

TEMA 16- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

1.- INTRODUCCIÓN.

- ☞ El pensamiento psicopatológico ha tenido una gran influencia en la psicología de la personalidad y, en algunos casos, ha sido motivo central en la elaboración de modelos teóricos tanto nivel estructural como procesual.
- ☞ En principio, la definición y clasificación de los trastornos de personalidad se presenta como fruto de un “acuerdo” alcanzado tras una “revisión de la biografía publicada en la praxis profesional”, aunque nivel empírico sucede que el pacto es sistemáticamente atacado desde casi todos los frentes y se termina aceptando “como solución de compromiso” una cierta nomenclatura que no se corresponde con los resultados que social.
- ☞ Un punto más de represión hace referencia a las necesarias relaciones entre la psicología diferencial y los sistemas de clasificación en psicopatología, lo que posee, al menos, dos niveles de análisis: uno se refiere a la “uniformidad” dentro de cada tipo clasificado; el otro, a la propia diversificación de la ciencia.
- ☞ En todo sistema de clasificación se supone una uniformidad dentro de cada patrón o tipo propuesto, lo que no corresponde con la variabilidad comportamental observada.
- ☞ Millon en 1981 defendía que la misión de todo sistema clasificatorio en psicopatología es la de convertirse en un recurso heurístico que ayude a mejorar la comprensión de los fenómenos y la praxis profesional. Aquí se inserta la segunda consideración sobre la diversificación y el pensamiento original de la ciencia.

2.- PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

- ☞ Con el fin de fijar posiciones, esencialmente existen dos alternativas muy claras en la psicología contemporánea:
 - En la primera, se identifica como personalidad aquella parcela del funcionamiento personal que es resistente al cambio, se encuentra consolidada y posee una generalidad y coherencia de respuestas en distintos tiempos y contextos.
 - En la segunda línea de pensamiento, por personalidad se entiende todo aquello que identifica al ser humano individual a lo largo del ciclo vital, por lo que debe integrarse en un modelo de personalidad desde la relatividad situacional hasta el estilo de vida, las motivaciones, creencias y concepciones del mundo. Este manual se encuentran el segundo posicionamiento teórico.

2.1.- UNA NOTA DE REFLEXIÓN HISTÓRICA Y DEFINICIONES DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

- ☞ En algunos de los intentos llevados a cabo por ofrecer una taxonomía sistemática y los modelos “explicativos” de la psicopatología desde la segunda mitad del siglo XIX tiende a aparecer una caracterización en la que desde Kraepelin se pretenden entender los grandes síndromes clínicos buscando unos antecedentes premórbidos y unos correlatos comórbidos de estas perturbaciones psicopatológicas tan graves.
- ☞ Kretschmer propone un continuo racional que iba desde la esquizofrenia hasta la psicosis maníaco-depresiva con intervalos intermedios de “personalidades” más o menos patológicas en función de la cercanía a cada uno de los polos.
- ☞ Se les atribuya o no un sustrato hereditario, lo que tienden a defender los autores clásicos es que existen unas predisposiciones a tener uno u otro tipo de problema y los sucesos externos serían productores-disparadores en mayor o menor medida de problemas graves dentro del campo de la salud mental.
- ☞ Jaspers afirmaba que los trastornos de personalidad no llegaban a ser entidades nosológicas como la psicosis, pero que podían dar lugar a ellas y, en todo caso, que eran indicadores de ciertas alteraciones mentales que algunos casos eran el sustrato del sufrimiento personal propio y en otros del ajeno.
- ☞ La tradición psicoanalítica defendía la existencia de una teoría de la personalidad y de la psicopatología en la que la perturbación de la evolución personal sería la fuente explicativa responsable de las alteraciones.
- ☞ En este sentido, Millon incluye la mayor parte de trastornos mentales en un continuo de gravedad de alteraciones de la personalidad.
- ☞ Frente a Millon, sin embargo, habría que decir que sería deseable proponer más de un eje racional a la hora de proponer un marco teórico de gravedad, o dicho en otras palabras, que deberían proponerse varios ejes de gravedad a partir de la delimitación de notas básicas y distintas para cada uno de los ejes propuestos.
- ☞ Aproximadamente tras el primer tercio del siglo XX se comienzan a proponer versiones más sociales y personales de las alteraciones mentales, en la medida en que algunas, al menos, de estas alteraciones llevan consigo unas repercusiones negativas para los demás ciudadanos. En esta orientación, la personalidad está entendida como el conjunto de papeles que un ser humano desempeña a lo largo de su vida y la perturbación se concibe como aquellos papeles que son perjudiciales para los demás y, por ello, los trastornos de personalidad serían concebidos como enfermedades o errores del proceso de socialización dirigidos a la producción de daños en los demás, sin que medie necesariamente ningún tipo de problema biológico.
- ☞ Estas tres tradiciones, al menos, tienden a coincidir en la definición que proporcionen DSM-III en un intento de agrupar y/o de alcanzar el mayor consenso posible y que se encuentra presente en el DSM-IV-TR, definición que cubre los siguientes aspectos:

