

Enrique Esbec¹
Enrique Echeburúa²

El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico

¹Médico y Doctor en Psicología. Universidad Complutense de Madrid

²CIBERSAM. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Un trastorno de personalidad puede considerarse como un patrón generalizado de conductas, cogniciones y afectos que es inflexible, comienza en la adolescencia o al inicio de la vida adulta, es estable en el tiempo y genera estrés o daño psicológico. El enfoque actual de los trastornos de personalidad (TP) figura en la Sección II del DSM-5 y no registra cambios respecto al DSM-IV, excepto que han sido removidos del antiguo Eje II del DSM-IV e incluidos en la clasificación central de los trastornos. Sin embargo, se presenta en la Sección III un modelo alternativo para estudios posteriores que tiene como objetivo hacer frente a las deficiencias planteadas por el modelo actual categorial de los TP. La idea subyacente es que los TP constituyen una versión extrema de los rasgos de personalidad existentes en todas las personas. En este enfoque los TP se caracterizan por daños en el funcionamiento de la personalidad (ámbitos de la identidad, autodirección, empatía e intimidad) y por factores de personalidad patológicos (afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo). Las categorías diagnósticas derivadas de este modelo incluyen solo los TP antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico. Este enfoque híbrido para el diagnóstico de los TP es complejo y requiere mayor evidencia empírica para ser incorporado a la práctica clínica. Se incluyen asimismo las propuestas del borrador de la CIE-11 para los TP, basadas fundamentalmente en los grados de gravedad y en los rasgos de personalidad dominantes.

Palabras-clave: Trastornos de la personalidad, Clasificación, Análisis crítico, DSM-5

Actas Esp Psiquiatr 2015;43(5):177-86

The hybrid model of classification for personality disorders in DSM-5: A critical analysis

A personality disorder is considered as an enduring pattern of inner experience and behavior that is pervasive and inflexible, has an onset in adolescence or early adulthood, is stable over time and leads to stress or impairment. The current approach to personality disorders (PD) appears in Section II of DSM-5 and has not changed from that in DSM-IV, except that they are moved to the main disorder section from Axis II. However, there is an alternative model developed in Section III for further study that aims to address numerous shortcomings of the current approach to personality disorders. The idea is that PD is in fact simply extremes on personality trait dimensions found in everyone. In this approach PD are characterized by impairments in personality functioning (self and interpersonal areas) and by pathological personality traits (negative affectivity, detachment, antagonism, desinhibition and psychoticism), each of them with a subset of facets. Diagnostic categories derived from this model include only antisocial, avoidant, borderline, narcissistic, obsessive-compulsive and schizotypal personality disorders. This hybrid model for PD diagnosis is complicated and requires more research support before being fully adopted. ICD-11 draft proposals for PD, based on severity levels, factors determining severity and trait domains, are also outlined.

Keywords: Personality disorders, Classification, Critical analysis, DSM-5

Correspondencia:
Enrique Echeburúa
Facultad de Psicología
Universidad del País Vasco
Avda. de Tolosa, 70
20018 San Sebastián, España
Tel.: 943 018 329
Fax: 943 015 670
Correo electrónico: enrique.echeburua@ehu.es

INTRODUCCIÓN

La clasificación de los trastornos de personalidad propuesta en la versión definitiva del DSM-5¹ supone un cambio respecto a los borradores anteriormente conocidos² y un regreso a la conceptualización categorial del DSM-IV en la sección oficial de los trastornos mentales (sección II), si bien se deja abierta una puerta al enfoque dimensional en la sección III (relativa a los "trastornos propuestos para futuros estudios").

Una vez publicado, el DSM-5 ha sido objeto de muchas críticas, que incluyen acusaciones de secretismo, conflictos de intereses, decepción sobre un cambio de paradigma prometido y preocupaciones acerca de la definición misma de trastorno mental. Se ha acusado a este manual de psiquiatrizarse la normalidad y de utilizar una metodología deficiente³, así como se han vertido críticas sobre la validez de las categorías, basadas más en el consenso que en pruebas científicas⁴.

El Grupo de Trabajo de los trastornos de personalidad (TP) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) tenía que resolver problemas graves en cuanto a la definición operativa de los TP, la clasificación, la adscripción categorial o dimensional, la valoración de gravedad o prototipicidad, la permanencia en el Eje I o en el Eje II, la heterogeneidad en los mismos diagnósticos, la relación con los rasgos de personalidad, la comorbilidad, el punto de corte sobre la anormalidad y la validación de los trastornos en estudio (depresivo, pasivo-agresivo, etc.). Todos estos puntos exigían un nuevo planteamiento de estas anomalías.

