

Trastornos de la personalidad

Este capítulo comienza con una definición general del trastorno de la personalidad que se aplica para cada uno de los diez trastornos de la personalidad específicos. Un *trastorno de la personalidad* es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro.

Al adentrarse en un proceso de revisión, y en especial en uno de esta complejidad, emergen diferentes puntos de vista, por lo que se ha hecho un gran esfuerzo para darles cabida. Por tanto, los trastornos de la personalidad están incluidos en las secciones II y III. El material en la Sección II representa una actualización del texto asociado con los mismos criterios que se encuentran en el DSM-IV-TR, mientras que la Sección III incluye el modelo de investigación propuesto para el diagnóstico de trastorno de la personalidad y la conceptualización desarrollada por el Grupo de trabajo sobre la personalidad y los trastornos de la personalidad del DSM-5. Tal y como evoluciona este campo, se espera que ambas versiones sirvan tanto en la práctica clínica como para las iniciativas de investigación, respectivamente.

En este capítulo se incluyen los siguientes trastornos de la personalidad:

- El **trastorno de la personalidad paranoide**, que es un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas.
- El **trastorno de la personalidad esquizoide**, que es un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional.
- El **trastorno de la personalidad esquizotípica**, que es un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento.
- El **trastorno de la personalidad antisocial**, que es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- El **trastorno de la personalidad límite**, que es un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.
- El **trastorno de la personalidad histriónica**, que es un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas.
- El **trastorno de la personalidad narcisista**, que es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- El **trastorno de la personalidad evitativa**, que es un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- El **trastorno de la personalidad dependiente**, que es un patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado.
- El **trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva**, que es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
- El **cambio de la personalidad debido a otra afección médica**, que es un trastorno de la personalidad persistente que se sospecha que es debido a los efectos fisiológicos directos de una afección médica (p. ej., una lesión del lóbulo frontal).
- **Otro trastorno de la personalidad especificado y trastorno de la personalidad no especificado** se agrupan en una categoría que se compone de dos situaciones: 1) un patrón de la personalidad del individuo que cumple los criterios de un trastorno de la personalidad y que presenta rasgos de varios trastornos de la personalidad, pero que no cumple los criterios para ningún trastorno

específico de la personalidad, o 2) un patrón de la personalidad que cumple los criterios generales para un trastorno de la personalidad, aunque se considera que la persona tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación del DSM-5 (p. ej., el trastorno de la personalidad pasiva-agresiva).

Los trastornos de la personalidad se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas. El grupo A está compuesto por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos. El grupo B se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Las personas de este *cluster* se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas. El grupo C aglutina los trastornos de la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos. Cabe señalar que este sistema de clasificación, aunque es útil en algunos contextos de investigación y docentes, tiene serias limitaciones y no ha sido validado de forma consistente.

Por otra parte, las personas con frecuencia se presentan con trastornos de la personalidad concomitantes de diferentes grupos. Las estimaciones de la prevalencia de los distintos grupos indican un 5,7 % para los trastornos del grupo A, un 1,5 % para los trastornos del grupo B, un 6,0 % para los trastornos del grupo C, y un 9,1 % para cualquier trastorno de la personalidad, lo que muestra una frecuente coincidencia de los trastornos de los distintos *clusters*. Los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional 2001-2002 sobre el alcohol y las afecciones relacionadas apuntan que aproximadamente el 15 % de los adultos estadounidenses tiene, al menos, un trastorno de la personalidad.

Modelos dimensionales de los trastornos de la personalidad

El enfoque diagnóstico utilizado en este manual representa la perspectiva categorial de que los trastornos de la personalidad son síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una alternativa al enfoque categórico es la perspectiva dimensional que considera los trastornos de la personalidad como variaciones desadaptativas de los rasgos de la personalidad, que se mezclan imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos. Véase la Sección III para una descripción completa de un modelo tridimensional de los trastornos de la personalidad. Los grupos de trastornos de la personalidad del DSM-IV (es decir, raro-excéntrico, dramático-emocional y ansioso-temeroso) también se pueden ver como dimensiones que representan los espectros de disfunción de la personalidad en un continuo con otros trastornos mentales. Los modelos dimensionales alternativos tienen mucho en común, y en conjunto cubren las áreas importantes de la disfunción de la personalidad. Se están investigando de manera activa su integración, su utilidad clínica y la relación con las categorías de diagnóstico del trastorno de la personalidad y diversos aspectos de la disfunción de la personalidad.

Trastorno general de la personalidad

Criterios

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:
 - 1. Cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
 - 2. Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional).
 - 3. Funcionamiento interpersonal.
 - 4. Control de los impulsos.
- B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes.

- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana.
 - E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
 - F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o de otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico).
-

Características diagnósticas

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. Tan sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional o malestar subjetivo significativo, constituyen un trastorno de la personalidad. La característica esencial de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: la cognición, la afectividad, el funcionamiento interpersonal o el control de los impulsos (Criterio A). Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio B) y provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta, al menos, a la adolescencia o a la edad adulta temprana (Criterio D). El patrón no se explica mejor como una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (Criterio E) y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento, la exposición a una toxina) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneoencefálico) (Criterio F). También se proporcionan los criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad que se incluyen en este capítulo.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de funcionamiento del individuo a largo plazo, y las características particulares de la personalidad deben ser evidentes en la edad adulta temprana. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también se deben distinguir de las características que surgen en respuesta a los factores de estrés situacionales específicos o a los estados mentales transitorios (p. ej., el trastorno bipolar, la depresión o los trastornos de ansiedad, la intoxicación por sustancias). El clínico debe valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones. Aunque a veces es suficiente una sola sesión con el individuo para realizar el diagnóstico, a menudo es necesario llevar a cabo más de una entrevista y dejar pasar un tiempo entre las exploraciones. La evaluación también puede ser complicada por el hecho de que el individuo no considera problemáticas las características que definen un trastorno de la personalidad (los rasgos son a menudo egosintónicos). Para ayudar a superar esta dificultad, puede ser útil obtener una información complementaria de otros informantes.

Desarrollo y curso

Las características de un trastorno de la personalidad por lo general se vuelven reconocibles durante la adolescencia o la vida adulta. Por definición, un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de modos de pensar, sentir y comportarse que es relativamente estable en el tiempo. Algunos tipos de trastornos de la personalidad (en particular los trastornos de la personalidad antisocial y límite) tienden a ser menos evidentes o remiten con la edad, mientras que esto parece ser menos cierto para algunos otros tipos (p. ej., los trastornos de la personalidad obsesivo-compulsiva y esquizotípica).

Las categorías de trastorno de la personalidad se pueden aplicar a niños o adolescentes en casos excepcionales en los que los rasgos desadaptativos de la personalidad son especialmente dominantes, persistentes, y es improbable que se limiten a un momento particular del desarrollo o a la presencia de otro trastorno mental. Debe tenerse en cuenta que los rasgos del trastorno de personalidad que aparecen en la infancia persistirán probablemente sin cambios durante la vida adulta. Para diagnosticar en un individuo menor de 18 años un trastorno de la personalidad deberían aparecer las características durante al menos un año. La única excepción a esto es el trastorno de la personalidad anti-

social, que no se puede diagnosticar en las personas menores de 18 años. Aunque, por definición, un trastorno de la personalidad requiere un inicio anterior a la edad adulta, muchas personas no son objeto de atención clínica hasta relativamente tarde. Un trastorno de la personalidad puede agravarse tras la pérdida de personas que prestan un apoyo importante (p. ej., un cónyuge) o de situaciones sociales que previamente eran estabilizadoras (p. ej., un puesto de trabajo). Sin embargo, el desarrollo de un cambio en la personalidad en la adultez media o posteriormente debería ser objeto de una minuciosa evaluación para determinar la posible presencia de un cambio de personalidad debido a alguna afección médica o a un trastorno por consumo de sustancias no identificado.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los juicios sobre el funcionamiento de la personalidad deben tener en cuenta la etnia y el origen cultural y social del individuo. Los trastornos de la personalidad no se deben confundir con los problemas relacionados con la aculturación tras la inmigración o con la expresión de los hábitos, las costumbres o los valores religiosos y políticos que se profesen en la cultura originaria del individuo. Es útil para los clínicos, sobre todo en la evaluación de las personas con una procedencia diferente, obtener datos adicionales de informantes que estén familiarizados con las peculiaridades culturales de la persona.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Ciertos trastornos de la personalidad (p. ej., el trastorno de personalidad antisocial) se diagnostican más frecuentemente en los hombres. Otros (p. ej., los trastornos de la personalidad límite, histriónica y dependiente) se diagnostican con mayor frecuencia en las mujeres. Aunque estas diferencias en la prevalencia probablemente reflejan diferencias de género reales en la aparición de tales patrones, los clínicos deben ser cautelosos y no sobrediagnosticar o infradiagnosticar ciertos trastornos de la personalidad en las mujeres o en los hombres debido a los estereotipos sociales que condicionan los roles típicos de género y los comportamientos.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales y rasgos de personalidad. Muchos de los criterios específicos de los trastornos de la personalidad describen las características (p. ej., la suspicacia, la dependencia, la insensibilidad) que también son propias de los episodios de otros trastornos mentales. Un trastorno de la personalidad sólo se debería diagnosticar cuando las características que lo definen hayan aparecido antes de la adultez temprana, cuando éstas sean típicas del funcionamiento del individuo a largo plazo y cuando no se produzcan exclusivamente durante un episodio de otro trastorno mental. La discriminación entre los trastornos de la personalidad y los trastornos mentales persistentes, como el trastorno depresivo persistente (distimia), cuyo inicio es temprano y cursa de manera relativamente estable y perdurable, puede ser particularmente difícil (y no especialmente útil). Algunos trastornos de la personalidad mantienen una relación en "espectro" con otros trastornos mentales (p. ej., el trastorno de la personalidad esquizotípica y la esquizofrenia; el trastorno de la personalidad evitativa y el trastorno de ansiedad social [fobia social]) que están basados en las similitudes fenomenológicas o biológicas, o en la agregación familiar.

Los trastornos de la personalidad deben distinguirse de los rasgos de personalidad que no llegan al umbral de un trastorno de la personalidad. Los rasgos de personalidad se diagnostican como trastorno sólo cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y además causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Trastornos psicóticos. Para los tres trastornos de la personalidad que pueden estar relacionados con los trastornos psicóticos (esto es, paranoide, esquizoide y esquizotípica), constituye un criterio de exclusión que el patrón de comportamiento haya ocurrido exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, de un trastorno bipolar o depresivo con rasgos psicóticos o de otro trastorno psicótico. Cuando un individuo sufre un trastorno mental persistente (p. ej., esquizofrenia), precedido de un trastorno de la personalidad preexistente, también se debería anotar el trastorno de la personalidad, seguido de "previo" entre paréntesis.

Trastornos ansiosos y depresivos. El clínico debe tener cuidado en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad que se presentan durante un episodio de un trastorno depresivo o de ansiedad,

puesto que ambos cuadros tienen características sintomáticas transversales que mimetizan rasgos de la personalidad. Este hecho supone una dificultad añadida en la evaluación retrospectiva y a largo plazo de los patrones de funcionamiento del individuo.

Trastorno de estrés postraumático. Cuando los cambios de personalidad surgen y persisten después de una exposición del individuo a un estresor extremo, se debería considerar un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

Trastornos por consumo de sustancias. Cuando una persona tiene un trastorno por consumo de sustancias, es fundamental no hacer un diagnóstico de trastorno de la personalidad basado únicamente en los comportamientos que son consecuencia de la intoxicación o la abstinencia de sustancias, o que están asociados con las actividades relacionadas con el consumo y la obtención de las sustancias (p. ej., el comportamiento antisocial).

Cambio de personalidad debido a otra afección médica. Cuando aparecen cambios en la personalidad como resultado de los efectos fisiológicos de otra afección médica (p. ej., un tumor cerebral), se debería considerar un diagnóstico de Cambio de la personalidad debido a otra afección médica.

Trastornos de la personalidad: Grupo A

Trastorno de la personalidad paranoide

Criterios diagnósticos

301.0 (F60.0)

- A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:
1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
 2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.
 3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
 4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
 5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).
 6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
 7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá "previo", es decir, trastorno de la personalidad paranoide (previo).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad paranoide es un patrón de suspicacia generalizada y de desconfianza hacia los demás de manera que sus motivos se interpretan como malévolos. Este patrón comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

<= Ir a la Clasificación

Los individuos con este trastorno suponen que otras personas les explotan, dañan o engañan, incluso aunque no exista ninguna evidencia que apoye esta creencia (Criterio A1). Sospechan sin ninguna base o con poca evidencia que otras personas están conspirando contra ellos y que pueden atacarles repentinamente, en cualquier momento y sin razón. A menudo sienten que han sido profunda e irreversiblemente dañados por otra u otras personas, aun cuando no existe una evidencia objetiva de ello. Están preocupados por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de sus amigos y socios, cuyas acciones examinan minuciosamente para descubrir sus intenciones hostiles (Criterio A2). Cualquier transgresión de la honradez o la lealtad que perciban sirve para apoyar sus presunciones ocultas. Se sorprenden de tal manera cuando un amigo o un socio muestran lealtad, que no pueden confiar o creer en que sea verdad. Si se meten en problemas, esperan que los amigos y los socios les ataquen o les ignoren.

Los individuos con trastorno de la personalidad paranoide son reacios a confiar o a mantener una relación cercana con los demás porque temen que la información que comparten vaya a ser usada en su contra (Criterio A3). Pueden negarse a contestar preguntas personales, diciendo que la información no es "asunto de nadie". Ellos ven significados ocultos que son degradantes y amenazantes en comentarios o acontecimientos benignos (Criterio A4). Por ejemplo, un individuo con este trastorno puede malinterpretar un error honesto de un empleado de una tienda como un intento deliberado de engaño, o pueden percibir un comentario gracioso informal de un compañero de trabajo como un ataque de carácter grave. Los elogios a menudo son mal interpretados (p. ej., un cumplido sobre una nueva adquisición se malinterpreta como una crítica de egoísmo; un cumplido acerca de un logro se malinterpreta como un intento de coacción para obtener un mayor y mejor rendimiento). Pueden percibir un ofrecimiento de ayuda como una crítica de que no lo están haciendo suficientemente bien por sí solos.