- Definición de personalidad a partir de los rasgos, entendidos como “pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente con uno mismo y se hacen patentes en un amplio margen importantes contextos personales y sociales.
- Esta duración lleva a la propuesta de ciertas equivalencias entre trastornos de la adolescencia, por un lado, y trastornos de personalidad en los adultos, por otro, en la idea de que se trata de estructuras estables y difíciles de modificar que se pueden detectar, en algunos otros trastornos, en los primeros años de la vida de un ser humano, aunque, al menos en nuestros días, no en todos.
- Para que los rasgos de personalidad adquieran el carácter de convertirse en trastornos de personalidad deben poseer ciertas características: cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causen una perturbación funcional significativa o sufrimiento subjetivo, se habla del trastorno.

2.2.- TIPOS DIFERENCIADOS EN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN MÁS DIFUNDIDOS EN PSICOPATOLOGÍA

- ☞ En la actualidad se siguen tres grandes sistemas actuariales de clasificación para los trastornos de personalidad, que presentan algunas relaciones entre sí estos sistemas son: CIE-10, DSM-IV-TR y la propuesta de Millon que incluye un sistema multiaxial para los trastornos de personalidad.
- ☞ El DSM-IV-TR propone que existe un trastorno de personalidad cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos. Además, previenen de que la emisión de un diagnóstico de trastorno de personalidad sólo debe hacerse cuando éstos rasgos sean típicos del funcionamiento del individuo a largo plazo y no se limiten a episodios concretos de alguna enfermedad.
- ☞ Los trastornos de personalidad se recogen en el eje II junto a los trastornos del desarrollo, y se dividen en tres grandes conglomerados que engloba un total de 11 trastornos. No está muy claro en base a qué criterios se establecieron estos tres núcleos. Tampoco se establece un criterio de ordenación según la gravedad de la incapacidad social, disfunción ocupacional y malestar subjetivo. Los tres núcleos, así como los trastornos, son los siguientes:
 - a) Individuos raros y excéntricos: paranoide, esquizoide y esquizotípico.
 - b) Personalidades erráticas, emocionales y teatrales: histriónico, antisocial, narcisista y límite.
 - c) Individuos temerosos con marcada ansiedad: dependiente, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo y trastorno por evitación.

☞ Para aquellos casos en los que las características del individuo no se acomodan bien a ninguno de estos tres grupos se proponen un cuarto núcleo denominado mixto y atípico.

Tabla 16.1 Trastornos de personalidad según la propuesta para el DSM-IV-TM y la CIE-10

