es en realidad adaptativo en ciertas situaciones específicas en segmentos del ciclo vital; es decir, que el TPN es en realidad útil en ciertas trayectorias profesionales, como actores, políticos e industriales.

La evolución de este trastorno es crónica. Estos pacientes sufren con frecuencia trastornos del estado de ánimo concomitantes, en particular depresión mayor y distimia. Para algunos, el envejecimiento es el último golpe a su autoestima, ya que muchas de las cualidades que ayudan a mantener su identidad (p. ej., carrera, salud, belleza, juventud) comienzan a desaparecer de forma natural. En consecuencia, el paciente narcisista tiende a sufrir crisis intensas en la mediana edad.

Grupo C de trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad de este grupo se consideran tradicionalmente los más parecidos a los trastornos del eje I caracterizados por anomalías en el afecto, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos.

Trastorno de la personalidad por evitación

La característica central del trastorno de la personalidad por evitación es un excesivo malestar o temor a las relaciones personales y sociales que da lugar a una evitación patológica de las interacciones sociales (como una forma de protegerse a sí mismo). Por ejemplo, para protegerse frente a lo que ellos temen que podrían ser situaciones embarazosas o humillantes, estos sujetos exageran los riesgos de las tareas ordinarias, aunque no planeadas, de modo que no se apartan de una rutina segura y predecible. Aunque se trate de relaciones genuinamente deseables, ellos no quieren entrar en ellas por signos reales o percibidos de humillación, rechazo o retroalimentación negativa. Si, sin embargo, logran negociar una relación, lo es solo con la confianza de obtener una aceptación desprovista de críticas. Debido a esta torpeza y timidez acentuadas, sufren de una autoestima muy baja. Como su conducta de evitación crónica reduce la ansiedad previsoría por medio de un refuerzo negativo (es decir, la eliminación de la situación nociva), este patrón de conducta está muy arraigado y es difícil de modificar.

El diagnóstico diferencial del trastorno de la personalidad por evitación comprende otros trastornos de la personalidad y la fobia social. Los pacientes con trastorno de la personalidad esquizoide, al contrario que los pacientes con evitación, no desean ninguna relación con otros. Mientras que el trastorno de la personalidad dependiente comparte muchas características con el trastorno de la personalidad por evitación, el primero tiene un mayor miedo al abandono y se implica en relaciones en lugar de evitarlas. La fobia social puede ser muy difícil de distinguir del trastorno de la personalidad por evitación, y muchos clínicos los consideran lo mismo. Otros clínicos argumentan, sin embargo, que la distinción entre los dos es que los pacientes con fobia social tienden a tener miedos más específicos sobre los desempeños sociales.

El trastorno de la personalidad por evitación es frecuente; ocurre aproximadamente en el 1% de la población general y en el 10% de las muestras clínicas. El temperamento, en particular el estilo inhibido, y las enfermedades físicas desfiguradoras pueden ser factores predisponentes. No hay ninguna información sobre la proporción de sexos ni los patrones familiares.

Los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación pueden implicarse en relaciones, casarse y tener familias mientras el entorno sea seguro y protector. Del mismo modo que los otros trastornos de la personalidad, tienden a tener trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión y distimia. Sin embargo, tienen un riesgo especialmente alto de sufrir trastornos de ansiedad y fobia social.

Trastorno de la personalidad dependiente

Los sujetos con trastorno de la personalidad dependiente se muestran demasiado apegados a los demás, tienen una conducta sumisa y tienen un fuerte deseo de que otros cuiden de ellos. Están sumamente preocupados por el miedo al abandono. Temen estar solos y llegarán a extremos con tal de conservar cualquier relación, sin importar lo abusivas que puedan ser desde un punto de vista físico o emocional. Se muestran sumisos y pasivos respecto a terceros, y temen que alguna expresión directa de ira acabe en rechazo. En consecuencia, pueden intervenir voluntariamente en tareas desagradables, estar de acuerdo con otros que estén incluso equivocados o mirar a otros en busca de afirmación sobre decisiones diarias sencillas para asegurarse de ser queridos y recibir atención.

El trastorno de la personalidad dependiente puede ser difícil de distinguir de otros trastornos psiquiátricos, porque muchos trastornos tienen dependencia como característica subyacente.

El diagnóstico diferencial del trastorno de la personalidad dependiente comprende otros trastornos de la personalidad y la agorafobia. Los pacientes con TPH tienen problemas de dependencia, pero relaciones más cortas y más numerosas. Los pacientes límite expresan más afecto e ira en torno al abandono real o percibido, mientras que los pacientes dependientes se vuelven más apaciguadores. Cuando se enfrentan al rechazo o la terminación de una relación, los pacientes evasivos evitan un mayor contacto, al contrario que los pacientes dependientes, que buscan rápidamente una nueva relación para llenar el vacío. Los pacientes agorafóbicos, aunque muestran dependencia, tienden a mostrar un mayor nivel de miedo en torno a abandonar ambientes seguros específicos, especialmente el hogar.

El trastorno de la personalidad dependiente es responsable de alrededor del 2,5% de todos los trastornos de la personalidad, y se diagnostica con más frecuencia en mujeres que en hombres. Sin embargo, esta diferencia entre sexos puede reflejar un sesgo en los criterios en lugar de una verdadera diferencia en la prevalencia entre ellos. Los pacientes con antecedentes de separación en la infancia, ansiedad o enfermedad crónica pueden estar predispuestos a este trastorno. No se conoce ningún patrón familiar de herencia.

Muchos pacientes con este trastorno sufren distimia, depresión mayor y alcoholismo concomitantes. Pueden hacerse víctimas de malos tratos físicos y emocionales debido a su dependencia y su falta de asertividad. Como estos pacientes son indecisos, requieren un excesivo consuelo, y necesitan tanta guía que es improbable que su carrera avance.

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Las principales características del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (TPOC) son el perfeccionismo, la inflexibilidad y la necesidad de tener un control interpersonal. Estos sujetos están tan preocupados por las reglas, la eficiencia, los detalles triviales y los procedimientos que a menudo se pierde el objetivo de la actividad o se deja sin completar el trabajo. Mantienen una adherencia inflexible a sus propios estándares estrictos y excesivos, y en consecuencia no les gusta delegar tareas por miedo a que otros no cumplan tales estándares. Cuando delegan tareas, tienden a manejar en los detalles a sus subordinados. Aunque conscientes de la cadena de mando, poseen una fuerte necesidad de control y se resisten a la autoridad y autonomía de los otros. A sus superiores a veces les resultan diligentes, ya que a menudo toleran el trabajo prolongado, incluso a expensas del placer y las relaciones interpersonales. Sin embargo, en ciertas situaciones laborales, su perfeccionismo crea competición con sus jefes. Para sus iguales o subordinados, pueden resultar jefes muy exigentes con criterios cada vez mayores en cuanto a la perfección laboral, y son tacaños con las emociones y los cumplidos.