Los individuos con este trastorno constante tienen rencores y no están dispuestos a perdonar los insultos, las lesiones o los desprecios que creen haber recibido (Criterio A5). Incluso los pequeños desprecios despiertan gran hostilidad, y los sentimientos hostiles perduran durante mucho tiempo. Debido a que están constantemente pendientes de las malas intenciones de los demás, sienten muy a menudo que se ataca su carácter o su reputación o que se les ha menospreciado de alguna manera. Son rápidos para contraatacar y reaccionan con ira a los insultos que reciben (Criterio A6). Los individuos con este trastorno pueden ser celosos de manera patológica y suelen sospechar que su cónyuge o su pareja sexual le es infiel sin una justificación adecuada (Criterio A7). Pueden reunir "evidencias" triviales y circunstanciales para apoyar sus creencias celóticas. Además, quieren mantener un control completo de las relaciones íntimas para evitar ser traicionado, y cuestionan y desafían constantemente el paradero, las acciones, las intenciones y la fidelidad de su cónyuge o pareja.

No se debería diagnosticar trastorno de la personalidad paranoide si el patrón de comportamiento se produce exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con síntomas psicóticos, u otro trastorno psicótico, o si es atribuible a los efectos fisiológicos de una afección neurológica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal) o médica (Criterio B).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de la personalidad paranoide son generalmente difíciles de llevar y con frecuencia tienen problemas en sus relaciones cercanas. Su suspicacia y hostilidad excesivas se pueden expresar discutiéndolo todo abiertamente, mediante quejas recurrentes o con una actitud distante y aparentemente hostil. Debido a que están hipervigilantes en busca de amenazas potenciales, pueden actuar de una manera cautelosa, secreta o maliciosa y parece que son "fríos" y faltos de sentimientos de ternura. A pesar de que puede parecer que son objetivos, racionales y no emocionales, muestran más a menudo un espectro de afectos lábiles, en los que predominan las expresiones hostiles, obstinadas y sarcásticas. Su carácter combativo y suspicaz puede provocar una respuesta hostil en los demás que, a su vez, sirve para confirmar sus expectativas originales.

Debido a que las personas con trastorno de la personalidad paranoide carecen de confianza en los demás, tienen una necesidad excesiva de ser autosuficientes y un fuerte sentido de la autonomía.

También tienen que tener un alto grado de control sobre su entorno. Suelen ser rígidos, no son capaces de colaborar y se muestran hipercríticos con los demás, a pesar de que ellos mismos tienen grandes dificultades para aceptar las críticas. Pueden culpar a los demás de sus propios defectos. Debido a su rapidez para el contraataque respondiendo a las amenazas que perciben a su alrededor, pueden ser litigiosos y con frecuencia se involucran en disputas legales. Los individuos con este trastorno buscan confirmar sus nociones negativas preconcebidas con respecto a las personas o las situaciones que encuentran, atribuyendo motivaciones malévolas a los demás que son proyecciones de sus propios miedos. Suelen tener fantasías ocultas grandiosas y poco realistas. A menudo están en sintonía con aspectos del poder y del rango y tienden a desarrollar estereotipos negativos de los demás, en particular de los grupos de población distintos del propio. Atraídos por las formulaciones simplistas del mundo, a menudo son cautelosos ante las situaciones ambiguas. Se les puede percibir como “fanáticos” y pueden adherirse firmemente a “cultos” o a grupos de otras personas que comparten su sistema de creencias paranoide.

En particular, en respuesta al estrés, las personas con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves (con una duración de minutos a horas). En algunos casos, el trastorno de la personalidad paranoide puede aparecer como el antecedente previo del trastorno delirante o de la esquizofrenia. Los individuos con trastorno de la personalidad paranoide pueden desarrollar un trastorno depresivo mayor y tienen un riesgo aumentado de padecer agorafobia y trastorno obsesivo-compulsivo. Son frecuentes los trastornos por alcohol y otras sustancias. Los trastornos de la personalidad concomitantes más comunes son el esquizotípico, el esquizoide, el narcisista, el evitativo y el límite.

Prevalencia

Una estimación de la prevalencia tomada de una submuestra probabilística de la Parte II de la *National Comorbidity Survey Replication* indica que existe un 2,3 % de personas con personalidad paranoide, mientras que los datos de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* señalan un 4,4 % de personas con un trastorno de la personalidad paranoide.

Desarrollo y curso

El trastorno de la personalidad paranoide puede ser evidente desde la infancia y la adolescencia, con soledad, escasas relaciones con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento en la escuela, hipersensibilidad, pensamientos y lenguaje peculiares, y fantasías idiosincrásicas. Estos niños suelen parecer “extraños” o “excéntricos”, y son objeto de burlas. En las muestras clínicas, este trastorno se diagnostica en los hombres con más frecuencia.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Existe cierta evidencia de un aumento de la prevalencia de este trastorno en los familiares de los probandos con esquizofrenia, sobre todo en aquellos con relación familiar con el trastorno delirante de tipo persecutorio.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Algunos comportamientos, que se ven influidos por los contextos socioculturales o por las circunstancias específicas de la vida, pueden ser erróneamente etiquetados como paranoides e incluso confirmados por el propio proceso de evaluación clínica. Los miembros de los grupos minoritarios, los inmigrantes, los refugiados políticos y económicos, o las personas de diferentes orígenes étnicos pueden mostrar comportamientos cautelosos o defensivos debidos a la falta de familiaridad (p. ej., la barrera del idioma o la falta de conocimiento de las normas y reglamentos) o como respuesta al abandono que perciben o a la indiferencia de la mayoría de la sociedad. Estos comportamientos pueden, a su vez, generar ira y frustración en quienes se ocupan de estas personas, estableciendo así un círculo vicioso de desconfianza mutua, que no debe confundirse con el trastorno de la personalidad paranoide. Algunos grupos étnicos también muestran comportamientos culturalmente relacionados que pueden ser malinterpretados como paranoides.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales con síntomas psicóticos. El trastorno de la personalidad paranoide se debe distinguir del trastorno delirante de tipo persecutorio, de la esquizofrenia, y de un trastorno bipolar o trastorno depresivo con rasgos psicóticos, en que estos trastornos se caracterizan por un período de síntomas psicóticos persistente (p. ej., delirios y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad paranoide, éste debería haber aparecido antes de la presencia de los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos ya estén en remisión. Cuando un individuo tiene otro trastorno mental persistente (p. ej., una esquizofrenia) precedido por el trastorno de la personalidad paranoide, se debe codificar también el trastorno de la personalidad paranoide seguido de “previo” entre paréntesis.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que aparecen son atribuibles a los efectos directos de la afección médica sobre el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. Se deben discriminar los síntomas del trastorno de personalidad de aquellos que se pueden desarrollar en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Rasgos paranoides asociados con minusvalías físicas. El trastorno también se debe distinguir de los rasgos paranoides asociados con el desarrollo de discapacidades físicas (p. ej., una discapacidad auditiva).

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen con los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, además de para el trastorno de la personalidad paranoide, pueden diagnosticarse todos. El trastorno de la personalidad paranoide y el trastorno de la personalidad esquizotípica comparten los rasgos de suspicacia, el distanciamiento interpersonal y la ideación paranoide, pero el trastorno de la personalidad esquizotípica también implica síntomas tales como el pensamiento mágico, las experiencias perceptivas inusuales, y el pensamiento y el habla extraños. Los individuos con comportamientos que cumplen los criterios del trastorno de la personalidad esquizoide a menudo son percibidos como extraños, excéntricos, fríos y distantes, pero por lo general no tienen una ideación paranoide destacada. La tendencia de los individuos con trastorno de la personalidad paranoide a reaccionar a los estímulos de menor importancia con ira se ve también en los trastornos de la personalidad límite e histriónica. Sin embargo, estos trastornos no están asociados necesariamente con una suspicacia generalizada. Las personas con trastorno de la personalidad evitativa también son reacias a confiar en los demás, pero más por temor a ser humillados o a no estar a la altura que por temor a la mala intención de los demás. Aunque puede aparecer comportamiento antisocial en algunos individuos con trastorno de la personalidad paranoide, éste no está motivado por un deseo de obtener beneficios personales o de explotar a los demás, sino que es más atribuible a un deseo de venganza. Los individuos con un trastorno de la personalidad narcisista pueden mostrar ocasionalmente desconfianza, aislamiento social o alienación, pero éstos se derivarían principalmente del temor a que se descubriesen sus imperfecciones o defectos. Por otra parte, los rasgos paranoides pueden ser adaptativos, especialmente en los entornos amenazantes.

El trastorno de la personalidad paranoide debe ser diagnosticado sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Trastorno de la personalidad esquizoide

Criterios diagnósticos

301.20 (F60.1)

- A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
 2. Casi siempre elige actividades solitarias.
 3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
 4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
 5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
 7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.
- Nota:** Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo”, es decir, trastorno de la personalidad esquizoide (previo).
-

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad esquizoide es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de expresión de las emociones en situaciones interpersonales. Este patrón comienza en la edad adulta y aparece en una variedad de contextos.

Las personas con trastorno de la personalidad esquizoide carecen de un deseo de intimidad, se muestran indiferentes a las oportunidades de desarrollar relaciones cercanas, y no obtienen gran satisfacción de ser parte de una familia u otro grupo social (Criterio A1). Prefieren pasar el tiempo solos en lugar de estar con otras personas. A menudo están socialmente aislados o son “solitarios” y casi siempre eligen actividades o aficiones individuales que no implican la interacción con los demás (Criterio A2). Prefieren tareas mecánicas o abstractas, como los ordenadores o los juegos matemáticos. Pueden tener muy poco interés en tener experiencias sexuales con otra persona (Criterio A3) y disfrutan de pocas o de ninguna actividad (Criterio A4). Suelen obtener una experiencia reducida de placer sensorial, corporal o interpersonal de actividades como caminar por una playa al atardecer o mantener relaciones sexuales. Estos individuos no tienen amigos cercanos o confidentes, con la posible excepción de un familiar de primer grado (Criterio A5).

Las personas con trastorno de la personalidad esquizoide a menudo parecen indiferentes a la aprobación o la crítica de los demás y no suelen preocuparse por lo que los demás puedan pensar de ellos (Criterio A6). Pueden ser ajenos a las sutilezas normales de la interacción social y con frecuencia no responden adecuadamente a las señales sociales, por lo que parecen ineptos sociales o superficiales y ensimismados. Por lo general, presentan un exterior “insulso”, sin reactividad emocional visible y raramente corresponden con gestos o expresiones faciales, como las sonrisas o los asentimientos (Criterio A7). Afirman que rara vez experimentan emociones fuertes como la ira y la alegría. A menudo presentan una constricción afectiva, y parecen fríos y distantes. Sin embargo, en circunstancias muy excepcionales en las que estas personas se sienten cómodas y se sinceran, pueden reconocer que tienen sentimientos dolorosos, sobre todo relacionados con las interacciones sociales.

No se debería diagnosticar trastorno de la personalidad esquizoide si el patrón de comportamiento se produce exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con síntomas psicóticos, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista, o si es atribuible a los efectos fisiológicos de una afección neurológica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal) o médica (Criterio B).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas con trastorno de la personalidad esquizoide pueden tener especial dificultad para expresar la ira, incluso en respuesta a la provocación directa, lo que contribuye a la impresión de que les

falta la emoción. A veces parece que sus vidas carecen de dirección y puede parecer que van “a la deriva” en cuanto a sus objetivos y metas. Estos individuos suelen reaccionar de forma pasiva a las circunstancias adversas y tienen dificultades para responder adecuadamente a los acontecimientos importantes de la vida. Debido a su falta de habilidades sociales y a la falta de deseo de experiencias sexuales, las personas con este trastorno tienen pocas amistades, tienen citas con poca frecuencia, y a menudo no se casan. El funcionamiento ocupacional puede verse afectado, sobre todo si se requiere la participación interpersonal, pero los individuos con este trastorno pueden hacerlo bien cuando trabajan en condiciones de aislamiento social. En particular, en respuesta al estrés, las personas con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos breves (con una duración de minutos a horas). En algunos casos, el trastorno esquizoide de la personalidad puede aparecer como el antecedente previo del trastorno delirante o de la esquizofrenia. Las personas con este trastorno a veces pueden desarrollar un trastorno depresivo mayor. Este trastorno coincide con mayor frecuencia con los trastornos de la personalidad esquizotípica, paranoide y evitativa.

Prevalencia

El trastorno de la personalidad esquizoide es poco frecuente en los entornos clínicos. Una estimación de la prevalencia de personalidad esquizoide basado en una submuestra probabilística de la Parte II de la *National Comorbidity Survey Replication* sugiere una tasa del 4,9 %. Los datos de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* del 2001-2002 indican un 3,1 %.

Desarrollo y curso

El trastorno de la personalidad esquizoide puede ser evidente desde la infancia y la adolescencia, con soledad, relaciones escasas con los compañeros y bajo rendimiento en la escuela, que convierten a estos niños o adolescentes en “diferentes” y proclives a ser objeto de burlas.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad esquizoide presenta una prevalencia más elevada en los familiares de las personas con esquizofrenia o con trastorno de la personalidad esquizotípica.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los individuos de diversos orígenes culturales a veces exhiben comportamientos defensivos y estilos interpersonales que pueden ser erróneamente etiquetados como “esquizoides”. Por ejemplo, los que se han trasladado desde las zonas rurales a entornos metropolitanos pueden reaccionar con la “congelación emocional”, que puede durar varios meses y manifestarse mediante la realización de actividades solitarias, un afecto constreñido y otros déficits en la comunicación. Los inmigrantes de otros países a veces se perciben erróneamente como fríos, hostiles o indiferentes.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de la personalidad esquizoide se diagnostica con mayor frecuencia en los hombres y puede causar más deterioro en ellos.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales con síntomas psicóticos. El trastorno de la personalidad esquizoide se debería distinguir del trastorno delirante, la esquizofrenia, y del trastorno bipolar o del trastorno depresivo con características psicóticas, porque estos trastornos se caracterizan por un período de síntomas psicóticos persistente (p. ej., delirios y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad esquizoide, éste debería haberse presentado antes de la aparición de los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos estén en remisión. Cuando un

individuo tiene otro trastorno mental persistente (p. ej., esquizofrenia) precedido por el trastorno de la personalidad paranoide, se debe codificar también el trastorno de la personalidad esquizoide seguido de “previo” entre paréntesis.