	DSM-IV-TR	CIE-10
Paranoide	<p>Una <i>desconfianza intrusiva y sospecha de los otros de manera que sus motivos son interpretados como malévolos</i>. El comienzo se detecta en el comienzo de la fase adulta y se deben encontrar presentes al menos en cuatro de los siguientes contextos: 1) sospecha, sin base suficiente, de que los demás le explotan, dañan o le engañan; 2) preocupación por dudas injustificadas acerca de la lealtad o amistad de amigos y personas cercanas; 3) le repugna confiar en los demás por un miedo incontrolable de que la información sea utilizada de manera maliciosa contra él/la; 4) percibe significaciones ocultas o amenazantes en notas o sucesos benignos; 5) guarda rencor persistentemente como, por ejemplo, no olvida insultos, injurias o desprecios; 6) perciben ataques sobre su carácter o reputación que no son aparentes para otros y reacciona con rapidez de manera colérica o de contraataque; 7) sospechas recurrentes sin justificación en cuanto a la fidelidad de la pareja.</p> <p>Además, no aparece exclusivamente durante el curso de esquizofrenia, un trastorno de estado de ánimo con rasgos psicóticos u otra condición psicótica, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una condición médica general.</p>	<p>Trastorno de personalidad caracterizado por: 1) sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires; 2) incapacidad para perdonar agravios o perjuicios junto a una predisposición a un rencor persistente; 3) suspicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias de manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas; 4) sentido combativo y tenaz de los propios derechos, sin sentido de realidad; 5) predisposición a desarrollar celos patológicos; 6) predisposición a sentirse muy importante, con actitud autorreferencial; 7) preocupación por conspiraciones sin fundamento promovidas por hechos o decires del entorno.</p>
Esquizoide	<p>Pauta generalizada de indiferencia hacia las relaciones sociales y marco restringido de experiencia y expresión emocional (al menos cuatro síntomas) que se presenta al menos en cuatro de los siguientes contextos: 1) no se desea ni se disfruta de las relaciones íntimas, lo que incluye ser parte de una familia; 2) casi siempre escoge actividades solitarias; 3) escaso o nulo interés sexual hacia otra persona; 4) le producen placer pocas actividades, si le produce placer alguno; 5) carece de amistades íntimas o confidentes a menos que sean familiares en primer grado; 6) parece indiferente a los halagos o críticas de los demás; 7) muestra frialdad emocional, desapego o afectividad plana.</p>	<p>Patrón generalizado de <i>separación de expresión de emociones en situaciones interpersonales</i>: 1) incapacidad para sentir placer (anhedonia); 2) frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo; 3) incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira hacia los demás; 4) escasa respuesta ante los elogios o las caricias; 5) poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad); 6) actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva; 7) marcada preferencia por devaneos fantasiosos, actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva y de introspección; 8) ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza; 9) gran dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que produce un comportamiento excéntrico.</p>
Esquizotípico	<p>Pauta generalizada de déficit en relaciones interpersonales y distorsiones cognitivas o perceptuales así como conductas excéntricas y que se presentan al menos en cinco de los siguientes contextos: 1) ideas de referencia; 2) creencias inusuales o pensamiento mágico que influye la conducta y es inconsistente con las normas subculturales (por ejemplo, supersticiones, creencia en la clarividencia, telepatía o en el «sexto sentido»); en niños y adolescentes, fantasías extrañas o preocupaciones); 3) experiencias perceptuales poco frecuentes, incluyendo ilusiones corporales; 4) pensamiento y habla poco usual (por ejemplo, vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado); 5) suspicacia o ideación paranoide; 6) conducta o apariencia que es rara, excéntrica o peculiar; 7) afecto constreñido o inapropiado; 8) carencia de amigos íntimos o confidentes, que no sean familiares en primer grado; 9) ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a estar asociada con miedos paranoides más que con enjuiciamientos negativos sobre sí mismo/a.</p>	<p><i>Se encuentra dentro del apartado general de esquizofrenia</i>. Se identifica como comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y de la afectividad que son parecidas a la esquizofrenia, aunque no se han presentado las anomalías definidas de ese trastorno. No se dan síntomas predominantes, aunque pueden aparecer algunos de los siguientes: 1) afectividad fría y vacía de contenido, a veces con anhedonia; 2) comportamiento o apariencia extraños, excéntricos o peculiares; 3) relaciones personales muy pobres con tendencia a retraimiento social; 4) ideas de referencia, paranoides o extravagantes, creencias fantásticas y preocupaciones autísticas que no conforman claras ideas delirantes; 5) ideas paranoides; 6) rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, con frecuencia sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos; 7) experiencias perceptivas extraordinarias como ilusiones corporales somatosensoriales u otras ilusiones de despersonalización o desrealización; 8) pensamiento y lenguaje vagos, circunstanciales, metafóricos, extraordinariamente elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento; 9) episodios casi psicóticos, ocasionales y transitorios, con alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideas pseudodelirantes que se desencadenan usualmente sin provocación externa.</p> <p>En la CIE-10 se expone que ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia.</p>

(continúa)