El principal diagnóstico diferencial del TPOC se produce con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Aunque a menudo se confunde a los dos entre sí, difieren de forma significativa: los pacientes con TOC tienen obsesiones y compulsiones reales que encuentran egodistónicas, mientras que los pacientes con el trastorno de la personalidad encuentran que sus conductas son egosintónicas y recompensadoras para terceros. En ocasiones coexisten los dos trastornos, lo que exige diagnosticarlos a ambos.

Este trastorno de la personalidad es frecuente en la población general, y los hombres reciben el diagnóstico más a menudo que las mujeres. Aunque se desconoce el modo de transmisión, es más frecuente entre los familiares de primer grado de pacientes con este trastorno. Hay, además, una mayor concordancia en los gemelos idénticos.

El curso del TPOC es variable. Sin embargo, las investigaciones indican que el TPOC puede ser uno de los trastornos de la personalidad menos incapacitantes, y los pacientes con este trastorno consiguen a menudo un éxito sustancial en algunas áreas vitales.²⁹

Trastornos de la personalidad del DSM-5: sección III

El modelo DSM-IV de los trastornos de la personalidad ha sido ampliamente criticado durante las últimas décadas: las investigaciones han descubierto importantes imperfecciones, los clínicos se han mostrado reticentes a diagnosticar los trastornos de la personalidad y las compañías de seguros no los han incluido en sus listas de reembolso de tratamientos. De este modo, con la llegada del DSM-5, la mayoría de los investigadores y clínicos esperaban que los trastornos de la personalidad se reformularan significativamente. Pero resulta que los trastornos de la personalidad del DSM-IV se han conservado literalmente en la sección II (Criterios y códigos diagnósticos) del DSM-5, con la ligera excepción de que ya no hay ninguna categoría de «no especificado en otra categoría» (NEOC). En su lugar, un paciente con varios síntomas que no cumplan los criterios de ninguno de los 10 diagnósticos recibirá el diagnóstico de trastorno de la personalidad, sin especificar; mientras que una persona que cumpla los criterios de una categoría no oficial (p. ej., pasiva-agresiva) recibirá el diagnóstico de trastorno de la personalidad, NEOC. El otro principal cambio refleja la organización del DSM-5 en general: a saber, que ya no se empleará el sistema multiaxial. Esto significa que los trastornos de la personalidad se presentarán como un diagnóstico primario cuando esté indicado, en lugar de separados de otros diagnósticos en su propio «eje».

Aunque los trastornos de la personalidad del DSM-5 son en esencia los trastornos de la personalidad del DSM-IV, habrá además una formulación alternativa de esta clase de psicopatología en la sección III del DSM (Medidas y modelos emergentes). Esta alternativa refleja el modelo híbrido propuesto por el grupo de trabajo de la personalidad y el trastorno de la personalidad que no se aceptó para su inclusión total en el manual. En su lugar, el modelo híbrido se incluyó en la sección III con el objetivo de continuar investigando un sistema alternativo de manera que su solidez y base clínica pudieran ser suficientes, con el ofrecimiento de modificaciones basadas en pruebas como diagnóstico formal en el DSM.

Sección III del DSM-5: diagnóstico híbrido

El sistema propuesto divide el diagnóstico del trastorno de la personalidad en dos partes: a) establecer un diagnóstico de trastorno de la personalidad en general y de la gravedad del trastorno de la personalidad, y b) describir la naturaleza de ese trastorno usando un sistema híbrido que implique el uso de un sistema dimensional de rasgos basado en pruebas para derivar diagnósticos categóricos tradicionales.

Criterio A: nivel de funcionamiento de la personalidad

El primer paso en la sección III es determinar si el paciente cumple los criterios de un trastorno de la personalidad en general. Esto se consigue en referencia a la definición revisada del trastorno de la personalidad, que implica alteraciones en la función de lo propio (identidad, dirección marcada por uno mismo) y en la función interpersonal (empatía,

relaciones íntimas).³⁰ Estas dificultades funcionales se cuantifican usando la escala de niveles de funcionamiento de la personalidad, que estará disponible en la sección III con criterios específicos para cada dominio. Esto contrasta vivamente con el modelo de la sección del DSM-IV/DSM-5, en cuyo caso no se cuantifica la definición del trastorno de la personalidad, no embebida en las teorías psicológicas formales de la personalidad, y contiene criterios que no son compatibles con las pruebas disponibles (p. ej., la suposición de que los síntomas del trastorno de la personalidad son más estables que los de otros trastornos).²⁸ Además de determinar la presencia de la personalidad y su alteración en general, la escala de los niveles de funcionamiento de la personalidad de la sección III proporciona un índice cuantitativo de la gravedad global del trastorno de la personalidad que puede usarse para tomar decisiones de clasificación básicas, como el nivel de asistencia más apropiado para un paciente dado.

Criterio B: rasgos y tipos

El criterio B tiene en cuenta rasgos que están fundamentados en el modelo basado en pruebas de diferencias individuales que se organizan de forma jerárquica.^{31,32} El nivel más alto comprende cinco rasgos: afectividad negativa, desvinculación, antagonismo, desinhibición y psicoticismo. Cada uno de estos rasgos tiene de tres a siete rasgos de orden inferior que describen conductas relacionadas en un detalle más específico. Resulta interesante que, aunque este sistema sea muy similar a los modelos de rasgos de la psicología de la personalidad, como el FFM, esto no ha sido intencionado. El grupo de trabajo del DSM-5 ensambló una lista de 37 rasgos basados en los grupos de criterios del DSM-IV. El análisis psicométrico realizado en una gran comunidad y muestras clínicas redujo esta lista a 25, y los análisis de factores de estos 25 revelaron los cinco rasgos de orden mayor que son muy parecidos al FFM.³¹ Este hallazgo refuerza el fuerte nexo que hay entre la ciencia de la personalidad normal y la estructura de los trastornos de la personalidad.