Trastorno del espectro autista. Puede haber grandes dificultades para diferenciar los individuos con trastorno de la personalidad esquizoide de aquellos con formas más leves de trastorno del espectro autista, que presentan un deterioro más grave de la interacción social y comportamientos e intereses estereotipados.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que emergen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica en el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad esquizoide también debe distinguirse de los síntomas que se pueden desarrollar en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno de la personalidad esquizoide porque tienen ciertas características en común. Es, por lo tanto, importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios de uno o más trastornos de personalidad, pueden diagnosticarse todos. Aunque las características de aislamiento social y afectividad restringida son comunes a los trastornos de la personalidad esquizoide, esquizotípica y paranoide, el trastorno de la personalidad esquizoide se puede distinguir del esquizotípico por la falta de distorsiones cognitivas y de percepción, y del paranoide por la falta de suspicacia e ideación paranoide. El aislamiento social del trastorno de la personalidad esquizoide se puede distinguir del evitativo en que éste último presenta temor a ser humillado o no estar a la altura, con una anticipación excesiva al rechazo. En contraste, las personas con trastorno de la personalidad esquizoide tienen un mayor distanciamiento y un deseo limitado de intimidad social. Los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva también pueden mostrar un desprendimiento social evidente derivado de la devoción por el trabajo y el malestar con las emociones, pero tienen una capacidad subyacente para la intimidad.

Los individuos que son “solitarios” pueden mostrar rasgos de personalidad que podrían ser considerados esquizoides. Pero sólo cuando estos rasgos son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad esquizoide.

Trastorno de la personalidad esquizotípica

Criterios diagnósticos

301.22 (F21)

- A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:
1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
 2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
 3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
 4. Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).
 5. Susplicacia o ideas paranoides.

6. Afecto inapropiado o limitado.
 7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
 8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista.

Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo”, es decir, trastorno de la personalidad esquizotípica (previo).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad esquizotípica es un patrón general de déficits sociales e interpersonales marcados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones cercanas, así como la presencia de distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Este patrón comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con trastorno de la personalidad esquizotípica suelen tener ideas de referencia (los incidentes casuales y los acontecimientos externos se interpretan incorrectamente como si tuvieran un significado inusual y particular específicamente para esa persona) (Criterio A1). Éstas se deben distinguir de los delirios de referencia, en los que las creencias se sostienen con una convicción delirante. Estos individuos pueden ser supersticiosos o estar preocupado por los fenómenos paranormales que están fuera de las normas de su subcultura (Criterio A2). Pueden sentir que tienen poderes especiales para percibir los acontecimientos antes de que ocurran o para leer los pensamientos de los demás. Pueden creer que tienen un control mágico sobre los demás, que se puede poner en marcha de una forma directa (p. ej., creer que su cónyuge saca al perro a dar un paseo como resultado directo del pensamiento que tuvo una hora antes acerca de sacar al perro) o indirecta, mediante el cumplimiento de rituales mágicos (p. ej., caminar más allá de un objeto específico en tres ocasiones para evitar un hecho perjudicial). Pueden aparecer alteraciones perceptivas (p. ej., sentir que otra persona está presente u oír una voz murmurando su nombre) (Criterio A3). Su discurso puede contar con una expresión o una construcción inusuales e idiosincrásicas. Éste es a menudo impreciso, divagante o vago, pero sin un descarrilamiento real o incoherencia (Criterio A4). Las respuestas pueden ser excesivamente concretas o abstractas, y las palabras o conceptos se aplican a veces de maneras inusuales (p. ej., el individuo puede afirmar que él o ella no era “habladizo” en el trabajo).

Los individuos con este trastorno suelen ser suspicaces y pueden tener ideación paranoide (p. ej., la creencia de que sus compañeros de trabajo tienen la intención de socavar su reputación con el jefe) (Criterio A5). Por lo general no son capaces de manejar la gama completa de afectos y habilidades interpersonales necesarias para las relaciones exitosas, y por lo tanto a menudo parecen interactuar con otros de una manera inapropiada, rígida o constreñida (Criterio A6). Estos individuos a menudo son considerados como raros o excéntricos por sus gestos inusuales, por una manera descuidada de vestir que no acaba de “encajar” y por su falta de atención a las convenciones sociales habituales (p. ej., es posible que el individuo evite el contacto visual, use ropa que está manchada de tinta y que no le sienta bien, y no gaste bromas ni comparta el humor de los compañeros de trabajo) (Criterio A7).

Los individuos con trastorno de la personalidad esquizotípica experimentan la intimidad interpersonal como problemática y se sienten incómodos en relación con otras personas. A pesar de que pueden expresar descontento acerca de su falta de relaciones, su comportamiento sugiere una disminución del deseo de los contactos íntimos. Como resultado de ello, por lo general no tienen amigos cercanos o confidentes que no sean un pariente de primer grado (Criterio A8). Están ansiosos en las situaciones sociales, particularmente aquellas que involucran personas desconocidas (Criterio A9). Interactúan con otras personas cuando tienen que hacerlo, pero prefieren mantenerse apartados porque sienten que son diferentes y simplemente no “encajan”. Su ansiedad social no disminuye con

facilidad, incluso cuando pasan más tiempo en ese entorno o se familiarizan y conocen más a las otras personas, puesto que esa ansiedad suele estar asociada con suspicacia respecto a las motivaciones de los demás. Por ejemplo, cuando asiste a una cena, la persona con trastorno de la personalidad esquizotípica no estará más relajada a medida que pasa el tiempo, sino que puede llegar a estar cada vez más tensa y desconfiada.

El trastorno de la personalidad esquizotípica no debería diagnosticarse si el patrón de comportamiento se produce exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista (Criterio B).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de la personalidad esquizotípica suelen buscar tratamiento para los síntomas asociados de ansiedad o depresión y no por las características del trastorno de la personalidad en sí mismo. Específicamente, las personas con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos transitorios en respuesta al estrés (con una duración de minutos a horas), aunque por lo general la duración es insuficiente para justificar un diagnóstico adicional, como el trastorno psicótico breve o el trastorno esquizofreniforme. En algunos casos, los síntomas psicóticos que son clínicamente significativos pueden desarrollar los criterios que se relacionan con el diagnóstico de trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o esquizofrenia. Más de la mitad puede tener antecedentes de, al menos, un episodio de depresión mayor.

Del 30 al 50 % de las personas diagnosticadas con este trastorno tiene un diagnóstico simultáneo de trastorno depresivo mayor durante su internamiento en un entorno clínico. Existe una considerable coincidencia con los trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide, evitativa y límite.

Prevalencia

Estudios de población general indican unas tasas de trastorno de la personalidad esquizotípica de entre el 0,6 % en las muestras noruegas hasta el 4,6 % en una muestra comunitaria de Estados Unidos. La prevalencia del trastorno en las poblaciones clínicas parece ser poco frecuente (0-1,9 %), con un prevalencia estimada más elevada en la población general (3,9 %) según el *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*.

Desarrollo y curso

El trastorno de la personalidad esquizotípica tiene un curso relativamente estable, con sólo una pequeña proporción de las personas que desarrolla una esquizofrenia u otro trastorno psicótico. El trastorno de la personalidad esquizotípica puede hacerse evidente, en la infancia y la adolescencia, con soledad, pobres relaciones con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento en la escuela, hipersensibilidad, pensamientos y lenguaje peculiares y fantasías estafalarias. Pueden ser tachados de “extraños” o “excéntricos” y ser objeto de burlas.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad esquizotípica tiene agregación familiar y es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de los individuos con esquizofrenia que en la población general. También puede haber un aumento modesto de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos entre los familiares de los probandos con trastorno de la personalidad esquizotípica.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las distorsiones cognitivas y perceptivas se deben evaluar en el contexto del entorno cultural del individuo. Las características generalizadas y determinadas culturalmente, en particular las relativas a las creencias y los rituales religiosos, pueden parecer esquizotípicas para el forastero no informado (p. ej., el vudú, el don de lenguas, la vida más allá de la muerte, el chamanismo, la lectura de la mente, el sexto sentido, el mal de ojo, las creencias mágicas relacionadas con la salud y la afección).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de la personalidad esquizotípica es algo más frecuente en los hombres.

Diagnóstico diferencial

Otro trastorno mental con síntomas psicóticos. El trastorno de la personalidad esquizotípica se debería distinguir del trastorno delirante, la esquizofrenia y del trastorno bipolar o el trastorno depresivo con características psicóticas, porque estos trastornos se caracterizan por un período de síntomas psicóticos persistente (p. ej., delirios y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad esquizotípica, éste debería haber aparecido antes de comenzar los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos ya estén en remisión. Cuando un individuo tiene otro trastorno mental persistente (p. ej., esquizofrenia) precedido por el trastorno de la personalidad esquizotípica, se debe codificar también el trastorno de la personalidad esquizotípica seguido de “previo” entre paréntesis.

Trastornos del neurodesarrollo. Puede haber grandes dificultades para diferenciar los niños con trastorno de la personalidad esquizotípica del grupo heterogéneo de niños solitarios, extraños con un comportamiento caracterizado por un acentuado aislamiento social, la excentricidad o las peculiaridades del lenguaje, cuyos diagnósticos probablemente incluirían las formas más leves de trastorno del espectro autista o los trastornos de la comunicación y del lenguaje. Los trastornos de la comunicación pueden diferenciarse por la primacía y la gravedad del trastorno en el lenguaje y por los rasgos característicos de la alteración del lenguaje que se detectan en una evaluación especializada. Las formas más leves del trastorno del espectro autista se diferencian por una mayor falta de sensibilidad social y de reciprocidad emocional, y por las conductas e intereses estereotipados.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que emergen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica en el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad esquizotípica también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar relacionados con el consumo persistente de sustancias.

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad tienen ciertas características en común con el trastorno de la personalidad esquizotípica. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en sus rasgos característicos diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene las características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, se pueden diagnosticar todos. Aunque los trastornos de la personalidad paranoide y esquizoide se caracterizan por el distanciamiento social y el afecto constreñido, el trastorno de la personalidad esquizotípica se puede distinguir de estos dos diagnósticos por la presencia de distorsiones cognitivas o perceptivas y por la excentricidad o la rareza acentuadas. Las relaciones cercanas están limitadas tanto en el trastorno de la personalidad esquizotípica como en el trastorno de la personalidad evitativa; sin embargo, en el trastorno evitativo existe un deseo activo de relaciones que se frena por el miedo al rechazo, mientras que en el trastorno de la personalidad esquizotípica existe una falta de deseo de relacionarse y un desapego persistente. Los individuos con trastorno de la personalidad narcisista también pueden mostrar desconfianza, aislamiento social o alienación, pero estas cualidades se derivan principalmente de su miedo a que queden al descubierto sus imperfecciones o defectos. Las personas con trastorno de la personalidad límite también pueden presentar síntomas de tipo psicótico transitorios, pero por lo general están más estrechamente relacionados con los cambios afectivos como consecuencia del estrés (p. ej., la ira intensa, la ansiedad, la decepción) y son, por lo general, disociativos (p. ej., la desrealización, la despersonalización). En contraste, los individuos con trastorno de la personalidad esquizotípica tienen más tendencia a padecer síntomas de tipo psicótico persistentes que pueden empeorar ante el estrés, pero que no están asociados invariablemente con síntomas afectivos acusados. Aunque en el trastorno de la personalidad límite puede aparecer el aisla-

miento social, éste es generalmente secundario a los fracasos interpersonales repetidos debidos a los ataques de ira y a los cambios en el estado de ánimo frecuentes, más que a una persistente falta de contactos sociales y de deseo de intimidad. Por otra parte, las personas con trastorno de la personalidad esquizotípica no suelen mostrar las conductas impulsivas o de manipulación típicas del individuo con el trastorno de la personalidad límite. Sin embargo, hay una alta tasa de coincidencia entre los dos trastornos, por lo que hacer tales distinciones no siempre es factible. Los rasgos esquizotípicos durante la adolescencia pueden ser el reflejo de la confusión emocional transitoria, en lugar de un trastorno de la personalidad perdurable.

Trastornos de la personalidad: Grupo B

Trastorno de la personalidad antisocial

Criterios diagnósticos

301.7 (F60.2)

- A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos:
 1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
 2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
 3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
 4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
 5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
 6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
 7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
- B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
- C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad antisocial es un patrón general de desprecio y de violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o en la adolescencia temprana y que continúa en la edad adulta. Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno de la personalidad disocial. Debido a que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno, puede ser especialmente útil integrar la información adquirida en la evaluación clínica sistemática con la información recogida de fuentes adicionales.

Para realizar este diagnóstico, el individuo debe tener al menos 18 años de edad (Criterio B) y debe haber tenido antecedentes de algunos síntomas de trastorno de conducta antes de los 15 años (Criterio C). El trastorno de conducta implica un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en que se violan los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales apropiadas para su edad. Los comportamientos específicos característicos del trastorno de conducta se agrupan en estas cuatro categorías: la agresión a personas y animales, la destrucción de la propiedad, los fraudes o los hurtos, o la violación grave de las normas.