	DSM-IV-TR	CIE 10
Antisocial (DSM-IV-TR) Disocial (CIE 10)	La característica esencial del trastorno antisocial de personalidad es un patrón intrusivo de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o principios de la adolescencia y continúa en la fase adulta. Se encuentran presentes al menos tres de los siguientes: 1) fracaso en aceptar las normas sociales respecto a conductas legales, lo que se muestra por realización reiterada de actos que son causa de detenciones; 2) falsedad, como se muestra en mentiras reiteradas, utilización de alias o engaños a los demás para su propio beneficio; 3) Impulsividad o fracaso en planificar el futuro. 4) irritabilidad y agresividad, como se demuestra por reiteradas peleas o ataques con los demás; 5) desprecio temerario para su seguridad o para la de los demás; 6) irresponsabilidad consistente, como se muestra por el fracaso reiterado para mantener una conducta laboral o el honor en las obligaciones financieras; 7) falta de remordimiento, como se muestra por su indiferencia a, o a racionalizar que ha hecho daño, ha maltratado o robado a otra persona.	Normalmente llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales aceptadas y su comportamiento. Puede presentarse irritabilidad persistente y aunque pueden encontrarse antecedentes en la infancia y la adolescencia, no necesariamente aparecen estos antecedentes. Caracterizado por: 1) despreocupación cruel por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía; 2) actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales: 3) incapacidad para mantener relaciones personales duraderas; 4) baja tolerancia a la frustración o bajo umbral para descargas de agresividad, dando lugar incluso a un comportamiento violento; 5) incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo; 6) predisposición marcada a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.
Trastorno límite de personalidad (DSM-IV-TR) Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite (CIE-10).	Las característica esencial es una pauta general de inestabilidad en las relaciones personales, imagen personal y afectos, y una impulsividad marcada. Se presenta, al menos en cinco de los contextos siguientes: 1) esfuerzos intensos para evitar un abandono real o imaginario (no cubre la conducta suicida o automutiladora que aparece más adelante); 2) patrón inestable e intenso de relaciones interpersonales, caracterizado por alternativas extremas de idealización y devaluación; 3) Trastorno de identidad: imagen del yo o sentido del sí mismo/a marcado y persistente; 4) impulsividad en, al menos, dos áreas que son potencialmente autolesivas (por ejemplo, gasto, sexo, consumo de drogas, conducción temeraria, excesos en comida) (no cubre la conducta suicida o automutiladora que aparece más adelante); 5) conducta suicida recurrente, gestos o amenazas o conductas automutiladoras; 6) inestabilidad afectiva debida a una reactividad marcada del estado de ánimo (como episodios de disforia intensa, irritabilidad, o ansiedad que dura usualmente algunas horas y tan sólo de manera poco frecuente más de algunos días); 7) sentimientos crónicos de vaciedad; 8) cólera inapropiada o intensa, o dificultad en controlar la cólera (por ejemplo, muestras frecuentes de ira, cólera constante, ataques físicos recurrentes); 9) ideación paranoide relacionada con el estrés que es pasajera, o síntomas disociativos graves.	Pauta de inestabilidad en el estado de ánimo, relaciones interpersonales, objetivos y preferencias internos alterados (incluidos los sexuales) y la autoimagen (al menos cinco síntomas): 1) relaciones interpersonales inestables e intensas; 2) impulsividad; 3) inestabilidad afectiva; 4) ira inapropiada e intensa o falta de control de este impulso; 5) amenazas, gestos o conductas suicidas repetidas, o conductas automutiladoras; 6) trastorno de la identidad acusado y persistente; 7) sentimiento crónico de vacío o de aburrimiento; 8) esfuerzos titánicos para evitar abandono real o imaginario.
Histriónico	Presenta una pauta de emocionalidad y búsqueda de atención exageradas. Deben encontrarse al menos en cinco de los siguientes contextos: 1) se encuentra incómodo/a en situaciones en las que no es el centro de atención; 2) La interacción con los demás se caracteriza, frecuentemente, por una conducta provocativa o sexualmente seductora de manera inapropiada; 3) Presenta una expresión de emociones superficial y con cambios muy rápidos; 4) utilización sistemática de la apariencia física para llamar la atención; 5) tiene un estilo de habla que es excesivamente impresionista y carente de detalles; 6) autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de emociones; 7) es sugestionable, esto es, fácilmente influenciado por los demás y las circunstancias; 8) cree que las relaciones son más íntimas de lo que son realmente.	Se puede presentar egocentrismo, indulgencia para sí mismo/a, anhelo de ser apreciado/a, sentimientos fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades. Además, se encuentra caracterizado por: 1) tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de emociones; 2) Sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás; 3) Afectividad lábil y superficial; 4) búsqueda imperiosa de emociones y desarrollo de actividades en la que es centro de atención; 5) comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir; 6) preocupación excesiva por el aspecto físico.