Estos rasgos se usan para diagnosticar uno de los siete trastornos oficiales de la personalidad en el DSM-5, sección III. Seis de estos trastornos son compartidos con la sección II: antisocial, por evitación, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico. Los otros cuatro fueron descartados en función de pruebas de validez insuficientes y de su baja prevalencia.³³ Por ejemplo, el TPN se definiría por la grandiosidad y la búsqueda de atención, dos de los rasgos en el dominio antagonismo. El séptimo es el trastorno de la personalidad, rasgo especificado, que se da cuando una persona tiene un nivel de funcionamiento compatible con el trastorno de la personalidad pero no tiene suficientes rasgos de ningún trastorno específico como para merecer uno de esos diagnósticos. Los rasgos también pueden evaluarse cuando una persona cumple los criterios de un trastorno particular pero además tiene otras características relevantes de la personalidad que nos preocupa. Basándonos en pruebas sustanciales de que el funcionamiento de la personalidad es relevante para los pacientes tengan o no un trastorno de la personalidad, también puede evaluarse en los pacientes que no cumplen el criterio A.

Diagnóstico de los trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad del DSM han resultado difíciles de diagnosticar con fiabilidad para los clínicos.^{34,35} Estas dificultades se deben a una combinación de limitaciones inherentes al sistema diagnóstico y la práctica clínica estándar. Los problemas con el sistema

del DSM son una elevada presencia de enfermedades concomitantes y el solapamiento diagnóstico (es decir, límites arbitrarios) entre los trastornos de la personalidad, un bajo acuerdo entre evaluadores en cuanto a la presencia o ausencia de estos trastornos y un débil acuerdo entre diferentes métodos diagnósticos.

Los propios clínicos contribuyen a las dificultades para diagnosticar trastornos de la personalidad. Estas dificultades son, sin embargo, dinámicas y capaces de cambiar, especialmente si los clínicos se hacen más disciplinados cuando sigan el proceso diagnóstico formal del DSM. La investigación muestra que el sistema se hace más fiable cuando el clínico se asegura de que un paciente cumple los criterios diagnósticos del trastorno y no sobrevalora idiosincrásicamente ni apresuradamente características específicas (p. ej., la grandiosidad excesiva indica trastornos de la personalidad narcisistas, las conductas furiosas o cortantes siempre indican un TPL). La fiabilidad aumenta aún más cuando los clínicos continúan investigando la presencia de trastornos de la personalidad conjuntos una vez que se ha identificado el trastorno más prominente, porque los pacientes con un trastorno de la personalidad identificado suelen cumplir criterios de otros trastornos de la personalidad.^{34,35}

Los clínicos también pueden aumentar la fiabilidad diagnóstica actualizando sus estilos de entrevista. Entrevistar sobre los signos y síntomas de un trastorno de la personalidad requiere una perspectiva de desarrollo longitudinal. Tal entrevista longitudinal debe evaluar la calidad de la función social del paciente en las áreas escolar, profesional, familiar, de las relaciones amorosas, la función grupal y las interacciones con figuras de autoridad. A lo largo de estas categorías, los clínicos deben estar atentos a temas recurrentes de conflicto interpersonal, decepción, explotación o vacío; porque todas ellas pueden indicar un trastorno de la personalidad.

Algunos clínicos evitan de forma sistemática preguntar sobre síntomas de un trastorno de la personalidad, creyendo que los pacientes no quieren o no pueden responder con precisión. Aunque los sujetos con trastornos de la personalidad usan mecanismos de defensa de bajo nivel, como la proyección y la negación, y con frecuencia niegan responsabilidad por sus acciones, a menudo confirman un consenso público o familiar sobre su conducta si se les pregunta en términos amables: «¿Alguna vez has sido acusado injustamente de llevarte cosas en tus diversos trabajos? ¿Con qué frecuencia?», «La gente no entiende ni admira tu asertividad y tu rechazo a ser maltratado, ¿verdad? Háblame de ello».

Cuando se hace un diagnóstico de un trastorno de la personalidad, los clínicos deben tener cuidado de no apoyarse mucho en las conductas mientras estén en la sesión. Las observaciones obtenidas dentro de la sesión, aunque proporcionan información importante, deben verse como datos generadores de hipótesis que necesitan explorarse a lo largo de situaciones y momentos. Aunque no hay ninguna «prueba de referencia» para hacer el diagnóstico clínico de los trastornos de la personalidad, una forma de mejorar la precisión diagnóstica es el estándar LEAD (longitudinal expert evaluation using all data, «evaluación longitudinal del experto usando todos los datos»)³⁶. Este método exige que un clínico obtenga e integre datos históricos/longitudinales, datos de la función vital actual, observaciones obtenidas dentro de la sesión y múltiples fuentes de datos (p. ej., datos de la evaluación psicológica, información del informante) antes de finalizar un diagnóstico de un trastorno de la personalidad.

Otra forma de mejorar la precisión diagnóstica es que el clínico emplee un enfoque en múltiples fases y métodos que combine la evaluación psicológica y la entrevista clínica. En la primera fase, el paciente completa por sí mismo un instrumento de evaluación de su personalidad para generar hipótesis sobre estilos de la personalidad problemáticos. Este tipo

de instrumentos, como el Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)³⁷ y el Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4),³⁸ proporcionan un cribado adecuado de potenciales trastornos de la personalidad del DSM-5. Sin embargo, como con todas las medidas que cumplimenta el propio paciente, estos instrumentos son muy sensibles, pero inespecíficos, en la detección de los trastornos diana. En la segunda fase, tras revisar los hallazgos de la evaluación, el clínico utiliza entonces una entrevista longitudinal para determinar la presencia, la intensidad y el deterioro de los trastornos de la personalidad indicados por la prueba que cumplimentó el propio paciente para llegar a un diagnóstico clínico razonable.