<= Ir a la Clasificación

El patrón de comportamiento antisocial continúa hasta la edad adulta. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial no se ajustan a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal (Criterio A1). Pueden perpetrar reiteradamente actos que son motivo de detención (aunque no se les llegue a detener), como destruir una propiedad, el hostigamiento o el acoso a otras personas, robar o involucrarse en actividades ilegales. Las personas con este trastorno desprecian los deseos, derechos o sentimientos de los demás. Frecuentemente son mentirosos y manipuladores con el fin de sacar provecho personal o por placer (p. ej., para obtener dinero, sexo o poder) (Criterio A2). Pueden mentir repetidamente, utilizar un pseudónimo, estafar a otros o simular una afección. El patrón de impulsividad se manifiesta por la incapacidad para planificar el futuro (Criterio A3). Las decisiones se toman irreflexivamente según el momento, sin premeditación y sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás, lo que puede dar lugar a cambios súbitos de puestos de trabajo, residencia o relaciones. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial tienden a ser irritables y agresivos, y pueden involucrarse en peleas o cometer actos de violencia física (incluyendo el maltrato a la pareja o a los hijos) (Criterio A4). (Este criterio no se refiere a los actos agresivos que se realizan en defensa propia o de otra persona.) Estos individuos también muestran despreocupación e imprudencia ante su seguridad o la de los demás (Criterio A5). Esto se refleja en su comportamiento al conducir (el exceso de velocidad recurrente, conducir en estado de ebriedad, accidentes múltiples). Pueden realizar actividades de alto riesgo con consecuencias muy dañinas, como mantener relaciones sexuales sin protección o consumir sustancias. Pueden ser negligentes en el cuidado de los hijos, de tal manera que les pueden exponer a situaciones peligrosas.

Por lo general, tienden a ser extremadamente irresponsables (Criterio A6). Este grado tan elevado de irresponsabilidad se evidencia, en el contexto laboral, en que permanecen largos períodos de tiempo desempleados a pesar de contar con puestos de trabajo disponibles, o por el abandono de varios empleos sin un plan realista para conseguir otro trabajo. También puede haber un patrón de absentismo que no se explica por una afección propia o de un familiar. La falta de responsabilidad económica se refleja en actos tales como el impago de las deudas o en que no cubren habitualmente las necesidades básicas de los hijos o de otras personas a su cargo. Asimismo, las personas con trastorno de la personalidad antisocial muestran poco o ningún remordimiento por las consecuencias de sus actos (Criterio A7). Pueden ser indiferentes o justificar de manera superficial los daños, el maltrato o los robos a las personas (p. ej., “la vida es dura”, “los perdedores merecen perder”). Estas personas pueden culpar a las víctimas de ser ingenuas, de estar desvalidas o de merecer su destino (p. ej., “se lo merecía de todos modos” o “de todas formas le hubiese ocurrido”). Pueden minimizar los efectos dañinos de sus actos o simplemente pueden manifestar indiferencia. En general, no compensan o reparan las consecuencias de su comportamiento. Creen que todo el mundo está para “ayudar al número uno” y que uno no se debe detener ante nada para evitar que lo zarandeén. El comportamiento antisocial no debe aparecer exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o del trastorno bipolar (Criterio D).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial con frecuencia carecen de empatía y tienden a ser crueles, cínicos y despectivos con los sentimientos, derechos y sufrimientos de los demás. Pueden tener una concepción de sí mismos elevada y mostrarse arrogantes (p. ej., pensar que el trabajo ordinario no está a su altura, o no tener una preocupación realista acerca de sus problemas actuales o de su futuro), y pueden ser excesivamente obstinados, seguros de sí mismos o engreídos. Además, desprenden un encanto simplista y superficial, con una capacidad verbal voluble y artificiosa (p. ej., el uso de términos técnicos o de una jerga que podría impresionar a alguien que no esté familiarizado con el tema). La falta de empatía, la concepción de sí mismo elevada y el encanto superficial son características que han sido frecuentemente incluidas en la definición tradicional de la psicopatía, y pueden ser particularmente distintivas del trastorno y predictivas de la reincidencia criminal en prisión o en el ámbito forense, en donde los actos delictivos o agresivos tienden a ser inespecíficos. Estos individuos también pueden ser irresponsables y explotadores en sus relaciones sexuales y de pareja. Suelen tener antecedentes de muchas parejas sexuales y nunca

han mantenido una relación monógama. Esta irresponsabilidad se extiende a su rol como padres, tal y como se evidencia por la malnutrición o las afecciones resultantes de la falta de una higiene mínima con sus hijos, por la dependencia y la delegación del cuidado en los vecinos o familiares que no residen en el hogar, por no ocuparse de que haya un cuidador para el niño pequeño cuando el individuo está fuera de casa, o por el despilfarro reiterado del dinero que se necesita para las necesidades del hogar. Estas personas pueden ser expulsadas de las fuerzas armadas, no ser autosuficientes, se empobrecen o incluso se quedan sin hogar y pasan muchos años en instituciones penitenciarias. Las personas con trastorno antisocial de personalidad tienen mayor tendencia a morir prematuramente por medios violentos que las personas de la población general (p. ej., suicidio, accidentes, homicidios).

También pueden experimentar disforia, con quejas de estrés, incapacidad para tolerar el aburrimiento y depresión. Pueden haber desarrollado trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos por consumo de sustancias, juego patológico, trastorno de somatización y trastornos del control de los impulsos. También suelen tener características de personalidad que cumplen con los criterios de otros trastornos de la personalidad, sobre todo de la personalidad límite, histriónica y narcisista. La probabilidad de desarrollar el trastorno de personalidad antisocial en la vida adulta se incrementa cuando se inició en la infancia (antes de la edad de 10 años) un trastorno de conducta y un trastorno de déficit de atención comórbidos. El abuso o la negligencia infantil, la paternidad inestable o irregular o la disciplina parental inconsistente aumentan la probabilidad de que el trastorno de conducta se convierta en un trastorno de la personalidad antisocial.

Prevalencia

Las tasas de prevalencia del trastorno de personalidad antisocial a los doce meses, según los criterios del anterior DSM, son del 0,2 y del 3,3 %. La prevalencia más alta del trastorno de la personalidad antisocial (superior al 70 %) se encuentra entre la mayoría de las muestras de varones con trastorno por consumo de alcohol grave y en las muestras extraídas de las clínicas de tratamiento de abuso de sustancias, de los centros penitenciarios o del ámbito forense. La prevalencia es mayor en las muestras afectadas por factores como la adversidad socioeconómica (esto es, la pobreza) o la sociocultural (esto es, la emigración).

Desarrollo y curso

El trastorno de la personalidad antisocial tiene un curso crónico, pero se puede tornar menos evidente o remitir con la edad, sobre todo hacia la cuarta década de la vida. Aunque esta remisión tiende a ser particularmente evidente en lo que respecta a la implicación en actos delictivos, no es probable que se mitiguen los otros rasgos del espectro de los comportamientos antisociales y del consumo de sustancias. Por definición, la personalidad antisocial no puede ser diagnosticada antes de los 18 años.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad antisocial es más común entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con el trastorno que en la población general. El riesgo para los familiares biológicos de las mujeres con el trastorno tiende a ser mayor que el riesgo de los familiares biológicos de los hombres con el trastorno. Los parientes biológicos de los individuos con este trastorno también tienen un mayor riesgo de trastorno de síntomas somáticos y de consumo de sustancias. En una familia con algún miembro con trastorno de la personalidad antisocial, los varones suelen desarrollar más a menudo este trastorno y algún trastorno por consumo de sustancias, mientras que las mujeres padecen más frecuentemente un trastorno de síntomas somáticos. Sin embargo, en tales familias hay un aumento de la prevalencia de todos estos trastornos, tanto en los hombres como en las mujeres, en comparación con la población general. Los estudios de adopción indican que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen al riesgo de desarrollar un trastorno de la personalidad antisocial. Tanto los hijos biológicos como los

adoptados de padres con el trastorno de la personalidad antisocial tienen un mayor riesgo de desarrollar este trastorno, un trastorno de síntomas somáticos y un trastorno por consumo de sustancias. Los niños dados en adopción se parecen más a sus padres biológicos que a sus padres adoptivos, pero el ambiente de la familia adoptiva influye en el riesgo de desarrollar un trastorno de la personalidad y la psicopatología relacionada.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El trastorno de la personalidad antisocial parece estar asociado con un nivel socioeconómico bajo y con los entornos urbanos. Preocupa que ocasionalmente el diagnóstico se pueda aplicar incorrectamente a personas de ámbitos en los que la conducta aparentemente antisocial podría ser parte de una estrategia de supervivencia y de protección. En la evaluación de los rasgos antisociales, sería útil para el clínico considerar el contexto social y económico en el que se producen los comportamientos.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de la personalidad antisocial es mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres. Existen ciertas dudas acerca de que el trastorno de la personalidad antisocial pueda estar infradiagnosticado en las mujeres, sobre todo a causa del énfasis en los elementos agresivos en la definición del trastorno de conducta.

Diagnóstico diferencial

El trastorno de la personalidad antisocial no se puede diagnosticar a las personas menores de 18 años y se realiza sólo si hay antecedentes de algunos síntomas de trastorno de conducta antes de los 15 años. En las personas mayores de 18 años, se puede diagnosticar el trastorno de conducta sólo si no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Trastornos por consumo de sustancias. Cuando el comportamiento antisocial en un adulto se asocia con un trastorno por consumo de sustancias, no se realizará el diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial salvo que exista evidencia de que éste estuviera presente en la infancia y de que haya continuado en la edad adulta. Cuando el consumo de sustancias y el comportamiento antisocial hayan comenzado en la infancia o la adolescencia y continúen en la edad adulta, se deberían diagnosticar ambos trastornos si se cumplen los criterios para los dos, aunque algunos actos antisociales se hayan producido a consecuencia del trastorno por consumo de sustancias (p. ej., la venta ilegal de drogas, los robos para obtener dinero para las drogas).

Esquizofrenia y trastornos bipolares. La conducta antisocial, que se produce exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o un trastorno bipolar, no se debe diagnosticar como un trastorno de la personalidad antisocial.

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el antisocial, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, deben diagnosticarse todos. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial y trastorno de la personalidad narcisista comparten la tendencia a ser obstinados, simplistas, superficiales, explotadores y carentes de empatía. Sin embargo, el trastorno de personalidad narcisista no posee características de impulsividad, agresividad y engaño. Además, las personas con trastorno de la personalidad antisocial pueden no tener tanta necesidad de admiración y envidia de los demás. Las personas con trastorno de la personalidad narcisista, por lo general, carecen de antecedentes de trastornos de conducta en la infancia o de comportamiento delictivo en la edad adulta. Los individuos con trastornos de la personalidad antisocial e histriónica comparten una tendencia a ser impulsivos, superficiales,

buscadores de sensaciones, imprudentes, seductores y manipuladores, pero las personas con trastorno de la personalidad histriónica tienden a ser más exageradas en sus emociones y no participan en los comportamientos antisociales de manera característica. Los individuos con trastornos de la personalidad histriónica y límite manipulan para obtener cuidado y protección, mientras que aquellos con trastorno de la personalidad antisocial manipulan para obtener beneficios, poder o alguna otra gratificación material. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial tienden a ser menos inestables emocionalmente y más agresivos que aquellos con trastorno de la personalidad límite. Aunque puede aparecer comportamiento antisocial en algunos individuos con trastorno de la personalidad paranoide, éste no suele estar motivado por el deseo de obtener beneficios personales o para explotar a los demás como en el trastorno de la personalidad antisocial, sino que es más bien atribuible a un deseo de venganza.

Comportamiento criminal no asociado con un trastorno de personalidad. El trastorno de la personalidad antisocial debe distinguirse del comportamiento criminal, cuyo objetivo se centra en obtener algún beneficio, pero no se acompaña de rasgos de la personalidad característicos de este trastorno. Sólo cuando los rasgos de la personalidad antisocial son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y causan un deterioro significativo funcional o un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad antisocial.

Trastorno de la personalidad límite

Criterios diagnósticos

301.83 (F60.3)

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Aspectos diagnósticos

La característica esencial del trastorno de la personalidad límite es un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

Las personas con trastorno de la personalidad límite hacen esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado (Criterio 1). La percepción de la inminente separación o rechazo o la pérdida de la estructura externa pueden dar lugar a profundos cambios en la autoimagen, el afecto, la cognición y el comportamiento. Estos individuos son muy sensibles a las circunstancias ambientales, experimentan un miedo intenso al abandono e ira inapropiada incluso cuando se enfrentan con una separación real de tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes (p. ej., desesperación repentina como reacción a un clínico que indica que finaliza la consulta, pánico o ira cuando alguien importante para ellos llega con unos minutos de retraso o debe cancelar una cita). Pueden creer que este "abandono" implica que son "malos". Estos temores de abandono están relacionados con una intolerancia a la soledad y la necesidad de

tener otras personas con ellos. Sus esfuerzos frenéticos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como la autolesión o los comportamientos suicidas, que se describen por separado en el Criterio 5.

Las personas con este trastorno tienen un patrón de relaciones inestables e intensas (Criterio 2). Pueden idealizar a los cuidadores o a los amantes potenciales en la primera o segunda cita, exigir pasar mucho tiempo juntos y compartir los detalles más íntimos de una relación demasiado pronto. Sin embargo, pueden cambiar rápidamente de idealizar a devaluar a las personas, y sentir que a la otra persona no le importa demasiado, no le da lo suficiente, o “no está” para ella el tiempo necesario. Estas personas pueden comprender y cuidar a los demás, pero sólo con la expectativa de que esa persona “esté ahí” para cubrir sus propias necesidades cuando se lo pida. Estos individuos son propensos a los cambios repentinos y dramáticos en su visión de los demás que, alternativamente, pueden considerarse su mejor apoyo o un castigador cruel. Estos cambios suelen reflejar la desilusión con un cuidador cuyas cualidades de crianza se han idealizado o cuyo rechazo o abandono se espera.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una autoimagen o un sentido de sí mismo inestables de una forma acusada y persistente (Criterio 3). Hay cambios repentinos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por metas, valores y aspiraciones profesionales cambiantes. Puede haber modificaciones repentinas de las opiniones y proyectos acerca de la profesión, la identidad sexual, los valores y los tipos de amigos. Estos individuos pueden variar repentinamente y asumir desde el papel de una persona necesitada que suplica ayuda, hasta el de una persona vengadora dispuesta a resarcirse por los malos tratos sufridos. Aunque, por lo general, tienen una autoimagen mala o dañina, las personas con este trastorno a veces tienen la sensación de que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el individuo siente la falta de una relación significativa, de cuidados y de apoyo. Suelen obtener un peor rendimiento en las situaciones no estructuradas en el trabajo o la escuela.