	DSM-IV-TR	CIE 10

Tabla 16.1 (Continuación)

	DSM-IV-TR	CIE-10
Obsesivo-compulsivo (DSM-IV-TR) Anancástico (CIE-10)	La característica esencial es una preocupación con el orden, perfeccionismo y control mental e interpersonal a costa de la flexibilidad, apertura y eficiencia. Debe estar presente, al menos en cinco de los siguientes contextos: 1) preocupado/a por los detalles, reglas, listas, orden, organización u horarios hasta el punto de que se pierde el punto más importante de la actividad; 2) muestra perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (esto es, es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios y estrictos estándares); 3) es excesivamente devoto del trabajo y de la productividad hasta la exclusión de actividades placenteras y amistades (no explicado por necesidad económica manifiesta); 4) es hiperconsciente, escrupuloso/a e inflexible sobre cuestiones de moral, ética o valores (no justificado por identificación religiosa o cultural); 5) incapaz de descartar objetos inservibles o sin valor aun cuando no tengan siquiera un valor sentimental; 6) con desgana acepta trabajar con otros o delegar tareas a menos que los demás se sometan exactamente a su forma de hacer las cosas; 7) adopta un estilo miserable hacia sí mismo/a y los demás en gastar dinero; el dinero se considera como algo que debe ser guardado para futuras catástrofes; 8) presenta rigidez y terquedad.	Se encuentra caracterizado por: 1) Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal; 2) preocupación excesiva por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios; 3) perfeccionismo que interfiere con la actividad práctica; 4) rectitud y escrupulosidad excesivas, junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y relaciones personales; 5) pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones; 6) rigidez y obstinación (terquedad); 7) insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonable a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer; 8) irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.
Trastornos de personalidad sin especificar (CIE-10)	1) incluye trastornos que no están en categorías específicas, como el caso en que hay rasgos de más de un trastorno específico de la personalidad; 2) se incluyen: personalidad narcisista, personalidad excéntrica, personalidad inestable, personalidad inmadura, personalidad pasivo-agresiva, personalidad psiconeurótica, trastorno narcisista de la personalidad, trastorno excéntrico de la personalidad, trastorno inestable de la personalidad, trastorno inmaduro de la personalidad, trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y trastorno psiconeurótico de la personalidad.	
Criterios de investigación para trastorno depresivo de la personalidad (DSM-IV-TR)	Resulta esencial un patrón generalizado de cogniciones y conductas depresivas que comienzan en la primera fase adulta y se presentan al menos en cinco contextos de los siguientes: 1) estado de ánimo usualmente dominado por desánimo, tristeza, descuidado, falta de alegría, infelicidad; 2) el concepto de sí mismo/a está centrado en creencias de inadecuación, falta de valor y baja autoestima; 3) es crítico/a, con autorreproches y despectivo de sí mismo/a; 4) siniestro/a y dado a quejarse; 5) negativista, crítico y juez de los demás; 6) pesimista; 7) tiende a sentirse culpable y con remordimiento.	
Criterios de investigación para trastorno de personalidad pasivo-agresivo (DSM-IV-TR)	Presenta un patrón de actitudes negativas y resistencia pasiva a las demandas de una realización adecuada. Se presenta en cuatro al menos de los siguientes contextos: 1) se resiste pasivamente a cumplimentar las tareas rutinarias sociales y laborales; 2) se queja de ser mal comprendido/a y no apreciado por los demás; 3) es malhumorado y discudidor/a; 4) crítica de manera no razonable y rechaza la autoridad; 5) expresa envidia y resentimiento hacia aquellos aparentemente más afortunados; 6) expresa de manera exagerada y persistentemente se queja de mala suerte personal; 7) presenta alternancias entre desafío hostil y pedir perdón.	
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo (trastorno específico de la (CIE-10)		Marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso, capacidad de planificación mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos; hay dos variantes: trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite (definido en un apartado anterior).

- ☞ La cuarta edición pretende conseguir una mayor coincidencia con la CIE-10.
- ☞ La CIE-10 sin aportar una definición concreta de que es un trastorno de personalidad como separado que son trastornos específicos de personalidad, trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad y transformaciones persistentes de la personalidad. Todos ellos tienen en común el abarcar formas de comportamiento duraderas y muy arraigadas en el ser humano, manifestándose como modalidades estables de respuesta a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales.
- ☞ La diferencia entre los tres grandes bloques de trastornos del CIE-10 radica:
 - Entre los trastornos específicos y los mixtos: los primeros incluyen trastornos graves de carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del sujeto que afectan, normalmente, a diversos aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Un individuo puede ser diagnosticado con más de un trastorno, pero cuando presenta características que no le permiten ser integrado dentro de la categoría completa, entonces ha de establecerse un diagnóstico mixto.
 - Entre los trastornos específicos y las transformaciones persistentes de la personalidad: los primeros tienden a presentarse en la infancia y adolescencia, persistiendo durante la edad adulta. Las transformaciones se producen en la vida adulta a consecuencia de catástrofes, traumatismos y exposiciones prolongadas a situaciones estresantes, otras, haber padecido alguna enfermedad psiquiátrica grave, y han de mantenerse como cambios bien definidos y duraderos en sus respuestas a las distintas situaciones individuales y sociales.
- ☞ Los tres grupos quedan configurados así:
 - Trastornos específicos: paranoide, esquizoide, esquizotípico, disociar, inestabilidad emocional de la personalidad, histriónico, narcisista, ansioso, dependiente, anancástico y “sin especificar”.
 - Trastornos mixtos: trastornos mixtos de la personalidad y variaciones problemáticas de la personalidad.
 - Transformaciones persistentes de la personalidad: trastorno subsecuente a experiencias traumáticas, trastorno subsecuente a enfermedades psiquiátricas, otras transformaciones y transformaciones de la personalidad sin especificar.
- ☞ En las tablas anteriores se ha incluido la descripción que la CIE-10 aporta para cada uno de esos trastornos, de los cuales han de estar presentes en el paciente, al menos tres.