Tratamiento de los trastornos de la personalidad

Psicoterapia

No hace mucho que había mucho escepticismo sobre las posibilidades del tratamiento psiquiátrico de obtener una mejora significativa en los pacientes que sufren de trastornos de la personalidad. Tal escepticismo ha sido reemplazado ahora por un optimismo creciente. La literatura médica empírica sobre el tratamiento de los trastornos de la personalidad continúa creciendo, y el número de terapias basadas en la evidencia para los trastornos de la personalidad, especialmente el TPL, se está expandiendo. Aunque aún limitados, los hallazgos muestran en general que los pacientes con trastornos de la personalidad pueden alcanzar una mejora significativa a través de una psicoterapia individual^{39,40} y de grupo.⁴¹ Los hallazgos obtenidos en ensayos clínicos con asignación aleatoria, la «prueba de referencia» de las pruebas terapéuticas, apoyan la eficacia de la terapia conductual dialéctica (TCD)⁴² y la psicoterapia psicodinámica⁴³ para el tratamiento del TPL. Parece que las psicoterapias cognitiva, cognitivo-conductual y psicodinámica son en general tratamientos eficaces de los trastornos de la personalidad, que obtienen un grado similar de mejora, y ningún tipo especial de psicoterapia ha resultado más eficaz que otros.³⁹

Diferentes trastornos de la personalidad parecen mejorar a diferentes velocidades y en diferente grado. Por ejemplo, las investigaciones indican que los pacientes con trastornos del grupo C mejoran más que los pacientes con TPL, mientras que los pacientes límite mejoran más que los pacientes con trastornos de la personalidad esquizotípica y antisocial.⁴⁰ Los pacientes esquizotípicos también parecen requerir un tratamiento de mayor duración para alcanzar un cambio significativo. Los pacientes con trastorno de la personalidad antisocial sin depresión concomitante tienen menos probabilidades de conseguir una mejora significativa.

La duración del tratamiento también se relaciona con una mejora global, y los tratamientos más largos llevan generalmente a una mayor recuperación. En su revisión de los estudios de psicoterapia en los trastornos de la personalidad, Perry et al.⁴⁰ estimaron que al 50% de los pacientes con trastornos de la personalidad les lleva 1,3 años (92 sesiones) conseguir la recuperación (es decir, dejar de cumplir los criterios completos del trastorno particular) y al 75% les lleva 2,2 años (216 sesiones). Esta observación es compatible con el modelo de cambio de fases de Howard, que también manifiesta que la función interpersonal es el último dominio en mejorar con el tratamiento de la salud mental.⁴⁴

La adhesión al tratamiento es otro determinante del resultado. La literatura médica indica que los pacientes con trastornos de la personalidad tienen de media una tasa de abandonos de

entre el 21 y el 31%.⁴⁰ Sin embargo, la frecuencia de abandonos es muy variable a lo largo de los diferentes trastornos de la personalidad; los pacientes con un trastorno de la personalidad del grupo B tienen una frecuencia de abandonos del 40%; con un trastorno del grupo A, del 36%, y con un trastorno del grupo C, del 28%. Los pacientes en terapia de grupo tienen una mayor frecuencia de abandonos que los pacientes en terapia individual, y hasta el 51% de los pacientes con trastornos de la personalidad abandonan un tratamiento de grupo a corto plazo.⁴⁰ La alianza terapéutica es un determinante nuclear de la adhesión, y esta puede potenciarse de forma significativa prestando una atención sólida desprovista de juicios a las vicisitudes de la relación terapéutica.³⁹

Dado que muchas formas estándar de psicoterapia tienen grados similares de éxito en el tratamiento de los trastornos de la personalidad, puede resultar informativa una revisión de sus características comunes. Las características comunes a las psicoterapias eficaces son la obtención de una evaluación adecuada antes del tratamiento, estar bien estructuradas, mostrar un foco destacado en la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento, tener objetivos terapéuticos claros y acordados, estar integrados con otros servicios y cuidadores y tener objetivos a largo plazo.

Farmacoterapia

Aunque la psicoterapia sigue siendo la principal modalidad en los trastornos de la personalidad, muchos investigadores y clínicos afirman que la farmacoterapia desempeña un papel importante en el tratamiento completo de los trastornos de la personalidad cuando se aplica a síntomas diana bien definidos.⁴⁵ Pero nuestro conocimiento de cómo la psicofarmacología puede aplicarse mejor a los trastornos de la personalidad es limitado. Una revisión de la literatura médica revela que la mayoría de los estudios farmacológicos se han centrado en unos pocos trastornos específicos, en particular en el TPL, en el trastorno esquizotípico y en el trastorno antisocial.

Un hallazgo neurobiológico constante en los estudios del TPL ha sido la alteración en la regulación de la neurotransmisión serotoninérgica, que se considera el sustrato de una actividad impulsiva, agresiva y autolesiva, incluidas las conductas suicidas. Esto se ha demostrado a través de la observación de bajas concentraciones de metabolitos de 5-HT en el líquido cefalorraquídeo y respuestas neuroendocrinas amortiguadas a los agonistas serotoninérgicos.⁴⁶ Varios estudios que han usado tomografía por emisión de positrones (PET) han registrado grados disminuidos de síntesis de 5-HT y de reactividad en la corteza prefrontal y en las vías corticoestriadas, lo que parece correlacionarse con una mala regulación de la conducta impulsiva.^{47,48} También se ha identificado un metabolismo reducido de la glucosa, sobre todo en los núcleos subcorticales, prefrontales y cíngulo, en una pequeña serie de pacientes con personalidad límite sin trastornos del eje I concomitantes demostrados.⁴⁹ Prossin et al.⁵⁰ examinaron el sistema opiáceo endógeno, al que se ha implicado en la regulación de la respuesta emocional y al estrés, en una pequeña serie de pacientes diagnosticados de TPL. Encontraron que, comparados con los sujetos del grupo control normal, los pacientes con personalidad límite mostraban una mayor reactividad in vivo en las concentraciones del receptor para opiáceos μ basales y una mayor respuesta del sistema opiáceo a la provocación emocional negativa. El análisis volumétrico de las imágenes de resonancia magnética (RM) también ha revelado cierta variabilidad estructural en los lóbulos frontales y en los hipocampos de los pacientes con personalidad límite, lo que es más

llamativo en los pacientes con este trastorno que refieren antecedentes de malos tratos.^{51,52} Los estudios sobre el trastorno de la personalidad esquizotípica, aunque para algunos es un trastorno del espectro de la esquizofrenia, han revelado de forma constante una morfología y función encefálica anómalas. Aunque los pacientes con trastorno de la personalidad esquizotípica parecen compartir deficiencias similares en el procesamiento a las de los pacientes esquizofrénicos, sobre todo en la entrada sensorial, la memoria de trabajo, el aprendizaje verbal y la atención mantenida, el patrón de disfunción parece menos intenso y más focal.^{53,54} Los resultados de los estudios de RM parecen señalar a anomalías en el lóbulo temporal, aunque también se han identificado diferencias en el cuerpo calloso y los núcleos talámicos.^{55,56} Al contrario que los pacientes con esquizofrenia, los pacientes con trastornos esquizoides de la personalidad no parecen demostrar el mismo grado de disminución del volumen frontal, lo que podría correlacionarse con el patrón menos acentuado de deterioro cognitivo y social demostrado por los pacientes con trastorno de la personalidad esquizotípica.⁵⁷ Además, el menor volumen temporal observado en los pacientes esquizotípicos parece ser una función de la pérdida de sustancia gris cortical con conexiones relativamente intactas en la sustancia blanca subcortical, mientras que las anomalías observadas en el lóbulo temporal en la esquizofrenia parecen relacionarse con una ruptura de las sustancias gris y blanca.⁵⁷