Los individuos con trastorno de la personalidad límite exhiben impulsividad en, al menos, dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismos (Criterio 4). Pueden jugar patológicamente, gastar dinero de manera irresponsable, darse atracones de comida, consumir sustancias de abuso, mantener relaciones sexuales sin protección o conducir temerariamente. Las personas con este trastorno suelen presentar comportamientos, gestos o amenazas suicidas recurrentes, además de conductas autolesivas (Criterio 5). El suicidio consumado se produce en el 8-10 % de estos individuos, y son habituales los actos de autolesión (p. ej., los cortes o las quemaduras), y las amenazas y los intentos de suicidio. La tendencia suicida recurrente suele ser la razón para que estas personas acudan a recibir ayuda. Estos actos autodestructivos frecuentemente se precipitan por las amenazas de separación o de rechazo o por las expectativas de que el individuo asuma una mayor responsabilidad. Durante las experiencias disociativas puede aparecer la automutilación y a menudo ésta implica un alivio, porque reafirma su capacidad de sentir o de expiar el sentimiento de culpa por ser una persona mala o despreciable.

Las personas con trastorno de la personalidad límite demuestran una inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas, y rara vez más de unos días) (Criterio 6). El estado de ánimo disfórico habitual de las personas con este trastorno a menudo se ve interrumpido por períodos de ira, pánico o desesperación y rara vez se alivian con momentos de bienestar o satisfacción. Estos episodios pueden reflejar la reactividad extrema del individuo ante estresores interpersonales. Las personas con trastorno de la personalidad límite suelen quejarse de sentimientos crónicos de vacío (Criterio 7). También se aburren fácilmente y pueden buscar algo que hacer constantemente. Además, expresan de manera inapropiada e intensa la ira y tienen gran dificultad para controlarla (Criterio 8). Suelen manifestarse muy sarcásticamente, con resentimientos duraderos y explosiones verbales. Sienten ira a menudo provocada cuando perciben que un cuidador o amante es negligente, distante, indiferente o que tiene intención de abandonarles. Tales expresiones de ira desembocan en sentimientos de vergüenza y culpa, que a su vez contribuyen a reforzar el pensamiento de que son malos. Durante los períodos de estrés extremo, pueden aparecer ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización) (Criterio 9), pero generalmente son de gravedad o duración insuficientes como para justificar un diagnóstico adicional. Estos episodios ocurren con mayor frecuencia como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser transitorios y duran minutos u horas. El retorno real o percibido de los cuidados de la persona significativa puede hacer que remitan los síntomas.

Aspectos asociados que apoyan el diagnóstico

Las personas con trastorno de la personalidad límite pueden mostrar un patrón en el que se boicotean a sí mismas cuando están a punto de alcanzar una meta (p. ej., abandonan la facultad justo antes de graduarse, empeoran gravemente después de haber tratado en la consulta los progresos en la terapia, rompen una buena relación cuando es evidente que la relación puede durar). Algunos individuos desarrollan síntomas de tipo psicótico (p. ej., alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de referencia, fenómenos hipnagógicos) durante los momentos de estrés. Los individuos con este trastorno pueden sentirse más seguros con los objetos de transición (es decir, un animal doméstico o una posesión inanimada) que en las relaciones interpersonales. Puede producirse la muerte prematura por suicidio, especialmente en aquellas personas con trastornos comórbidos depresivos o de consumo de sustancias. Puede haber discapacidad física como resultado de las conductas de abuso autoinfligidas o de los intentos fallidos de suicidio. También son frecuentes la pérdida de empleo recurrente, la interrupción de la educación y la separación o el divorcio. El abuso físico y sexual, el abandono, los conflictos hostiles y la pérdida prematura de los padres son frecuentes entre los antecedentes infantiles de las personas con trastorno de la personalidad límite. Los trastornos coexistentes más frecuentes son los trastornos depresivos y bipolares, los trastornos de consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia nerviosa), el trastorno de estrés post-traumático y el trastorno por déficit de atención. También aparece de manera comórbida con otros trastornos de la personalidad.

Prevalencia

Se estima en un 1,6 % la prevalencia del trastorno de la personalidad límite, pero podría ser tan elevada como un 5,9 %. La prevalencia en la atención primaria es de alrededor del 6 %, del 10 % entre los individuos que acuden a los centros de salud mental, y del 20 % entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. La prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad.

Desarrollo y curso

Existe una considerable variabilidad en el curso del trastorno de la personalidad límite. El patrón más frecuente es una inestabilidad crónica en la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud y de salud mental. El deterioro de la afección y el riesgo de suicidio son mayores en los adultos jóvenes y disminuyen gradualmente con la edad. Las personas que acuden a intervención terapéutica muestran a menudo una mejoría en algún momento del primer año. De todos modos, la tendencia a experimentar emociones intensas, a actuar de forma impulsiva y a vivir las relaciones con gran intensidad suele perdurar toda la vida. Durante la década de los 30 y 40 años, la mayoría de las personas con este trastorno logra una mayor estabilidad en sus relaciones y funcionamiento profesional. Estudios longitudinales de seguimiento de los pacientes ambulatorios, tratados en centros de salud mental, indican que, después de unos 10 años, casi la mitad de las personas ya no tiene un patrón de comportamiento que cumpla con todos los criterios de trastorno de la personalidad límite.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad límite es aproximadamente cinco veces más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con el trastorno que en la población general. También hay un mayor riesgo familiar de trastornos por consumo de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad y trastornos depresivos o bipolares.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El patrón de comportamiento, visto en el trastorno de la personalidad límite, se ha identificado en múltiples contextos de todo el mundo. Los adolescentes y los adultos jóvenes con problemas de identidad (especialmente si van acompañados por el consumo de sustancias) pueden mostrar de forma

transitoria comportamientos que engañosamente dan la impresión de un trastorno de la personalidad límite. Tales situaciones se caracterizan por la inestabilidad emocional, los dilemas “existenciales”, la incertidumbre, las elecciones que provocan ansiedad, los conflictos sobre la orientación sexual y las presiones sociales contrapuestas para decidir sobre el futuro vocacional.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de la personalidad límite se diagnostica de forma predominante en las mujeres (aproximadamente un 75 %).

Diagnóstico diferencial

Trastornos depresivos y bipolares. El trastorno de la personalidad límite a menudo se presenta junto con trastornos depresivos o bipolares. Cuando se cumplen los criterios para ambos, pueden diagnosticarse los dos. Debido a que la presentación del trastorno de la personalidad límite puede ser transversalmente similar a un episodio de un trastorno depresivo o bipolar, el clínico debe evitar dar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad límite basándose sólo en los hechos actuales, sin haberse documentado acerca de si el patrón de comportamiento tuvo un inicio temprano y un curso de larga evolución.

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden ser confundidos con el límite, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse todos. Aunque el trastorno de la personalidad histriónica también se caracteriza por la búsqueda de atención, la conducta manipuladora y el cambio rápido de las emociones, el trastorno de la personalidad límite se distingue por la autodestructividad, los arrebatos coléricos en las relaciones íntimas y los sentimientos crónicos de profundo vacío y soledad. Puede haber ideas o ilusiones paranoides tanto en el trastorno de la personalidad límite como en el esquizotípico, pero estos síntomas en el trastorno de la personalidad límite son más transitorios, reactivos interpersonalmente y se modifican ante la estructuración externa. Aunque los trastornos de la personalidad paranoide y narcisista también se caracterizan por una airada reacción a los estímulos de menor importancia, la relativa estabilidad de la propia imagen, así como la falta de autodestrucción, la impulsividad y las preocupaciones de abandono las distinguen del trastorno de la personalidad límite. Aunque el trastorno de la personalidad antisocial y el trastorno de la personalidad límite se caracterizan por una conducta manipuladora, las personas con trastorno de la personalidad antisocial manipulan para obtener beneficios, poder o alguna gratificación material, mientras que el objetivo del trastorno de la personalidad límite se dirige más a captar el interés de los cuidadores. Tanto el trastorno de la personalidad dependiente como el trastorno de la personalidad límite se caracterizan por el miedo al abandono; sin embargo, la persona con trastorno de la personalidad límite reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia, y exigencias, mientras que el individuo con trastorno de la personalidad dependiente reacciona con un aumento del apaciguamiento y la sumisión, y busca con urgencia una relación de sustitución que le proporcione cuidados y apoyo. El trastorno de la personalidad límite aún se puede distinguir del tipo dependiente por el patrón típico de relaciones inestables e intensas.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que emergen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica sobre el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad límite también se debe distinguir de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias.

Problemas de identidad. El trastorno de la personalidad límite se debe distinguir de un problema de identidad, en que este último se focaliza en las preocupaciones de identidad relacionadas con una fase del desarrollo.

Trastorno de la personalidad histriónica

Criterios diagnósticos

301.50 (F60.4)

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad histriónica es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón comienza en la edad adulta y aparece en una diversidad de contextos.

Las personas con trastorno de la personalidad histriónica están incómodas o se sienten poco apreciadas cuando no son el centro de atención (Criterio 1). A menudo se muestran alegres y teatrales y tienden a llamar la atención sobre sí mismas, e inicialmente pueden seducir o maravillar a las nuevas amistades por su entusiasmo, su aparente apertura o su coquetería. Estas cualidades se desvanecen pronto, puesto que continuamente demandan ser el centro de atención. Ellos se apropian del papel de "alma de la fiesta". Si ellos no son el centro de atención, pueden hacer algo teatral (p. ej., inventar historias o "montar un numerito") para dirigir el foco de atención sobre sí mismos. Esta necesidad es a menudo evidente en su comportamiento ante el clínico (p. ej., son halagadores, llevan regalos, proporcionan descripciones teatrales de los síntomas físicos y psicológicos y los van sustituyendo por otros nuevos en cada visita).

El aspecto y el comportamiento de los individuos con este trastorno suelen ser inapropiados y sexualmente provocativos o seductores (Criterio 2). Este comportamiento no sólo se dirige hacia las personas en las que el individuo tiene un interés sexual o romántico, sino que también se produce en una amplia variedad de relaciones sociales, laborales y profesionales que superan lo que sería apropiado en su contexto social. La expresión emocional puede ser superficial y rápidamente cambiante (Criterio 3). Los individuos con este trastorno utilizan constantemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismos (Criterio 4). Están tremendamente preocupados por impresionar a los demás con su aspecto y emplean una cantidad excesiva de tiempo, energía y dinero en ropa y arreglo personal. Pueden ir "cazando cumplidos" respecto a su apariencia, y se pueden mostrar excesivamente molestos fácilmente por un comentario crítico acerca de su aspecto o por una fotografía que consideran poco favorecedora.

Estas personas tienen un estilo de discurso que es excesivamente impresionista y carente de detalle (Criterio 5). Las opiniones se expresan con un toque dramático, pero las razones y argumentos subyacentes suelen ser vagos y difusos, sin apoyar los hechos y detalles. Por ejemplo, un individuo con trastorno de la personalidad histriónica puede comentar que cierta persona es un ser humano maravilloso; sin embargo, será incapaz de proporcionar ejemplos concretos de buenas cualidades para apoyar esta opinión. Los individuos con este trastorno se caracterizan por el autodramatismo, la teatralidad y una expresión exagerada de la emoción (Criterio 6). Pueden avergonzarse a sus amigos y conocidos al realizar exhibiciones públicas exageradas de las emociones (p. ej., abrazando conocidos casuales con ardor excesivo, sollozando incontrolablemente en

ocasiones sentimentales triviales o cogiendo berrinches y pataletas). Sin embargo, sus emociones a menudo aparecen y desaparecen demasiado rápido como para darse cuenta, lo que puede llevar a los demás a acusarles de falsificar estos sentimientos.

Las personas con trastorno de la personalidad histriónica tienen un alto grado de sugestionabilidad (Criterio 7). Sus opiniones y sentimientos son fácilmente influenciados por los demás y por las modas actuales. Pueden ser demasiado confiados, especialmente en las figuras fuertes de autoridad, a quienes ven como la solución a sus problemas por arte de magia. Manifiestan una tendencia a tener corazonadas y a adoptar creencias rápidamente. Las personas con este trastorno consideran a menudo las relaciones más íntimas de lo que realmente son, por lo que describen a casi todos los conocidos como “cariño” o “querido amigo”, o se refieren a los terapeutas, a los que han visitados una o dos veces por causas profesionales, por sus nombres de pila (Criterio 8).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas con trastorno de la personalidad histriónica pueden tener dificultades para lograr intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales. Sin ser conscientes de ello, a menudo desempeñan un papel (p. ej., “víctima” o “princesa”) en sus relaciones con los demás. Por un lado, pueden tratar de controlar a su pareja a través de la manipulación emocional o la seducción, mientras que por el otro, muestran una marcada dependencia de ellos. Los individuos con este trastorno a menudo tienen relaciones deficientes con los amigos del mismo sexo porque su estilo interpersonal de provocación sexual puede ser una amenaza para las parejas de sus amigos. Estos individuos también alejan a los amigos con las demandas de atención constante. A menudo se deprimen y molestan cuando no son el centro de atención. Desean la novedad, la estimulación y la excitación, y tienen una tendencia a aburrirse con su rutina habitual. Estos individuos son a menudo intolerantes, o están frustrados por las situaciones que implican una gratificación diferida, y sus acciones se dirigen a menudo a la obtención de una satisfacción inmediata. Aunque a menudo inician un trabajo o un proyecto con gran entusiasmo, su interés puede desaparecer rápidamente. Pueden descuidar y romper sus relaciones duraderas para dar paso a la emoción de nuevas relaciones. El riesgo real de suicidio no se conoce, pero la experiencia clínica sugiere que los individuos con este trastorno tienen un mayor riesgo de gestos suicidas y de amenazas para llamar la atención y para forzar unos cuidados mejores. El trastorno de la personalidad histriónica se ha asociado con tasas más altas de trastorno de síntomas somáticos, de trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcional) y de trastorno depresivo mayor. Los trastornos de la personalidad dependiente, límite, narcisista y antisocial a menudo coinciden con el trastorno de la personalidad histriónica.