- ☞ Tampoco en la CIE-10 se aporta una gradación de la gravedad de los trastornos. Quien sí ha realizado gradación y sigue actualmente insistiendo en la organización de las anomalías de personalidad según diferentes niveles de gravedad es Millon, además de utilizar otros criterios variables de organización.
- ☞ Para Millon, desde un punto de vista teórico de aprendizaje biosocial, la personalidad se compone de categorías o pautas de afrontamiento al medio aprendidas, que son formas complejas y estables de manejarse en el entorno y que conllevan conductas instrumentales mediante las cuales los individuos logran refuerzos y evitan castigos. Por este motivo organizar los trastornos de personalidad, además de por la gravedad que suponen, según la naturaleza del refuerzo (positivo o negativo), por la fuente del refuerzo (uno mismo y los demás) y por las conductas instrumentales para conseguir los refuerzos (estrategias de afrontamiento pasivas y estrategias activas).
- ☞ De esta forma obtiene ocho tipos fundamentales de personalidades anómalas y tres variantes de estas:
 - Gravedad leve-ligera: histriónico, dependiente, antisocial y narcisista.
 - Gravedad intermedia: pasivo-agresivo, obsesivo-compulsivo, evitador y esquizoide.
 - Gravedad alta: esquizotípico, límite y paranoide.
- ☞ Estas concentraciones de personalidad comparten tres características: una gran inflexibilidad que limita las oportunidades de aprender nuevas conductas; frecuente existencia de acciones que fomentan círculos viciosos y una gran fragilidad emocional ante situaciones de estrés.
- ☞ Utilizar el sistema de clasificación de Millon, no tanto en cuanto a la taxonomía, sino por lo que se refiere a la recogida y organización de la información, puede ser tan rico y completo como los otros dos sistemas, aunque con una orientación teórica discutible y, pese al esquema, con graves ausencias y conclusiones.
- ☞ En conclusión, parece que actualmente se acepta la existencia de 10-11 trastornos de la personalidad de los sistemas de clasificación categorial, empleados tanto por psiquiatras como por psicólogos clínicos a la hora de hacer diagnósticos.

2.3.- EVALUACIÓN

- ☞ Para poder evaluar las características de los individuos y establecer un diagnóstico de trastorno de personalidad, se ha gestado, desde los propios sistemas de clasificación categorial, entrevistas estructuradas y semiestructuradas, autoinformes e instrumentos para recoger información de terceras personas acerca de la persona evaluar.