Existen menos datos neurobiológicos relacionados con el trastorno de la personalidad antisocial, aunque los datos continúan señalando a una disfunción frontal sutil y una reducción de la activación autónoma y la reactividad a pesar de los estímulos estresantes. Raine et al.⁵⁸ identificaron una reducción del 11% del volumen de la sustancia gris prefrontal en los pacientes con trastorno de la personalidad antisocial que carecen de antecedentes de lesiones encefálicas adquiridas. Los estudios han demostrado también que los sujetos antisociales con una mayor tendencia a la violencia demuestran un adelgazamiento cortical en las cortezas frontales inferiores mediales,⁵⁹ y descensos en el volumen total del encéfalo, el lóbulo temporal y el putamen.⁶⁰

Fármacos

Debe señalarse que, hasta la fecha, ningún medicamento ha recibido la aprobación de la Food and Drug Administration para el tratamiento de un trastorno de la personalidad específico. De hecho, los metaanálisis y revisiones de resultados de estudios controlados con placebo no han podido obtener pruebas consistentes ni sólidas sobre el uso de ninguna clase específica ni fármaco particular cuando se aplican a los trastornos de la personalidad.⁶¹⁻⁶⁷ Los asuntos metodológicos relacionados con estos estudios que limitan la generalización de los resultados comprenden la duración corta de los estudios (de 6 a 12 semanas), el pequeño tamaño de la muestra y la variabilidad de las medidas del resultado y de los criterios de inclusión/exclusión.⁶⁸ No obstante, pruebas empíricas modestas y una considerable experiencia clínica continúan apoyando el uso de los medicamentos en el tratamiento farmacológico global de los trastornos de la personalidad, así como el fomento de estudios más rigurosos.

Antipsicóticos

Un estudio temprano que describía el uso de medicamentos para el tratamiento de los trastornos de la personalidad utilizó el antipsicótico trifluoperacina.⁶¹ Desde entonces se han

estudiado varios antipsicóticos tradicionales con una eficacia terapéutica variable y modesta.⁶² Los pacientes de estos estudios fueron diagnosticados de TPL o trastorno esquizotípico. La eficacia se obtuvo no solo en las distorsiones cognitivo-perceptuales sino también en los síntomas impulsivo-agresivos y la inestabilidad afectiva.⁶³ Con la llegada de los antipsicóticos atípicos, que tienen una menor tendencia a producir efectos adversos motores y una mayor eficacia en los síntomas negativos, el uso de los antipsicóticos tradicionales para el tratamiento de los trastornos de la personalidad ha declinado. Saunders y Silk⁶⁶ examinaron los resultados de ensayos controlados con placebo en los que se aplicaron varias clases a dimensiones de rasgos asociadas al TPL, y encontraron que la clase de antipsicótico (incluidos estudios que usaron neurolepticos tradicionales y nuevos fármacos atípicos) disfrutaba de la mayor parte de las pruebas a lo largo de las dimensiones de rasgos. Lieb et al.⁶⁴ realizaron un metaanálisis de 27 ensayos en los que se aplicaron varios psicotrpicos a los síntomas nucleares del TPL y encontraron que los antipsicóticos atípicos eran una de las clases que demostraban mayor eficacia.

Varios estudios proporcionan datos preliminares que apoyan la eficacia de la clozapina en el tratamiento de la psicosis, la impulsividad, la agresividad y la automutilación que se observan en el TPL.⁶⁹⁻⁷¹ Casos clínicos y ensayos abiertos han señalado también que la olanzapina y la risperidona pueden ser eficaces en pacientes límite que muestran automutilación o depresión.^{72,73} Hay un caso publicado en el que la risperidona redujo la agresión y la impulsividad asociadas al trastorno de la personalidad antisocial.⁷⁴ En un ensayo controlado con asignación aleatoria de 12 semanas que evaluó la eficacia de la olanzapina comparada con placebo en el tratamiento del TPL,⁷⁵ el grupo de olanzapina demostró una mejora, pero no se separó del grupo placebo al final del estudio. Un estudio que evaluó la eficacia de la ciprasidona frente al placebo en un diseño doble ciego de 12 semanas no pudo demostrar ninguna diferencia entre los tratamientos.⁷⁶ El aripiprazol se ha usado con éxito para tratar una amplia variedad de síntomas en pacientes con TPL, incluidas la depresión, la ansiedad, la agresión y las anomalías cognitivas en pacientes límite en comparación con un grupo control placebo.⁷⁷ Como resultado de un metaanálisis de antipsicóticos sobre la ira y la depresión en el seno del TPL, el aripiprazol resultó tener el mayor tamaño de efecto.⁶⁵ Basándonos en metaanálisis realizados por Lieb et al.,⁶⁴ los efectos más beneficiosos derivados de los antipsicóticos se encontraron en la olanzapina y el aripiprazol.

Estabilizadores del estado de ánimo

Como grupo, los estabilizadores del estado de ánimo se muestran particularmente prometedores en el tratamiento de los pacientes con trastornos de la personalidad que puntúan alto en los criterios grupales de impulsividad-agresividad e inestabilidad afectiva. El litio fue el primer estabilizador del estado de ánimo estudiado, y los resultados señalan cierta eficacia en la agresión y la labilidad emocional mostradas por los pacientes con trastornos de la personalidad.⁶² El antiepiléptico carbamacepina también se ha estudiado en pacientes con trastornos de la personalidad con impulsividad conductual, pero los resultados son ambiguos.⁷⁸ La atención reciente se ha centrado en el valproato semisódico, y los resultados procedentes de varios estudios abiertos indican su eficacia en los pacientes límite con inestabilidad afectiva, irritabilidad y conducta impulsivo-agresiva.^{79,80} Estas observaciones se han visto apoyadas recientemente por un ensayo doble ciego y controlado con placebo en el que el valproato semisódico resultó más eficaz que placebo reduciendo la agresión y la depresión en los pacientes con TPL.⁸¹ Pequeños estudios controlados con placebo sobre el

topiramato⁸² y la lamotrigina⁸³ han originado datos preliminares en los que estos fármacos han demostrado su eficacia reduciendo la ira y la agresión en los pacientes con TPL durante hasta 18 meses desde el inicio del tratamiento. Ambos fármacos se toleraron bien.