Las propuestas iniciales de la sección de TP del DSM-5 suponían un alejamiento sustancial, no solo del DSM-IV, sino también de los principales marcos alternativos que se habían propuesto. Por ejemplo, las primeras propuestas consistían en una representación de los TP específicos como prototipos narrativos, donde se proponían descripciones amplias de un paciente prototipo con un TP específico para sustituir los criterios de diagnóstico explícitos para los TP que se originaron en el DSM-III. En el DSM-5 se ha utilizado el modelo de rasgo con arreglo al método utilizado en el campo de la personalidad y de las diferencias individuales⁵.

El grupo de trabajo de los TP en 2010 propuso una valoración dimensional de los mismos, con 37 rasgos de personalidad y 6 dimensiones globales, así como la reducción de los TP a cinco, eliminando el esquizoide, paranoide, narcisista y dependiente e incluyendo la psicopatía como una variedad del trastorno antisocial. El sistema, además, planteaba una descripción prototípica de cada trastorno. De este modo, un clínico podría comparar a un paciente con cada uno de los prototipos y calificarlo en una escala de cinco puntos según su mayor o menor similitud².

En 2011, bajo el mismo sistema y con una considerable controversia, se decidió incluir 25 facetas-rasgo y 5 domi-

nios o factores, eliminando la psicopatía y recuperando el trastorno narcisista. Tras un intenso debate y las críticas de ciertos profesionales, en la reunión de la APA de 1 de diciembre de 2012 no hubo acuerdo. Así, los TP fueron, finalmente, descritos y clasificados de una forma casi idéntica al DSM-IV en la sección II, que es la parte nuclear y oficial. No obstante, se ha planteado en la sección III del manual un modelo híbrido categórico-dimensional, a modo de valoración alternativa y para estudios posteriores.

A nivel estructural, el cambio más destacable en el DSM-5 es la eliminación del sistema multiaxial y, por tanto, la incorporación de los TP al sistema clasificatorio único, lo que supone la necesidad de evaluarlos adecuadamente. Lo que justificaba en el DSM-III y en el DSM-IV la inclusión de los TP en el Eje II era que los TP eran más estructurales, crónicos, de inicio precoz, predisponiendo a la aparición de otros trastornos. Sin embargo, la naturaleza confusa de los Ejes en la codificación y su escasa utilización ha llevado a su supresión en el DSM-5.

El objetivo de este artículo es presentar las aportaciones del DSM-5 a la clasificación de los trastornos de personalidad respecto a las versiones anteriores de este manual, así como hacer un análisis crítico y presentar las líneas de investigación futuras.

LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA SECCIÓN II (CLASIFICACIÓN OFICIAL) DEL DSM-5

Según el DSM-5, y a similitud del DSM-IV, un TP es considerado como un *patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que afecta al menos a dos de estas áreas: cognición, afectividad, relación interpersonal o control de los impulsos; es un fenómeno generalizado y poco flexible; tiene un comienzo en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta; es estable en el tiempo; y da lugar a malestar o deterioro*. En último término, un TP supone un *fracaso en la adaptación* en el plano de la identidad propia y en el de las relaciones interpersonales.

El DSM-5 opta por un enfoque categorial de los TP y mantiene el mismo esquema clasificatorio que el DSM-III y el DSM-IV. Es decir, se mantienen los mismos 10 TP de antes distribuidos en los mismos tres *clusters*: A (raros y excéntricos, que incluyen el esquizoide, el paranoide y el esquizotípico); B (dramáticos, emotivos o erráticos, que incluyen el límite, el antisocial, el histriónico y el narcisista); y C (ansiosos y temerosos, que incluyen el ansioso-evitativo, el dependiente y el obsesivo-compulsivo). A modo complementario, se añaden otros trastornos de la personalidad especificados y no especificados, que implican, por ejemplo, a personas con criterios diagnósticos de diversos TP ("características mixtas de la personalidad") o que responden a TP no incluidos en la clasificación oficial (por ejemplo, el TP depresivo o el TP psicopático/sádico).