- ☞ A medida que se han ido revisando los distintos sistemas también se han ido modificando los instrumentos de evaluación, aunque eso no implica que actualmente se utilice únicamente la última versión revisada de cada instrumento. Y esto representa un grave problema en la medida en que cada versión del DSM lleva consigo modificaciones, con lo que no son exactamente comparables los diagnósticos realizados con las distintas ediciones y la acumulación de conocimientos representa un inconveniente grave.
- ☞ Generalmente, mediante distintas cuestiones el clínico que utiliza una entrevista, ya sea estructurada o semiestructurada, puede distinguir entre problemas situacionales y rasgos de personalidad.
- ☞ Los problemas principales que afectan a las entrevistas clínicas para diagnosticar trastornos de personalidad son los mismos que aquellos que afectan a cualquier tipo de entrevista clínica, pero parecen resultar de mayor importancia el efecto de halo, cometido por el clínico, que puede formarse una primera impresión del cliente y a partir de ahí dirigir la entrevista hacia un punto determinado que puede no ser esencial; el error fundamental de atribución, si se defiende que los rasgos de personalidad son los únicos determinantes de la conducta humana sin considerar que circunstancias sociales y ambientales que pueden explicar las manifestaciones comportamentales; la distorsión de la información aportada por el propio sujeto resultan problema cualquier tipo de valoración, pero es más preocupante cuando se sospecha que el cliente padece un trastorno psicológico.
- ☞ Tiene la ventaja de que permiten al clínico realizar una observación directa del paciente, observación que se considera necesaria para hacer un diagnóstico de trastorno de personalidad.
- ☞ La entrevista más utilizada actualmente está gestando a partir del DSM, la SCID (Structured Clinical Interview), compuesta por 124 cuestiones que cubren 103 criterios para diagnosticar los 11 trastornos, más la personalidad autodestructiva. Conjuntamente con ella se administra un autoinforme a modo de filtro, con el fin de privar las poblaciones.
- ☞ Para el DSM-IV-TR existe asimismo una versión entrevista, SCIC-II 2.0.
- ☞ La información obtenida mediante las entrevistas puede ser completada por la ofrecida a través de los autoinformes. Se utilizan, principalmente, el Sixten Personality Factors (16 PF de Catell) y el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, de Hathaway y McKinley), o versiones especiales compuestas por algunas escalas concretas que midan los otros trastornos de personalidad. Los cuestionarios e inventarios especializados más utilizados son el MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory) del que hay dos versiones.
- ☞ El Personality Diagnostic Questionnaire-Revised es la versión revisada que se gestó directamente de la clasificación estadounidense. Se denuncia que este tipo de pruebas exageran las respuestas del paciente, ya que interfieren factores situacionales además del sesgo de aquiescencia y la tendencia a exagerar los síntomas cuando es uno/a mismo/a que los describe.

- Finalmente, se recomienda que la evaluación se complemente con la información aportada por una tercera persona, por lo que deberían utilizarse escalas de calificación. Un ejemplo puede ser el Personality Assessment Schedule (PAS), que es a la vez autoinforme y escala de calificación. Utiliza 24 rasgos para evaluar los trastornos de personalidad mediante una pregunta general sobre cada rasgo, y algunas preguntas adicionales que se plantean al paciente, y otra familia. Se obtiene una puntuación para cada uno de los trastornos de personalidad que se proponen. Los trastornos y sus rasgos característicos son: sociópata, pasivo-dependiente, anacástico, esquizoide, exclusivo (impulsivos), agresivo-sensitivo, histriónico, asténico, ansioso, paranoide, hipocondríaco, distímico y evitador.
- En general, existen una serie de problemas que afectan a evaluación conducente a establecer un diagnóstico de trastorno de personalidad además de la baja fiabilidad que caracterizan los diagnósticos clínicos. Se critica expresamente la baja fiabilidad entre jueces cuando se realizan diagnósticos de trastornos de personalidad utilizando tanto el DSM-III como el DSM-III-R. El principal argumento es que existen tales problemas por estar utilizando sistemas categoriales para medir el continuo entre normalidad y anormalidad en lugar de sistemas o criterios dimensionales.
- Los principales problemas se agrupan alrededor de los siguientes puntos:
- Dificultad para establecer adecuadamente puntos de corte entre la normalidad y la anormalidad.
 - Carece de consistencia interna para las categorías de trastornos de personalidad.
 - Existencia de redundancias de síntomas entre distintos trastornos de personalidad.
 - Posibilidad de diagnósticos múltiples de trastornos de personalidad.
 - Solapación con algunos síndromes del eje I del DSM-III-R.
 - Tipos de rasgos medidos.
- Los tres sistemas categoriales presentados defienden la existencia de un continuo entre normalidad y anormalidad; sin embargo, a la hora de establecer el punto a partir del cual se puede hacer el diagnóstico concreto, al menos el DSM-III-R y la CIE-10 proponen que el paciente presente la mitad de los síntomas característicos del trastorno, de forma que si se posee sólo la mitad menos uno, ya no se puede realizar el diagnóstico.
- Morey y Widiger constata que este criterio del prototipicidad supone, en primer lugar, que el sistema categorial sólo permite establecer si se pertenece o no a una categoría concreta, de modo que se pueden cometer muchos errores de diagnóstico es el juicio clínico que prevalece.