Antidepresivos

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los antidepresivos tricíclicos (ATC) han mostrado resultados variables en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Estos fármacos han sido reemplazados por fármacos nuevos con menor cardiotoxicidad y otros efectos adversos indeseables. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han recibido la mayor parte de la atención, sobre todo en el tratamiento del TPL. La fluoxetina ha sido la más ampliamente estudiada, aunque disponemos también de datos de la sertralina, cuya mayor eficacia se ha notado en el tratamiento de la ira, la cólera, la agresión, la depresión, la irritabilidad y la automutilación.⁶⁷ Estos estudios se han centrado sobre todo en los pacientes con personalidad límite, aunque un estudio incluyó a pacientes con trastorno de la personalidad esquizotípica.⁵³ Debemos esperar un patrón análogo de respuesta con otros ISRS, con pocas razones para sospechar que un ISRS tenga una eficacia significativamente superior a otro. Un ensayo abierto que usó venlafaxina, un antidepresivo que tiene propiedades bloqueantes de la recaptación de 5-HT y noradrenalina, ha conseguido un descenso global de los síntomas y de la automutilación en un grupo de pacientes con personalidad límite.⁸⁴

Benzodiacepinas

A pesar de los primeros hallazgos que demostraron la eficacia del diazepam en los pacientes con trastornos de la personalidad,⁶¹ las benzodiacepinas no se han estudiado de forma constante ni sistemática. Casos clínicos y ensayos abiertos de alprazolam y clonazepam indican cierta eficacia en la reducción de la ansiedad y los síntomas relacionados con el miedo que se asocian al TPL.⁶³ Sin embargo, existen informes de que estos fármacos pueden dar lugar a una desinhibición conductual y a un descontrol en los pacientes con trastornos de la personalidad.^{62,85} Esto, junto con el elevado potencial de consumo excesivo y dependencia, ha servido de fuerte contraindicación para el uso de las benzodiacepinas en el tratamiento de los pacientes con trastornos de la personalidad.^{45,86} No se ha publicado sobre el uso de benzodiacepinas en el tratamiento de los pacientes con trastornos de la personalidad asociados a la dimensión de la ansiedad-miedo, sobre todo los trastornos de la personalidad por evitación, los trastornos de la personalidad dependientes ni los TPOC.

Antagonistas de los opiáceos

Basándonos en las observaciones de que las conductas autolesivas pueden deberse en parte a la alteración en la regulación de las endorfinas (neuropéptidos endógenos similares a los opiáceos), el antagonista de los opiáceos naltrexona se ha usado con cierto éxito en varias poblaciones de pacientes (p. ej., niños con discapacidad intelectual y otras incapacidades congénitas). Existe un caso clínico en el que la naltrexona redujo la automutilación en un paciente con TPL.⁸⁷ Los resultados de un ensayo abierto también han señalado que la naltrexona puede reducir la duración y la intensidad de los síntomas cognitivo-perceptuales de disociación en los pacientes con personalidad límite.⁸⁸

Abordaje de la farmacoterapia de los trastornos de la personalidad

Basándonos en la literatura neuropsiquiátrica y farmacológica se han propuesto cuatro grupos de síntomas de los trastornos de la personalidad como dianas significativas de la farmacoterapia.^{84,89} Estos cuatro grupos reflejan dificultades con: 1) la organización cognitiva o perceptual; 2) las conductas impulsivas y agresivas; 3) la estabilidad del estado de ánimo y la disforia, y 4) la supresión de la ansiedad. Se ha supuesto que los síntomas del trastorno de la personalidad dentro de cada grupo comparten un sustrato neurobiológico común que podría ser la razón para seleccionar el tratamiento.⁸⁹

La dimensión cognitivo-perceptual se correlaciona generalmente con los trastornos del grupo A, y abarca los síntomas de la psicosis, las experiencias perceptuales inusuales, la disociación, la sospecha y el pensamiento extraño o mágico. Las conductas derivadas de esta dimensión pueden ser el resultado de una disfunción dentro del sistema neurotransmisor dopaminérgico y pueden abordarse con medicamentos antipsicóticos. En la actualidad no hay datos definitivos para elegir entre un fármaco típico y uno atípico. Hay alguna indicación, sin embargo, de que los fármacos atípicos pueden ser los mejores para los pacientes resistentes y con automutilación.⁸⁶ Independientemente del fármaco, las dosis bajas pueden ser eficaces en los síntomas y el beneficio puede verse en unos días. Debido a los potenciales efectos adversos a largo plazo, se recomiendan intentos de suspensión.

La dimensión impulsivo-agresiva es un factor destacado en los trastornos de la personalidad del grupo B. La ira, la agresión y la desinhibición conductual constituyen trastornos primarios en esta dimensión, y se cree que reflejan una disfunción en el sistema neurotransmisor serotoninérgico. Los ISRS deben considerarse fármacos de primera línea en el tratamiento de la impulsividad y la agresión en los pacientes con trastornos de la personalidad. Sin embargo, si no responden bien a ensayos adecuados con ISRS, puede considerarse el refuerzo con un estabilizador del estado de ánimo o un antiepiléptico, porque el uso del valproato semisódico tiene cierto apoyo empírico en esta población de pacientes.

La dimensión de la inestabilidad del estado de ánimo también parece más estrechamente ligada a los trastornos del grupo B, y consiste en la alteración en la regulación del estado de ánimo, la depresión, la disforia y la labilidad emocional. Estas conductas pueden tener un sustrato neurotransmisor amplio, relacionado posiblemente con una disfunción de los sistemas serotoninérgico, colinérgico o noradrenérgico. De nuevo, primero deben considerarse los ISRS en el tratamiento de estos síntomas. Si es necesario el refuerzo, pueden considerarse la buspirona o una benzodiazepina de acción larga, como el clonacepam. Si la cólera es un componente prominente de la alteración en la regulación del estado de ánimo, hay que considerar fármacos antipsicóticos.