Tabla 1		Crterios generales y categorías diagnósticas de los TP según la valoración alternativa del DSM-5 (sección III)
CRITERIOS		CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS
A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento (propio/interpersonal) de la personalidad		Trastorno antisocial de la personalidad
B. Uno o más rasgos de personalidad patológicos		Trastorno de la personalidad por evitación
C. Rasgos y deterioro en el funcionamiento relativamente permanentes e inflexibles en diferentes situaciones sociales y personales		Trastorno límite de la personalidad
D. Relativamente estables en el tiempo. Comienzo en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta		Trastorno narcisista de la personalidad
E. No explicados mejor por otro trastorno mental		Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo
F. No atribuibles a sustancias adictivas o a enfermedades médicas		Trastorno esquizotípico
G. No comprendidos mejor por la edad (desarrollo) o el entorno sociocultural		Trastorno de la personalidad de rasgo especificado

La inclusión en una categoría supone plasmar en cada caso la mitad más uno de un grupo de criterios diagnósticos (valoración politética). No es necesario especificar cuáles son los criterios que se cumplen o no, lo cual perpetúa el problema de la heterogeneidad en los mismos diagnósticos y de que el clínico no conozca con precisión las áreas concretas de intervención⁶.

Este sistema no soluciona los problemas que habían sido denunciados por la comunidad científica. La clasificación de los TP que hacen tanto el DSM-IV como la CIE-10, y ahora la sección II del DSM-5, parte de una perspectiva categorial tradicional. Es decir, cada trastorno constituye una categoría diagnóstica y se sustenta en alteraciones específicas. El juicio categorial consiste en “tener o no tener” el trastorno y tiene la ventaja de ser más parsimonioso para conceptualizar un síndrome y para transmitir la información a otros clínicos. Con el enfoque politético del DSM, una vez cumplidos los criterios mínimos (la mitad más uno, independientemente de cuáles sean en concreto) para el diagnóstico de un TP, se podrá llevar a cabo dicho diagnóstico.

La consecuencia de este enfoque politético es que hay maneras muy distintas de poder cumplir, por ejemplo, los diagnósticos de trastorno antisocial o de trastorno límite de la personalidad, lo que lleva a la proliferación de numerosos subtipos. Además, el modelo categorial en los TP presenta otros problemas, que se pueden resumir de la siguiente manera: 1) escaso ajuste entre pacientes y prototipos; 2) solapamiento de los criterios propuestos entre diversas categorías y otros trastornos mentales; 3) baja fiabilidad temporal y entre evaluadores; 4) pobre validez diagnóstica; y 5) poca utilidad para el tratamiento^{7,8}.

Los trastornos de personalidad en la Sección III del DSM-5: un modelo alternativo categorial-dimensional

En la sección III del DSM-5 (dedicada a los trastornos que requieren más estudio) se ha introducido un nuevo modelo híbrido de la personalidad. Se señalan algunas categorías diagnósticas, pero se incluye también la evaluación de las alteraciones del funcionamiento de la personalidad (cómo un individuo se experimenta típicamente a sí mismo y percibe a los otros), además de 5 grandes factores o dominios de personalidad y 25 facetas-rasgo. Esta versión recoge las ventajas del modelo dimensional sobre el categorial y la conveniencia de valorar rasgos en un continuo desde la normalidad hasta la máxima patología, así como la necesidad de evaluar la intensidad de la afectación tanto en la persona como en las relaciones interpersonales. Asimismo se toman en consideración solo los seis trastornos específicos con un amplio respaldo empírico (factorial, genético y neuropsicológico)² (tabla 1).

El acercamiento dimensional ofrece diversas ventajas^{2,5}: 1) es coherente con la observación de límites difusos entre los trastornos y la normalidad; 2) es más acorde con la complejidad de los síndromes observados en la práctica clínica; 3) la medida dimensional se puede transformar en categorial, pero no al contrario; 4) la categorización a partir de una dimensionalización permite variar los puntos de corte teniendo en cuenta las especificidades contextuales, culturales e individuales; 5) es posible hacer análisis más finos de las características de los pacientes; 6) se facilitan al terapeuta áreas de intervención concretas; 7) se mejora la fiabilidad

interjueces de la evaluación; y 8) la comorbilidad deja de ser un problema puesto que se puede definir a un individuo en función de sus características combinadas de rasgos y no de categorías⁵.

Este enfoque híbrido (categorial-dimensional) puede facilitar la evaluación de la gravedad de los TP. Así, hay trastornos de personalidad cualitativamente más graves a nivel categorial, pero también se pueden cuantificar dimensionalmente, por ejemplo, el nivel de funcionamiento o la gravedad de los rasgos desadaptativos. Algún tipo de gradación similar parece que se dará en la futura CIE-11⁹.