☞ Para solucionar estos problemas se ha propuesto una serie de alternativas para “transformar” el sistema categorial en dimensional. Widiger recomendó una de estas propuestas, de forma que en lugar de establecer el diagnóstico en términos del prototipicidad categorial de presencia o ausencia, se hiciera un continuo desde lo nada prototípico porque no se presente ningún rasgo del trastorno hasta lo prototípico total: ausencia de trastorno, indicios (1 o 2 rasgos), por debajo del umbral, trastorno presente, presente alto, pleno. Y se debería dar una puntuación para cada uno de los 11 trastornos en ese continuo, de forma que con ello se pudiera decidir sobre cuestiones tales como si es necesario ingresar al paciente, que tipo de tratamientos ofrecer, cuál sería el pronóstico, etcétera. Éste tipo de propuesta no sólo no eliminaría la posibilidad de utilizar una terminología uniforme, característica de los sistemas categoriales, sino que además permitiría describir de forma más adecuada en qué medida tiene cada paciente un trastorno. Con este procedimiento no se resuelven los problemas conceptuales de fondo ni los problemas aparejados con la fiabilidad. El segundo de los núcleos de críticas y motivo de baja fiabilidad de los diagnósticos de los trastornos de personalidad con los sistemas categoriales se refería a la carencia de consistencia interna para las categorías de trastorno de personalidad. No está muy claro cuáles fueron los criterios que condujeron al grupo de expertos que diseñó el DSM-III a establecer que existían tres (y no más) conglomerados de trastornos de personalidad, y cuáles los trastornos pertenecían a cada gran categoría. Se ha observado la existencia de importantes redundancias de síntomas entre distintos trastornos de personalidad. Sólo eliminando las redundancias se conseguirían diagnósticos claros sobre la base de prototipos claros o patrones específicos para cada trastorno. Además de esta solapación intracategoría de trastornos de personalidad, algunos teóricos han denunciado la falta de independencia entre los ejes I y II PORQUE algunos síntomas se presentan al haber en ambos ejes. Finalmente, la última crítica proviene de los mismos rasgos a mentir, ya que alguna de las pruebas a partir de las cuales establecen los diagnósticos piden sólo aspectos muy concretos del trastorno, pero no acerca de malestar subjetivo consigo mismo. Widiger crítica la ausencia de medidas de conductas adaptativas para establecer un diagnóstico de trastorno de personalidad. Según este autor, deberían evaluarse tanto aspectos funcionales adaptativos como un adaptativos en función del contexto en que vive el paciente. Los propios críticos proponen alternativas. Y así, desde modelo de los big five se pretende reemplazar el sistema categorial del DSM-III-R utilizando cuestionario NEO-PI de Costa y McCrae. La estrategia consiste en evaluar personas con o sin diagnóstico de trastorno psiquiátrico (sea de personalidad o mental) y analizar las

relaciones de los cinco rasgos con el diagnóstico o con los rasgos que componen cada diagnóstico: Neuroticismo, extroversión, cordialidad, minuciosidad o escrupulosidad y apertura.

11

El factor que parece tener un patrón más estable a nivel de población normal y psiquiátrica, así como con las distintas pruebas, es neuroticismo. Parece clara la relación positiva entre la inestabilidad emocional y los

trastornos límite, dependiente y obsesivo-compulsivo, pero en unos casos se acompaña de una relación negativa

con el trastorno narcisista y en otros positiva. En el caso de la extraversión, las relaciones que se mantienen para

los cinco grupos tienen que ver con los trastornos esquizoide y de evitación, en ambos casos con signo negativo. El

factor de cordialidad sólo mantiene relaciones similares con el trastorno paranoide, mientras que la

minuciosidad-escrupulosidad lo hace con la personalidad antisocial, en ambos casos con relaciones negativas.

Finalmente, el factor de apertura no mantiene relaciones claras con ninguno de los trastornos a través de los

cinco trabajos. Esto significa entonces que no parece, a la vista de estos datos, que realmente tenga mucho que

aportar este sistema dimensional para el estudio de los trastornos de personalidad.

En líneas generales, las ventajas que parecen tener los sistemas dimensionales frente a los categoriales a la

hora de establecer diagnósticos de trastornos de personalidad son:

a) Se resuelven los dilemas clasificatorios que se presentan los sistemas actuariales al utilizar estos últimos

en criterios de experto del clínico para establecer el diagnóstico de un paciente. Los sistemas

multidimensionales dicen aportar datos empíricos a partir de los cuales se establece cuando es un trastorno

y cuando es otro.

b) La cantidad de información que se poseería del paciente cubriría un rango más amplio de características,

puesto que no se restringiría su conocimiento a los síntomas más típicos de cada diagnóstico categorial.

c) Los sistemas dimensionales permite una mayor flexibilidad, puesto que aquellos que prefieran la utilización

de dicotomías podrían utilizar puntos de corte en cada una de las dimensiones, frente a aquellos otros

clínicos o investigadores que prefieran utilizar todo el continuo sin establecer claramente donde acaba y

dónde empieza la anormalidad.