La dimensión de la ansiedad-inhibición, asociada de forma predominante a los trastornos del grupo C, consiste en la ansiedad, el miedo y las manifestaciones de la inhibición conductual dirigidas a reducir la exposición a situaciones que provoquen ansiedad. Esta dimensión puede reflejar un trastorno en la función autónoma, y puede estar mediado por sistemas neurotransmisores serotoninérgicos y noradrenérgicos. Aunque hay pocas pruebas empíricas, puede ser razonable comenzar en tales pacientes con un ISRS, porque estos fármacos se han mostrado eficaces en el tratamiento del miedo y la ansiedad social. Si es necesario un refuerzo, puede añadirse un ansiolítico de acción larga, como el clonacepam, bajo una estrecha supervisión para evitar un aumento inapropiado de la dosis.

Cuando se usan los cuatro grupos de síntomas de los trastornos de la personalidad como guía para la farmacoterapia, el clínico debe ser consciente de que la heterogeneidad de los

trastornos de la personalidad del DSM da lugar a menudo a pacientes con síntomas pertenecientes a varios grupos de síntomas. Por ejemplo, los pacientes con TPL tienden a mostrar conductas de los grupos impulsivo-agresivo e inestabilidad del estado de ánimo, pero algunos también pueden exhibir síntomas dentro del grupo cognitivo-perceptual. Esto refuerza la idea de seleccionar la farmacoterapia en presencia de síntomas diana específicos en lugar de un diagnóstico dado de un trastorno de la personalidad. Los clínicos con experiencia tienden a usar los grupos de síntomas como dianas de los medicamentos con el fin de evitar «perseguir» síntomas aislados y así evitar situaciones en las que a un paciente se le recetan cuatro o más medicamentos sin una razón clara. La experiencia clínica también indica seguir las guías en cuanto a la dosis y la duración de todos los medicamentos para minimizar los ajustes del tratamiento. Finalmente, el tratamiento farmacológico debe tener objetivos realistas, y los clínicos experimentados prevén solo beneficios modestos en una situación dada y consideran más importantes la persistencia y la paciencia que ningún medicamento específico.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Torgerson S. Epidemiology. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. Textbook of personality disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
2. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1911–1981.
3. Allport GW. *Personality: a psychological interpretation*. New York: Holt; 1937.
4. Buss DM. Human nature and culture: an evolutionary psychological perspective. *J Pers*. 2001;69:955–978.
5. Livesley WJ. Conceptual and taxonomic issues. In: Livesley WJ, ed. *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press; 2001.
6. Mayer JD. A tale of two visions: can a new view of personality help integrate psychology? *Am Psychol*. 2005;60:294–307.
7. Kagan J. Galen's prophecy: temperament in human nature, New York, 1994, Basic Books.
8. Cloninger CR, Svrakic DM. Integrated psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry*. 1997;60:120–140.
9. Depue R, Lenzenweger MF. A neurobehavioral dimensional model. In: Livesley WJ, ed. *Handbook of personality disorders*. New York: Guilford Press; 2001.

10. Clark LA, Waston D. Temperament: a new paradigm for trait psychology. In: Pervin LA, John OP, editors. *Handbook of personality: theory and research*. ed 2. New York: Guilford Press; 1999.
11. Pickering AD, Gray JA. The neuroscience of personality. In: Pervin LA, John OP, eds. *Handbook of personality: theory and research*. New York: Guilford Press; 1999.
12. Depue R. Neurobiology and structure of personality: implications for the personality disorders. In: Clarkin JM, Lenzenweger M, eds. *Major theories of personality disorders*. New York: Guilford Press; 1996.
13. Eysenck HJ. *The biological basis of personality*, Springfield, IL, 1967, Thomas.
14. Cattell RB. *The scientific analysis of personality*. Chicago: Aldine; 1965.
15. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-RTM) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI): professional manual, Odessa, 1992, Psychological Assessment Resources.
16. Goldberg LR. Development of markers for the big-five factor structure. *Psychol Assess*. 1992;4:26–42.
17. Saucier G. Measures of personality factors found recurrently in human lexicons. In: Boyle GJ, Matthews G, Saklofske DH, eds. *Handbook of Personality Theory and Assessment*, vol. 2. New York: SAGE Publications, Inc; 2008.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 5. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 2013.
19. Mullins-Sweatt SN, Widiger TA. The five-factor model of personality disorder: a translation across science and practice. In: Krueger RF, Tackett JT, editors. *Personality and psychopathology*. New York: Guilford Press; 2006.
20. Blais M. Clinician ratings of the five-factor model of personality and DSM-IV personality disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185:388–393.
21. Clark LA, Livesley WJ. Two approaches to identifying the dimensions of personality disorder: convergence on the five-factor model. In: Widiger TA, Costa PT, editors. *Personality disorders and the five-factor model of personality*. ed 2. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
22. Widiger TA, Costa PT. Personality and personality disorders. *J. Abnorm Psychol*. 1994;103:78–91.

23. Widiger TA, Costa PT. Five-factor model personality disorder research. In: Widiger TA, Costa PT, eds. *Personality disorders and the five-factor model of personality*. ed 2. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
24. Widiger TA, Costa PT, McCrae RR. A proposal for Axis II: diagnosing personality disorders using the five-factor model. In: Widiger TA, Costa PT, editors. *Personality disorders and the five-factor model of personality*. ed 2. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
25. Livesley WJ, Jang KL, Vernon PA. Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:941–948.
26. Shedler J, Weston D. Dimension of personality pathology: an alternative to the five-factor model. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1743–1754.
27. Veith I. *Hysteria: the history of a disease*. Chicago: University of Chicago Press; 1965.
28. Hopwood CJ, Wright AGC, Ansell EB, et al. The interpersonal core of personality pathology. *J Person Disord*. 2013;27(3):270–295.
29. Skodol AE, Oldham JM, Bender DS, et al. Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationship to functional impairment. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1919–1925.
30. Bender DS, Morey LC, Skodol AE. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part I: A review of theory and methods. *J Pers Assess*. 2011;93:332–346.
31. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, et al. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med*. 2012;42:1879–1890.
32. Wright AGC, Thomas KM, Hopwood CJ, et al. The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *J Abnorm Psychol*. 2012;121:951–957.
33. Skodol AE. Personality disorders in the DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol*. 2012;8:317–344.
34. Perry JC. Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1992;149:1645–1653.
35. Zimmermann M. Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:225–245.
36. Skodol AE, Rosnick L, Kellman D, et al. Validating structured DSM-III-R personality disorder assessments with longitudinal data. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1297–1299.