Prevalencia

Los datos obtenidos del *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* en 2001-2002 indican una prevalencia del trastorno del 1,84 %.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las normas de comportamiento interpersonal, la apariencia personal y la expresividad emocional varían ampliamente entre las culturas, géneros y grupos de edad. Antes de considerar los diversos rasgos (p. ej., la emotividad, la seducción, el estilo interpersonal teatral, la búsqueda de novedad, la sociabilidad, el encanto, la impresionabilidad, la tendencia a la somatización), es importante evaluar si causan deterioro o un malestar clínicamente significativo.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

En el ámbito clínico, este trastorno se ha diagnosticado más frecuentemente en las mujeres; sin embargo, la proporción por sexos no es significativamente diferente de la proporción de mujeres que hay en el contexto clínico. Por el contrario, algunos estudios que utilizan evaluaciones estructuradas han obtenido similares tasas de prevalencia entre hombres y mujeres.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el histriónico, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse todos. Aunque en el trastorno de la personalidad límite también puede haber búsqueda de atención, conductas manipuladoras y emociones que cambian rápidamente, el trastorno se distingue por la autodestructividad, los arrebatos coléricos en las relaciones íntimas y los sentimientos crónicos de vacío y profunda alteración de la identidad. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial y trastorno de la personalidad histriónica comparten la tendencia a ser impulsivos, superficiales, buscadores de excitación, a ser personas imprudentes, seductoras y manipuladoras, pero las personas con trastorno de la personalidad histriónica tienden a ser más exageradas en sus emociones y típicamente no se involucran en comportamientos antisociales. Las personas con trastorno de la personalidad histriónica son manipuladoras para obtener cuidados, mientras que aquellos con personalidad antisocial son manipuladores para obtener beneficios, poder o alguna otra gratificación material. Aunque los individuos con trastorno de personalidad narcisista también anhelan la atención de los demás y por lo general desean elogios por su "superioridad", los individuos con trastorno de la personalidad histriónica estarían dispuestos a que los viesen como personas frágiles o dependientes si esto fuera fundamental para llamar la atención. Los individuos con trastorno de la personalidad narcisista pueden exagerar la intimidad de sus relaciones con otras personas, pero tienen mayor tendencia a hacer hincapié en su estatus "elevado" o en la riqueza de sus amigos. En el trastorno de la personalidad dependiente, el individuo depende excesivamente y busca alabanza y orientación, pero sin los rasgos extravagantes, exagerados y emocionales de las personas con trastorno de la personalidad histriónica. Muchas personas pueden mostrar rasgos de personalidad histriónicos. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional o un malestar subjetivo significativo constituyen un trastorno de la personalidad histriónica.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que emergen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica sobre el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad histriónica también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias.

Trastorno de la personalidad narcisista

Criterios diagnósticos

301.81 (F60.81)

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.
3. Cree que es "especial" y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).

6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
 7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
 8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
 9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.
-

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de personalidad narcisista es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que se inicia en la edad adulta temprana y que está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con este trastorno tienen un sentido grandioso de su propia importancia (Criterio 1). Sobrestiman sistemáticamente sus capacidades e inflan sus logros de manera arrogante y pretenciosa. Suelen asumir que otros atribuyen el mismo valor a su esfuerzo y pueden sorprenderse si no reciben los elogios que esperan y sienten que merecen. De manera implícita, sus autoatribuciones exageradas acerca de sus propios logros subestiman (devalúan) las contribuciones de los demás. Las personas con trastorno de la personalidad narcisista suelen sumergirse en fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor ideal (Criterio 2). Cavilan sobre la admiración y los privilegios “desde hace mucho tiempo” y suelen compararse favorablemente con gente famosa o afortunada.

Los individuos con trastorno de la personalidad narcisista creen que son seres superiores, especiales o únicos y esperan que los demás les reconozcan como tales (Criterio 3). Sienten que sólo pueden ser entendidos por otras personas especiales o de alto estatus y que sólo deben relacionarse con ellas, y califican los talentos de esas personas como “únicos”, “inigualables” o “perfectos”. Los individuos con este trastorno creen que sus necesidades son especiales y están por encima del alcance de la gente ordinaria. Su autoestima se ve reforzada (“reflejada”) por el valor idealizado que asignan a aquellos con quienes se relacionan. Es probable que insistan en tratarse sólo con la persona “líder o mejor valorada” (doctor, abogado, peluquero, instructor personal) o miembro de las “mejores” instituciones, pero a la vez devalúan las credenciales y méritos de aquellas personas que les defraudan.

Los individuos con este trastorno generalmente exigen y necesitan una admiración excesiva (Criterio 4). Su autoestima es casi siempre muy frágil. Pueden estar preocupados por lo bien que lo están haciendo y porque los demás reconozcan su labor de forma favorable. Esto a menudo toma la forma de una necesidad de atención y admiración constantes. Suelen esperar que se les reciba “a bombo y platillo” y se asombran si los demás no codician sus posesiones. Buscan constantemente cumplidos y piropos, a menudo con un gran encanto. Muestran un sentido del derecho y unas expectativas poco razonables de que se les atienda con un trato especialmente favorable (Criterio 5). Esperan ser atendidos exclusivamente y están desconcertados o furiosos cuando esto no sucede. Por ejemplo, pueden asumir que ellos no tienen que esperar ni hacer cola, o que sus prioridades son tan importantes que los demás deberían dejar de hacer cualquier cosa para atenderles, por lo que se irritan cuando los demás no pueden asistir “al evento tan importante”. Este sentido del derecho, combinado con una falta de sensibilidad a los deseos y necesidades de los demás, puede conducir a la explotación consciente o inconsciente de las demás personas (Criterio 6). Esperan que se les dé lo que quieren o sienten que necesitan, sin importarles lo que suponga o conlleve para los demás. Por ejemplo, estos individuos esperan una gran dedicación de las demás personas y les exigen trabajar en exceso sin tener en cuenta el impacto que pueda ocasionar en sus vidas. Tienden a entablar amistades o relaciones románticas sólo si la otra persona puede hacerle avanzar en sus metas y objetivos, o mejorar su autoestima de otra manera. A menudo usurpan privilegios especiales y recursos adicionales que ellos creen que se merecen, ya que se creen tan especiales.

Los individuos con trastorno de la personalidad narcisista generalmente tienen falta de empatía y dificultades para reconocer los deseos, experiencias subjetivas y sentimientos de los demás (Criterio 7). Asumen que los demás deben estar totalmente preocupados por su bienestar y tienden a hablar de sus propias preocupaciones e intereses de una forma inapropiadamente larga y detallada, sin reconocer que los demás también tienen sentimientos y necesidades. Son a menudo despectivos e

impacientes con los demás cuando éstos les hablan de sus propios problemas y preocupaciones. Estas personas pueden ser ajenas al dolor que suscitan sus críticas (p. ej., pueden decirle a una expareja eufóricamente “ahora tengo la mejor relación de pareja de toda mi vida”, o jactarse de su buena salud frente a alguien que está enfermo). Cuando reconocen las necesidades, los deseos o los sentimientos de otras personas, los suelen ver con desprecio, como signos de debilidad o vulnerabilidad. Los que describen a las personas con trastorno de la personalidad narcisista les tildan emocionalmente de fríos y con falta de interés mutuo.

Estos individuos suelen ser envidiosos o creen que los demás les envidian (Criterio 8). Pueden envidiar los éxitos o posesiones de otras personas, y creen que ellos se merecen esos logros, admiración o privilegios. Devalúan duramente las aportaciones y el reconocimiento de los demás, particularmente cuando esas personas han recibido elogios por sus logros. Estas personas se caracterizan por mostrar comportamientos arrogantes, además de actitudes esnobes, desdenosas o paternalistas (Criterio 9). Por ejemplo, un individuo con este trastorno pueden quejarse de la “mala educación” o la “estupidez” de un camarero torpe o concluir una evaluación médica con una valoración condescendiente del propio médico.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Esta autoestima tan vulnerable hace que las personas con trastorno de la personalidad narcisista sean muy sensibles al “daño” de la crítica o la derrota. Aunque pueden no demostrarlo externamente, la crítica puede perseguir a estos individuos y hacerles sentir humillados, degradados, minados y vacíos. Pueden reaccionar con desdén, rabia o contraatacar de manera desafiante. Tales experiencias a menudo conducen a un retraimiento social o una apariencia de humildad que puede enmascarar y proteger la grandiosidad. Las relaciones interpersonales se ven afectadas por los problemas derivados de los derechos autopercebidos, de la necesidad de admiración y del desprecio con respecto a las sensibilidades e intereses de los demás. A pesar de que la ambición desmedida y la confianza pueden conllevar grandes logros, el rendimiento se puede ver afectado a causa de su intolerancia a la crítica o a la derrota. A veces el funcionamiento profesional puede ser muy bajo, lo que refleja una falta de voluntad para asumir riesgos en situaciones competitivas o de otro tipo en el que la derrota sea posible. Los sentimientos prolongados de vergüenza o humillación y la autocrítica asociada pueden estar relacionados con el aislamiento social, un estado de ánimo depresivo, y un trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno depresivo mayor. En contraste, los períodos mantenidos de grandiosidad pueden estar asociados a un estado de ánimo hipomaniaco. El trastorno de la personalidad narcisista también se relaciona con la anorexia nerviosa y los trastornos por consumo de sustancias (sobre todo los relacionados con la cocaína). Los trastornos de la personalidad histriónica, límite, antisocial y paranoide pueden ser comórbidos con el trastorno de la personalidad narcisista.

Prevalencia

Las estimaciones del trastorno de la personalidad narcisista, en base a las definiciones del DSM-IV, oscilan entre el 0 y el 6,2 % en las muestras de población general.

Desarrollo y curso

Los rasgos narcisistas pueden ser particularmente frecuentes en los adolescentes y no indican necesariamente que el individuo vaya a desarrollar un trastorno de la personalidad narcisista. Los individuos con este trastorno pueden tener dificultades especiales para adaptarse a la aparición de limitaciones físicas y ocupacionales que son inherentes al proceso de envejecimiento.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

De las personas diagnosticadas con trastorno de la personalidad narcisista, entre el 50 y el 75 % son varones.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el narcisista, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distin-

guir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse todos. La característica más útil para discriminar el trastorno de la personalidad narcisista de los trastornos de la personalidad histriónica, antisocial y límite es que sus estilos de interacción se caracterizan por la grandiosidad, la coquetería, la insensibilidad y la necesidad, respectivamente. La relativa estabilidad de la propia autoimagen, así como la falta de preocupaciones autodestructivas, de impulsividad y de miedo al abandono, lo distinguen del trastorno de la personalidad límite. El orgullo excesivo por los logros, la relativa falta de despliegue emocional y el desprecio por las preocupaciones de los demás ayudan a distinguirlo del trastorno de la personalidad histriónica. Aunque los individuos con trastornos de la personalidad límite, histriónica y narcisista pueden exigir mucha atención, las personas con trastorno de la personalidad narcisista tienen la necesidad específica de que esa atención venga acompañada de admiración. Los individuos con trastornos de la personalidad antisocial y narcisista comparten la tendencia a ser obstinados, simplistas, superficiales, explotadores y carentes de empatía. Sin embargo, las personas con trastorno de la personalidad narcisista no presentan necesariamente las características de impulsividad, agresividad y engaño. Además, las personas con trastorno de la personalidad antisocial no necesitan tanto la admiración ni manifiestan envidia de los demás. Por otra parte, las personas con trastorno de la personalidad narcisista generalmente carecen de antecedentes personales de trastorno de conducta en la niñez o de actos delictivos en la adultez. Por lo que respecta al trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, ambos cuadros se caracterizan por tener un compromiso con el perfeccionismo y por creer que los demás no pueden hacer las cosas tan bien. Pero contrariamente a la autocrítica que acompaña a las personas con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, las personas con trastorno de la personalidad narcisista tienen mayor tendencia a creer que han alcanzado la perfección. La desconfianza y el aislamiento social suelen distinguir a las personas con trastornos de la personalidad esquizotípica o paranoide de aquellos con trastorno de la personalidad narcisista. Cuando estas cualidades aparecen en los individuos con trastorno de la personalidad narcisista, se deben al temor a que se descubran sus imperfecciones o defectos.

Muchas personas de gran éxito muestran rasgos de personalidad que podrían ser considerados narcisistas. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad narcisista.

Manía o hipomanía. La grandiosidad puede surgir como parte de los episodios de manía o hipomanía, pero su asociación con el cambio del estado de ánimo o con las alteraciones funcionales ayuda a distinguir estos episodios del trastorno de la personalidad narcisista.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad narcisista también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias.

Trastornos de la personalidad: Grupo C

Trastorno de la personalidad evitativa

Criterios diagnósticos

301.82 (F60.6)

Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.

<= Ir a la Clasificación

2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado.
 3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
 4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
 5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
 6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
 7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.
-

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad evitativa es un patrón general de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienza en la edad adulta temprana y que está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con trastorno de la personalidad evitativa rehúyen realizar actividades laborales que impliquen un contacto interpersonal significativo debido a sus temores ante posibles críticas, desaprobación o rechazo (Criterio 1). Podrían rechazar las ofertas de ascensos en el trabajo porque las nuevas responsabilidades podrían dar lugar a críticas por parte de los compañeros de trabajo. Estos individuos evitan hacer nuevos amigos a menos que estén seguros de que serán de su agrado y que ellos van a ser aceptados (Criterio 2). Mientras no tengan una evidencia clara que demuestre lo contrario, asumen que las demás personas son críticas con ellos y que les desaprobarán. Los individuos con este trastorno no se implican en actividades grupales a menos que haya ofrecimientos de protección y apoyo repetidos y generosos. La intimidación interpersonal es a menudo difícil, a pesar de que son capaces de establecer relaciones íntimas cuando hay una seguridad de aceptación incondicional. Pueden actuar con moderación, tienen dificultades para hablar de sí mismos y se guardan sus sentimientos íntimos por temor a estar expuestos, o a ser ridiculizados o avergonzados (Criterio 3).