37. Millon T, Davis R, Millon C. *Manual for the MCMI-III*. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1997.
38. Hyler SE. *Personality diagnostic questionnaire—4 (PDQ-4)*. New York: New York State Psychiatric Institute; 1994.
39. Muran JC, Safran JD, Samstag LW, et al. Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2005;42:532–545.
40. Perry JC, Bann E, Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1999;156(9):1312–1321.
41. Piper WE, Ogrodinckuk JS: Group treatment. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
42. Linehan MM, Tutek BA, Heard HL, et al. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1771–1776.
43. Bateman AW, Fonagy P. Randomized control trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1355–1364.
44. Howard KJ, Kopta SM, Krause MS, et al. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 41 (special issue: psychotherapy research). 1986; 159–164.
45. Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. ed 7. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
46. Gurvits IG, Koenigsberg HW, Siever LJ. Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23:27–40.
47. Leyton M, Okazawa H, Diksic M, et al. Brain regional alpha-[11C]methyl-L-tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158:775–782.
48. Soloff PH, Meltzer CC, Greer PJ, et al. A fenfluramine-activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*. 2000;47:540–547.
49. De La Fuente JM, Goldman S, Stanus E, et al. Brain glucose metabolism in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*. 1997;31:531–541.
50. Prossin AR, Love TM, Koeppe RA, et al. Dysregulation of regional endogenous opioid function in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2010;167:925–933.

51. Driessen M, Herrmann J, Stahl K, et al. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:1115–1122.
52. Lyoo IK, Han MH, Cho DY. A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. *J Affect Disord*. 1998;50:235–243.
53. Cadenhead KS, Light GA, Geyer MA, et al. Sensory gating deficits assessed by the P50 event-related potential in subjects with schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2000;157:55–59.
54. Kirrane RM, Siever LJ. New perspectives on schizotypal personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2000;2:62–66.
55. Byne W, Buchsbaum MS, Kemether E, et al. Magnetic resonance imaging of the thalamic mediodorsal nucleus and pulvinar in schizophrenia and schizotypal personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:133–140.
56. Downhill Jr JE, Buchsbaum MS, Wei T, et al. Shape and size of the corpus callosum in schizophrenia and schizotypal personality disorder. *Schizophr Res*. 2000;42:193–208.
57. Downhill Jr JE, Buchsbaum MS, Hazlett EA, et al. Temporal lobe volume determined by magnetic resonance imaging in schizotypal personality disorder and schizophrenia. *Schizophr Res*. 2001;48:187–199.
58. Raine A, Lencz T, Birchle S, et al. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:119–127.
59. Narayan VM, Narr KL, Kumari V, et al. Regional cortical thinning in subjects with violent antisocial personality disorder or schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1418–1427.
60. Barkatari I, Kumari V, Das M, et al. Volumetric structural brain abnormalities in men with schizophrenia or antisocial personality disorder. *Behav Brain Res*. 2006;169:239–247.
61. Vilkin MI. Comparative chemotherapeutic trial in treatment of chronic borderline patients. *Am J Psychiatry*. 2004;164:120.
62. Coccaro EF. Clinical outcome of psychopharmacologic treatment of borderline and schizotypal personality disordered subjects. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl. 1):30–33.
63. Kapfhammer HP, Hippus H. Pharmacotherapy in personality disorders. *J Pers Disord*. 1998;12:277–288.

64. Lieb K, Völlm B, Rucker G, et al. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry*. 2010;196:4–12.
65. Mercer D, Douglass AB, Link PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Pers Disord*. 2009;23:156–174.
66. Saunders EF, Silk KR. Personality trait dimensions and the pharmacological treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2009;29:461–467.
67. Stoffers J, Völlm BA, Rucker G, et al. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(6):CD005653.
68. Biskin RS, Paris J. Management of borderline personality disorder. *CMAJ*. 2012;184:1897–1902.
69. Benedetti F, Sforzini L, Colombo C, et al. Low-dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:103–107.
70. Chengappa KN, Ebeling T, Kang JS, et al. Clozapine reduces severe self-mutilation and aggression in psychotic patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:477–484.
71. Frankenburg FR, Zanarini MC. Clozapine treatment of border-line patients: a preliminary study. *Comp Psychiatry*. 1993;34:402–405.
72. Hough DW. Low-dose olanzapine for self-mutilation behavior in patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:296–297.
73. Schulz SC, Camlin KL, Berry SA, et al. Olanzapine safety and efficacy in patients with borderline personality disorder and comorbid dysthymia. *Biol Psychiatry*. 1999;46:1429–1435.
74. Hirose S. Effective treatment of aggression and impulsivity in antisocial personality disorder with risperidone. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;55:161–162.
75. Schulz SC, Zanarini MC, Bateman A, et al. Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study. *Br J Psychiatry*. 2008;193:485–492.
76. Pascual JC, Soler J, Puigdemont D, et al. Ziprasidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:603–608.

77. Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C, et al. Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder, a double-blind placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2006;163:833–838.
78. Soloff P. Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23:169–192.
79. Stein DJ, Simeon D, Frenkel M, et al. An open trial of valproate in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 1995;56:506–510.
80. Townsend MH, Cambre KM, Barbee JG. Treatment of borderline personality disorder with mood instability with divalproex sodium: a series of ten cases. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21:249–251.
81. Hollander EH, Allen A, Prieto Lopez R, et al. A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:199–203.
82. Nickel MK, Loew TH. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients, part II: 18 month follow-up. *Eur Psychiatry*. 2008;23:115–117.
83. Leiberich P, Nickel MK, Tritt K, et al. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients, part II: 18 month follow-up. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;22:805–808.
84. Markovitz PJ, Wagner SC. Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder. *Psychopharmacol Bull*. 1995;31:773–777.
85. Rosenbaum JF, Woods SW, Groves JE, et al. Emergence of hostility during alprazolam treatment. *Am J Psychiatry*. 1984;141:792–793.
86. Gunderson JG, Links P. Borderline personality disorders: a clinical guide. ed 2. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008.
87. McGee MD. Cessation of self-mutilation in a patient with borderline personality disorder treated with naltrexone [letter]. *J Clin Psychiatry*. 1997;58:32–33.
88. Bohus MJ, Landwehrmeyer GB, Stiglmayer CE, et al. Naltrexone in the treatment of dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder: an open-label trial. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:598–603.
89. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1647–1658.

|

(Stern, 20171024, pp. 432.e1-444.e2)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.

SNC PHARMA