Debido a que las personas con este trastorno se preocupan de que se les critique o rechace en las situaciones sociales, pueden tener un umbral notablemente bajo para la detección de este tipo de reacciones (Criterio 4). Si alguien muestra incluso una ligera desaprobación o crítica, pueden sentirse muy lastimados. Ellos tienden a ser tímidos, callados, inhibidos e "invisibles" a causa del temor de que cualquier atención pueda ocasionar una situación degradante o de rechazo. Creen que a nadie le importa lo que ellos dicen, o que les "sentará mal", por lo que pueden no hablar nada en absoluto. Reaccionan enérgicamente a las señales sutiles que son sugestivas de burla o mofa. A pesar de su deseo de estar activos y de participar en la vida social, tienen miedo de poner su bienestar en manos de los demás. Los individuos con trastorno de la personalidad evitativa se inhiben en las situaciones interpersonales nuevas debido a que se sienten inadecuados y a que tienen una autoestima baja (Criterio 5). Las dudas referentes a sus competencias sociales y a su atractivo personal se ponen especialmente de manifiesto en los contextos que implican interacciones con extraños. Estos individuos creen que son socialmente ineptos, personalmente poco atractivos o inferiores a los demás (Criterio 6). Son extraordinariamente reacios a tomar riesgos personales o a participar en cualquier actividad nueva, ya que podría resultar embarazosa (Criterio 7). Tienen tendencia a exagerar los peligros potenciales de las situaciones ordinarias, y se someten a un estilo de vida restringido como consecuencia de su necesidad de certeza y seguridad. Las personas con este trastorno podrían cancelar una entrevista de trabajo sólo por temor a que les avergüencen por no haberse vestido apropiadamente. Algunos síntomas somáticos marginales u otros problemas pueden ser la excusa para evitar realizar nuevas actividades.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas con trastorno de la personalidad evitativa suelen evaluar cuidadosamente los movimientos y las expresiones de las personas con quienes entran en contacto. Su comportamiento temeroso y tenso puede provocar la ridiculización y la burla de los demás, lo que a su vez confirma sus propios temores. Estos individuos están muy preocupados por la posibilidad de reaccionar ante las críticas ruborizándose o llorando. Son descritos por los demás como "tímidos", "vergonzados", "solitarios"

y “aislados”. Los principales problemas asociados a este trastorno se producen en la vida social y en el funcionamiento ocupacional. La baja autoestima y la hipersensibilidad al rechazo están asociadas con los contactos interpersonales restringidos. Estos individuos pueden llegar a estar relativamente aislados y, por lo general, no tienen una red de apoyo social amplia que puede ayudarles en los tiempos de crisis. Desean el afecto y la aceptación, y pueden fantasear sobre relaciones idealizadas con otros. Los comportamientos de evitación también pueden afectar negativamente al funcionamiento ocupacional debido a que estas personas tratan de evitar las situaciones sociales que pueden ser importantes para satisfacer sus demandas básicas de trabajo o de ascenso. Otros trastornos que se diagnostican frecuentemente con el trastorno de la personalidad evitativa son los trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad social (fobia social). El trastorno de la personalidad evitativa se diagnostica a menudo junto con el trastorno de la personalidad dependiente, puesto que suelen convertirse en personas muy apegadas y dependientes de sus pocas amistades. También tienden a ser diagnosticados de trastorno de la personalidad límite o del grupo A de los trastornos de la personalidad (paranoide, esquizoide o esquizotípica).

Prevalencia

Los datos de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* 2001-2002 indican una prevalencia del trastorno de la personalidad evitativa de alrededor de un 2,4 %.

Desarrollo y curso

La conducta de evitación a menudo comienza en la infancia o la niñez con timidez, aislamiento y miedo a los extraños y a las situaciones nuevas. Aunque la timidez en la infancia es un precursor común del trastorno, en la mayoría de las personas tiende a disiparse gradualmente a medida que envejecen. En contraste, las personas que llegan a desarrollar el trastorno de la personalidad evitativa pueden llegar a ser cada vez más tímidas y evasivas durante la adolescencia y la adultez temprana, cuando las relaciones sociales con personas nuevas se vuelven especialmente importantes. Hay una cierta evidencia de que, en los adultos, el trastorno de la personalidad evitativa tiende a ser menos evidente o a remitir con la edad. Este diagnóstico se debe utilizar con mucha precaución en los niños y los adolescentes, en los que la conducta tímida y evasiva podría ser apropiada durante el desarrollo.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Puede haber variación en el grado en que los diferentes grupos culturales y étnicos consideran la timidez y la evitación, según corresponda. Por otra parte, la conducta de evitación puede ser el resultado de los problemas de aculturación consecuentes a la inmigración.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de la personalidad evitativa aparece igualmente en los hombres y en las mujeres.

Diagnóstico diferencial

Trastornos de ansiedad. Parece que existe una gran superposición entre trastorno de la personalidad evitativa y el trastorno de ansiedad social (fobia social). Tanto es así que pueden ser conceptualizaciones alternativas de las mismas o de similares alteraciones. La evitación también caracteriza la agorafobia, y a menudo coinciden.

Otros trastornos de la personalidad. Se pueden confundir otros trastornos de la personalidad con el evitativo, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse todos. Tanto el trastorno de la personalidad evitativa como el dependiente se caracterizan por sentimientos de incompetencia, hipersensibilidad a la crítica y una nece-

sidad de reafirmación. Aunque el objetivo principal de la preocupación en el trastorno de la personalidad evitativa es eludir la humillación y el rechazo, en el trastorno de la personalidad dependiente la preocupación se centra en ser atendido y cuidado. Sin embargo, en el trastorno de la personalidad dependiente y el evitativo tienen una especial tendencia a aparecer de forma concomitante. Así como el trastorno de la personalidad evitativa, el trastorno de la personalidad esquizoide y el trastorno de la personalidad esquizotípica se caracterizan por el aislamiento social, los individuos con trastorno de la personalidad evitativa quieren relacionarse con los demás y sienten profundamente su soledad, mientras que aquellos con trastornos de la personalidad esquizoide o esquizotípica pueden alegrarse e incluso preferir su aislamiento social. El trastorno de la personalidad paranoide y el trastorno de la personalidad evitativa se caracterizan por la reticencia a confiar en los demás. Sin embargo, en el trastorno de la personalidad evitativa, esta renuncia se debe más a un temor a ser avergonzado o a que le encuentren inepto más que a un temor a enfrentarse a las malas intenciones de los demás.

Muchos individuos presentan rasgos de personalidad por evitación. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos, persisten y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo constituyen un trastorno de la personalidad evitativa.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que aparecen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica sobre el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad evitativa también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias.

Trastorno de la personalidad dependiente

Criterios diagnósticos

301.6 (F60.7)

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la reafirmación excesiva de otras personas.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (**Nota:** No incluir los miedos realistas de castigo.)
4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad dependiente es una necesidad persistente y excesiva de recibir cuidados que conlleva un comportamiento de extrema sumisión y apego, y temores de separación. Este patrón comienza en la edad adulta y aparece en una variedad de contex-

tos. La dependencia y los comportamientos sumisos están diseñados para obtener la prestación de cuidados y surgen de la autopercepción de que son incapaces de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Las personas con trastorno de la personalidad dependiente tienen grandes dificultades para tomar decisiones cotidianas (p. ej., elegir el color de camisa para ir a trabajar, o llevar o no el paraguas) sin una cantidad excesiva de consejos y la aprobación de los demás (Criterio 1). Estos individuos tienden a ser pasivos y a permitir que otras personas (a menudo una única persona) tomen la iniciativa y asuman la responsabilidad de la mayoría de las grandes áreas de sus vidas (Criterio 2). Los adultos con este trastorno, por lo general dependen de un padre o cónyuge que decide dónde deben vivir, qué tipo de trabajo deberían tener y con quién deberían tener amistad. Los adolescentes con este trastorno pueden permitir que sus padres decidan cómo deben vestirse, con quién deben relacionarse, cómo deben pasar su tiempo libre y qué carrera estudiar. Esta necesidad de que los demás asuman la responsabilidad supera lo que sería apropiado para su edad y su necesidad de ayuda en las situaciones en las que sería adecuada la intervención de los demás (p. ej., las necesidades específicas de los niños, los ancianos y las personas con discapacidad). El trastorno de la personalidad dependiente se puede desarrollar en una persona que tiene una afección médica grave o una discapacidad, pero en estos casos la dificultad para asumir la responsabilidad debe superar lo que normalmente sería esperable para las personas con esa afección o discapacidad.

Puesto que temen perder el apoyo o la aprobación de los demás, los individuos con trastorno de la personalidad dependiente a menudo tienen dificultades para expresar el desacuerdo con otras personas, especialmente con aquellos de quienes dependen (Criterio 3). Estos individuos se sienten tan incapaces de funcionar solos que pueden mostrarse de acuerdo en cosas que creen que están mal, en vez de arriesgarse a perder la ayuda de aquellos en los que buscan orientación. No muestran su enfado a las personas de las que reciben apoyo y cuidados por miedo a que se distancien de ellos. Si el individuo tiene una preocupación real con respecto a las consecuencias de expresar su desacuerdo (p. ej., un temor real de represalias por parte de un cónyuge abusivo), el comportamiento no debería considerarse como una evidencia de trastorno de la personalidad dependiente.

Los individuos con este trastorno tienen dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas de forma independiente (Criterio 4). Les falta confianza en sí mismos y creen que necesitan ayuda para comenzar y llevar a cabo las tareas. Esperarán a que otras personas comiencen las cosas porque creen que los demás pueden hacerlas mejor. Estas personas están convencidas de que son incapaces de funcionar de manera independiente y se muestran ineptos y con una necesidad constante de ayuda. Sin embargo, tienen tendencia a funcionar adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien les supervisa y les da el visto bueno. Pueden tener miedo de llegar a ser más competentes o de parecer que lo son, porque creen que esto les conducirá al abandono. Puesto que dependen de los demás para gestionar sus problemas, a menudo no aprenden las habilidades para vivir de manera autónoma, perpetuando así la dependencia.

Las personas con trastorno de la personalidad dependiente pueden llegar a extremos exagerados para obtener el cuidado y el apoyo de los demás, hasta el punto de prestarse como voluntarios para tareas desagradables si dicho comportamiento les proporciona el cuidado que necesitan (Criterio 5). Están dispuestos a prestarse para lo que los demás quieran, incluso aunque las peticiones no sean razonables. Su necesidad de mantener un vínculo importante ocasiona relaciones desequilibradas o distorsionadas. Pueden sacrificarse a sí mismos de manera extraordinaria o tolerar el abuso verbal, físico o sexual (cabe señalar que este comportamiento debe considerarse una prueba del trastorno de la personalidad dependiente sólo cuando se puede establecer claramente que hay otras opciones a disposición del individuo). Las personas con este trastorno se sienten incómodas o indefensas cuando están solas, debido a sus temores exagerados de ser incapaces de cuidar de sí mismos (Criterio 6). “Se pegarán” a las personas significativas sólo para evitar estar solos, incluso aunque no estén interesados o implicados en lo que está sucediendo.

Cuando finaliza una relación (p. ej., una ruptura de pareja, la muerte del cuidador), pueden buscar urgentemente otra relación que les proporcione la atención y el apoyo que necesitan (Criterio 7). Su creencia de que son incapaces de funcionar si no cuentan con una relación estrecha motiva a estas personas a vincularse rápida e indiscriminadamente a otro individuo. Las personas con este trastorno

se preocupan por la posibilidad de tener que cuidar de sí mismos (Criterio 8). Se ven tan dependientes de los consejos y de la ayuda de los demás, que se preocupan por la posibilidad de que la otra persona les abandone aun cuando no haya razones que justifiquen tales temores. Para ser considerado como criterio diagnóstico, los temores deben ser excesivos y poco realistas. Por ejemplo, un hombre mayor con cáncer, que se muda a la casa de su hijo para que le cuide, está realizando un comportamiento dependiente que es apropiado, dadas las circunstancias de la vida de esta persona.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas con trastorno de la personalidad dependiente a menudo se caracterizan por el pesimismo y la duda, tienden a menospreciar sus capacidades y recursos, y pueden referirse constantemente a sí mismos como "inútiles". Se toman las críticas y la desaprobación como prueba de su falta de valor y pierden la fe en sí mismos. Buscan la sobreprotección y la dominación de los demás. El rendimiento ocupacional se puede ver afectado cuando se requiere iniciativa y autonomía. Suelen evitar los puestos de responsabilidad y sienten ansiedad cuando se enfrentan a una toma de decisiones. Las relaciones sociales tienden a limitarse a las pocas personas con las que el individuo tiene dependencia. Existe un mayor riesgo de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación. El trastorno de la personalidad dependiente a menudo se desarrolla junto con otros trastornos de la personalidad, especialmente el límite, el evitativo y el histriónico. La afección física crónica o el trastorno de ansiedad por separación en la infancia o en la adolescencia predisponen al individuo a desarrollar este trastorno.

Prevalencia

Los datos de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* 2001-2002 indican una prevalencia del trastorno de la personalidad dependiente del 0,49 %, y la estimación de la prevalencia de la personalidad dependiente obtenida de una muestra probabilística de la Parte II de la *National Comorbidity Survey Replication* es del 0,6 %.

Desarrollo y curso

Este diagnóstico se debe emplear con gran precaución, en todo caso, en los niños y en los adolescentes, en quienes el comportamiento dependiente podría ser apropiado para el desarrollo.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El grado en que los comportamientos dependientes se consideran apropiados varía sustancialmente a través de los diferentes grupos de edad y socioculturales. Se deben tener en cuenta tanto la edad como los factores culturales en la evaluación diagnóstica con cada criterio. El comportamiento dependiente debe ser considerado como un trastorno sólo cuando es claramente excesivo para las normas culturales del individuo o cuando refleja preocupaciones poco realistas. El énfasis en la pasividad, la cortesía y el trato deferente es característico de algunas sociedades y pueden ser valorados incorrectamente como rasgos del trastorno de la personalidad dependiente. Del mismo modo, las sociedades pueden reforzar o desalentar de una manera diferenciada el comportamiento dependiente en los hombres y en las mujeres.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

En el ámbito clínico, el trastorno de la personalidad dependiente se ha diagnosticado con más frecuencia en las mujeres, aunque algunos estudios señalan unas tasas de prevalencia similares entre los hombres y las mujeres.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales y afecciones médicas. El trastorno de la personalidad dependiente se debe distinguir de la dependencia que surge como consecuencia de otros trastornos mentales (p. ej., los trastornos depresivos, el trastorno de pánico, la agorafobia) y como resultado de otras afecciones médicas.

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el dependiente, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse todos. Aunque muchos trastornos de la personalidad se caracterizan por presentar características dependientes, el trastorno de la personalidad dependiente se puede distinguir por su comportamiento sumiso, reactivo y excesivamente apegado. Tanto el trastorno de la personalidad dependiente como el límite se caracterizan por el miedo al abandono; sin embargo, el individuo con trastorno de la personalidad límite reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y exigencias, mientras que la persona con trastorno de la personalidad dependiente reacciona incrementando su apaciguamiento y sumisión, y busca urgentemente una relación que reemplace los cuidados y el apoyo. El trastorno de la personalidad límite se distingue por un patrón típico de relaciones inestables e intensas. Las personas con trastorno de la personalidad histriónica, como los dependientes, tienen una fuerte necesidad de seguridad y aprobación y pueden parecer infantiles y apegados. Sin embargo, a diferencia del trastorno de la personalidad dependiente, que se caracteriza por el comportamiento humilde y dócil, el trastorno de la personalidad histriónica exhibe una exuberancia sociable con demandas activas de atención. Tanto el trastorno de la personalidad dependiente como el evitativo presentan sentimientos de ineptitud, hipersensibilidad a la crítica y la necesidad de seguridad; sin embargo, los individuos con trastorno de la personalidad evitativa poseen un fuerte temor a la humillación y al rechazo, de tal manera que se distancian hasta estar seguros de que serán aceptados. En contraste, las personas con trastorno de la personalidad dependiente despliegan un patrón de búsqueda y mantenimiento de vínculos importantes con los demás, en lugar de evitar y apartarse de las relaciones.

Muchos individuos tienen rasgos de personalidad dependiente, y sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad dependiente.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que surgen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica sobre el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad dependiente también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias.

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Criterios diagnósticos

301.4 (F60.5)

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).

5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles aunque no tengan un valor sentimental.
 6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
 7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
 8. Muestra rigidez y obstinación.
-

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia. Este patrón comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva tratan de mantener un sentido de control a través de una esmerada atención a las reglas, los detalles triviales, los procedimientos, las listas, los horarios o las formas, de tal manera que se pierde el objetivo principal de la actividad (Criterio 1). Son excesivamente cuidadosos y tienen tendencia a la repetición, prestando una atención extraordinaria a los detalles y a la comprobación de los posibles errores. No tienen en cuenta el hecho de que los demás puedan estar muy molestos por los retrasos e inconvenientes que se derivan de este comportamiento. Por ejemplo, cuando estas personas extravían una lista de “cosas por hacer”, emplean una cantidad excesiva de tiempo en buscar la lista en lugar de reescribirla de memoria y proceder a realizar las tareas. Suelen distribuir de manera poco eficiente el tiempo, dejando las tareas más importantes para el último momento. El perfeccionismo y los altos estándares de rendimiento que se autoimponen causan una disfunción significativa y angustia en estos individuos. Pueden llegar a estar tan involucrados en la fabricación de todos los detalles de un proyecto absolutamente perfecto que el proyecto nunca se termina (Criterio 2). Por ejemplo, la realización de un informe escrito se retrasa por numerosas reescrituras que consumen mucho tiempo, puesto que ninguno de los borradores alcanza la “perfección”. Los plazos se pierden y los aspectos de la vida del individuo, que no son el foco actual de la actividad, pueden caer en el caos.

Los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva muestran una excesiva devoción por el trabajo y la productividad, con exclusión de las actividades de ocio y de las amistades (Criterio 3). Este comportamiento no se explica por la necesidad económica. A menudo sienten que no tienen tiempo para tomarse una tarde o un día del fin de semana libre para ir de excursión o simplemente para relajarse. Suelen postergar las actividades placenteras, tales como las vacaciones, de tal manera que al final no las disfruten. Si finalmente pasan tiempo en actividades de ocio o de vacaciones, se sienten muy incómodos a no ser que lleven algo para trabajar y así no “pierden el tiempo”. Pueden realizar con gran esmero las tareas del hogar (p. ej., la limpieza excesiva repetida de modo que “uno podría comer en el suelo”). Si pasan el tiempo con amigos, es probable que sea en algún tipo de actividad formal organizada (p. ej., deportes). Los pasatiempos y las actividades recreativas se abordan como tareas serias que requieren una cuidadosa organización y un arduo trabajo para dominarlas. El énfasis está en el rendimiento perfecto. Estos individuos convierten el juego en una tarea estructurada (p. ej., corregir a un bebé por no poner las anillas en el poste en el orden correcto, decir a un niño que ande en su triciclo siguiendo una línea recta, convertir un partido de béisbol en una dura “lección”).

Los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva pueden ser excesivamente concienzudos, escrupulosos e inflexibles sobre asuntos de moral, ética o de valores (Criterio 4). Pueden forzarse a sí mismos y a los demás a seguir principios morales rígidos y normas de funcionamiento muy estrictas. También pueden ser despiadadamente autocríticos sobre sus propios errores. Los individuos con este trastorno muestran una deferencia rígida con la autoridad y las normas e insisten en un cumplimiento literal, sin excepción por circunstancias especiales. Por ejemplo, el individuo no presta un euro a un amigo que tiene que hacer una llamada de teléfono por aquello de no convertirse “ni en un prestatario ni en un prestamista” o porque es “malo” para

el carácter de la persona. Estas cualidades no deben responder a la cultura o la identificación religiosa del individuo.

Las personas con este trastorno pueden ser incapaces de desprenderse de objetos desgastados o baladíes, incluso cuando no tienen valor sentimental (Criterio 5). A menudo, estos individuos admitirán ser “acumuladores compulsivos”, puesto que consideran que deshacerse de los objetos es un despilfarro, porque “nunca se sabe cuándo se puede necesitar algo”, por lo que se enfadan si alguien trata de deshacerse de las cosas que han guardado. Sus cónyuges o compañeros pueden quejarse de la cantidad de espacio que ocupan los objetos antiguos, las revistas, los electrodomésticos rotos, etc.

Los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva son reacios a delegar tareas o trabajar con otros (Criterio 6). Ellos insisten obstinadamente y sin justificación en que todo se haga a su manera y que las personas se ajusten a su forma de hacer las cosas. Suelen dar instrucciones muy detalladas acerca de cómo se deben hacer las cosas (p. ej., hay una y sólo una manera de cortar el césped, lavar los platos o construir una caseta de perro) y se sorprenden y se irritan si otros sugieren alternativas creativas. En otras ocasiones pueden rechazar las ofertas de ayuda incluso cuando van con retraso porque creen que nadie más puede hacerlo bien.

Los individuos con este trastorno pueden ser avaros y tacaños, y pueden mantener un nivel de vida muy por debajo de lo que pueden pagar, en la creencia de que el gasto debe ser estrechamente controlado para prevenir futuras catástrofes (Criterio 7). El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se caracteriza por rigidez y terquedad (Criterio 8). Los individuos con este trastorno están tan preocupados por tener las cosas hechas de una forma “correcta”, que tienen problemas para estar de acuerdo con las ideas de otras personas. Estos individuos planifican el futuro al detalle y no están dispuestos a considerar ningún cambio. Totalmente enclaustrados en su propia perspectiva, tienen dificultad para reconocer los puntos de vista de los demás. Los amigos y los colegas pueden llegar a estar frustrados por esta rigidez constante. Aun cuando los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva reconocen que les puede interesar comprometerse, pueden negarse tercamente a hacerlo, argumentando que es “cuestión de principios”.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Cuando las reglas y los procedimientos establecidos no dictan la respuesta correcta, la toma de decisiones puede convertirse en un proceso a menudo doloroso que consume tiempo. Los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva pueden tener tantas dificultades para decidir qué tareas tienen prioridad o cuál es la mejor manera de hacer una tarea en particular, que no comiencen ninguna. Tienen tendencia a molestarse o a enfadarse en situaciones en las que no son capaces de mantener el control de su entorno físico o interpersonal, aunque la ira normalmente no se expresa directamente. Por ejemplo, un individuo puede enfadarse cuando el servicio en un restaurante funciona mal, pero en vez de quejarse al encargado, el individuo medita acerca de cuánto dejar de propina. En otras ocasiones, la ira puede expresarse con indignación por una cuestión aparentemente menor. Los individuos con este trastorno pueden estar especialmente atentos a su estatus relativo en las relaciones de dominio y sumisión, y mostrar excesiva deferencia a una autoridad que respetan, y resistencia exagerada a las figuras de autoridad que no respetan.

Los individuos con este trastorno suelen expresar afecto de manera muy controlada o artificial, y se sienten muy incómodos en presencia de otras personas que sean emocionalmente expresivas. Sus relaciones cotidianas tienen una calidad formal y seria, y pueden permanecer inexpresivos en situaciones en las que otros sonríen y se muestran contentos (p. ej., dar la bienvenida a su pareja al recogerla en el aeropuerto). Se mantienen al margen hasta que están seguros de que lo que van a decir será perfecto. Pueden estar preocupados por la lógica y el razonamiento, y ser intolerantes ante el comportamiento afectivo de los demás. A menudo tienen dificultad para expresar sentimientos de ternura, y raramente elogian a los demás. Los individuos con este trastorno pueden experimentar dificultades y angustia en el trabajo, sobre todo cuando se enfrentan a nuevas situaciones que exigen flexibilidad y compromiso.

Las personas con trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social (fobia social) y las fobias específicas, y con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

presentan una mayor probabilidad de tener un trastorno de la personalidad que cumpla con los criterios del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva. De todas maneras, parece que la mayoría de los individuos con TOC no tiene un patrón de comportamiento que cumpla con los criterios de este trastorno de la personalidad. Muchas de las características del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se superponen con las características de la personalidad “tipo A” (p. ej., la preocupación por el trabajo, la competitividad, la urgencia de tiempo), y estas características suelen aparecer en las personas con riesgo de infarto de miocardio. Existe una asociación entre el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva y los trastornos depresivos, bipolares y de la conducta alimentaria.

Prevalencia

El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva es uno de los trastornos de la personalidad más prevalentes en la población general, con una estimación de la prevalencia de entre un 2,1 a un 7,9 %.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

En la evaluación de un individuo con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, el clínico no debe incluir, como rasgos patológicos, aquellos comportamientos que reflejan hábitos, costumbres o estilos interpersonales que son fomentados culturalmente por el grupo de referencia del individuo. Algunas culturas ponen un énfasis sustancial en el trabajo y la productividad, y los comportamientos resultantes en los miembros de estas sociedades no deben ser considerados indicativos de trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

En los estudios sistemáticos, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se diagnostica aproximadamente con el doble de frecuencia en el sexo masculino.

Diagnóstico diferencial

Trastorno obsesivo-compulsivo. A pesar de la similitud en los nombres, el TOC suele distinguirse fácilmente del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva por la presencia de verdaderas obsesiones y compulsiones. Cuando se cumplen los criterios tanto para el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva como para el TOC, deben registrarse ambos diagnósticos.

Trastorno de acumulación. El diagnóstico de trastorno de acumulación se debe considerar especialmente cuando el acaparamiento es extremo (p. ej., las pilas almacenadas de objetos sin valor presentan riesgo de incendio y hacen que sea difícil para los demás andar por la casa). Cuando se cumplen los criterios tanto para el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva como para el trastorno de acumulación, deben codificarse ambos diagnósticos.

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el obsesivo-compulsivo, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse todos. Las personas con trastorno de la personalidad narcisista también pueden mostrar un compromiso con el perfeccionismo y creer que los demás no pueden hacer las cosas tan bien, pero estas personas tienen más tendencia a creer que han alcanzado la perfección, mientras que aquellos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva son generalmente autocríticos. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial o narcisista muestran falta de generosidad con los demás, pero sí están dispuestos a darse caprichos, mientras que aquellos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva adoptan un estilo de gasto muy restrictivo para ellos mismos y para los demás. Tanto los trastornos de la personalidad esquizoide como la obsesivo-compulsiva se caracterizan por una formalidad aparente y un desapego social. En el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, esto se deriva del malestar en las emociones y de la devoción excesiva hacia el trabajo, mientras que en el trastorno de la personalidad esquizoide hay una falta fundamental de capacidad para la intimidad.

Los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos pueden ser, con moderación, especialmente adaptativos, particularmente en las situaciones que premian un alto rendimiento. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que aparecen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica sobre el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias.

Otros trastornos de la personalidad

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica

Criterios diagnósticos

310.1 (F07.0)

- A. Alteración persistente de la personalidad que constituye un cambio respecto al anterior patrón característico de la personalidad del individuo.
Nota: En los niños, la alteración implica una desviación notable del desarrollo normal o un cambio significativo de los patrones de comportamiento habitual del niño, que dura al menos un año.
- B. Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (incluido otro trastorno mental debido a otra afección médica).
- D. La alteración no se produce exclusivamente en el curso de un delirium.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Tipo lábil: Si la característica predominante es la labilidad afectiva.

Tipo desinhibido: Si la característica predominante es un control insuficiente de los impulsos, como se pone de manifiesto por las indiscreciones sexuales, etc.

Tipo agresivo: Si la característica predominante es el comportamiento agresivo.

Tipo apático: Si la característica predominante es la apatía e indiferencia intensa.

Tipo paranoide: Si la característica predominante es la suspicacia o las ideas paranoides.

Otro tipo: Si la presentación no se caracteriza por ninguno de los subtipos anteriores

Tipo combinado: Si en el cuadro clínico predomina más de una característica.

Tipo no especificado

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica (p. ej., 310.1 [F07.0] cambio de la personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal). La otra afección médica se codificará y se hará constar por separado inmediatamente antes del trastorno de la personalidad debido a otra afección médica (p. ej., 345.40 [G40.209] epilepsia del lóbulo temporal; 310.1 [F07.0] cambio de la personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal).

<= Ir a la Clasificación