Nivel de funcionamiento de la personalidad

La psicopatología de la personalidad fundamentalmente emana de las perturbaciones duraderas en el pensamiento y los sentimientos sobre uno mismo y sobre los demás. Debido a que puede haber un mayor o menor grado de perturbación, cada paciente debe ser evaluado en el continuo compuesto por los siguientes niveles de funcionamiento: *personal* (identidad y autodirección) e *interpersonal* (empatía e intimidad). A nivel personal, la identidad supone la percepción de uno mismo como un ser único e irrepetible, con un autoconcepto estable, y la autodirección representa la persecución a corto plazo de objetivos de vida coherentes y significativos, así como una capacidad de autocontrol. A su vez, a nivel interpersonal, la empatía supone la comprensión y valoración de las experiencias y las motivaciones de los demás, con tolerancia hacia las diferentes perspectivas y capacidad de darse cuenta de los efectos de nuestras acciones en los otros, y la intimidad representa la capacidad de establecer relaciones profundas y duraderas con los demás^{2,5}.

Las afectaciones del funcionamiento personal e interpersonal, a semejanza con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF)¹⁰, muestran los siguientes niveles de gravedad: 0 = *No afectación*; 1 = *Afectación leve*; 2 = *Afectación moderada*; 3 = *Afectación grave*; y 4 = *Afectación extrema*.

Este modelo es consistente con múltiples teorías de la personalidad y se fundamenta en cómo las personas piensan sobre sí mismas/los demás y en cómo se relacionan con otros. Así, por ejemplo, la alteración de la identidad en los TP ha sido subrayada por Schmeck et al.¹¹ o, anteriormente, por Kernberg¹², para quien la patología central de los pacientes con trastornos graves de la personalidad *borderline* y otros se puede encontrar en un deterioro de la integración de la identidad. Según Skodol et al.¹³, la proyección de cinco ítems relacionados con la identidad predice la presencia de un TP con una sensibilidad del 79% y una especificidad del 54%.

El papel de la autodirección, relacionado a su vez con el nivel de autoestima, y el de la cooperación, asociada a la em-

patía, han sido subrayados también por el modelo psicobiológico de Cloninger et al.¹⁴ Por otra parte, como ha enfatizado Sullivan¹⁵, la calidad de las dimensiones interpersonales es un reflejo de la estructura de la personalidad.

Por ello, el fracaso para lograr la seguridad y la autoestima en situaciones interpersonales provoca la disregulación emocional, que, cuando es crónica y extrema, es un reflejo de la patología de la personalidad y complica tanto las situaciones interpersonales del día a día como las relaciones a largo plazo¹⁶. A su vez, la empatía supone ponerse en el lugar de la otra persona a nivel cognitivo y emocional a partir de lo que se observa, de los contenidos verbales o de la información accesible desde la memoria (toma de perspectiva)¹⁷.

En síntesis, según la escala de valoración del funcionamiento de la personalidad del DSM-5, una personalidad adaptativa tiene la conciencia permanente de un yo único, manteniendo roles apropiados (*identidad*); aspira a metas razonables basadas en una evaluación realista de las capacidades personales (*autodirección*); es capaz de comprender con precisión las experiencias y motivaciones de los demás en la mayoría de las situaciones (*empatía*); y, por último, mantiene múltiples relaciones satisfactorias y duraderas tanto en la vida personal como la comunitaria (*intimidad*).

Rasgos de personalidad (dominios y facetas)

Los rasgos de personalidad, según el DSM-5, son *tendencias de sentir, percibir, comportarse y pensar relativamente consistentes a través del tiempo y las situaciones*. Sin embargo, los niveles de rasgo de las personas también pueden cambiar y cambian a lo largo de la vida. Algunas modificaciones son muy generales y acompañan a la maduración (por ejemplo, los adolescentes en general tienen niveles más altos de impulsividad que los adultos), mientras que otros cambios reflejan las experiencias de vida específicas de los individuos.

Aunque los rasgos de ninguna manera son inmutables, muestran, sin embargo, una consistencia relativa en comparación con los síntomas y comportamientos específicos. Así, una persona puede comportarse de manera impulsiva en un momento determinado por una razón específica, pero es solo cuando las mismas conductas se repiten a través del tiempo y de circunstancias cambiantes cuando reflejan rasgos. Sin embargo, es importante reconocer que incluso las personas que son impulsivas, por ejemplo, no están actuando impulsivamente todo el tiempo. Un rasgo es una tendencia o disposición hacia comportamientos específicos; un comportamiento específico, a su vez, puede ser la manifestación de un rasgo.

Del mismo modo, los rasgos se distinguen de la mayoría de los síntomas ya que los síntomas tienden a aparecer y desaparecer, mientras que los rasgos son relativamente

Tabla 2 Factores de personalidad según el DSM-5 y algunos modelos y propuestas					
DSM-5 (APA, 2013) PID-5	AFFECTIVIDAD NEGATIVA	DESAPEGO vs EXTRAVERSIÓN	ANTAGONISMO	DESINHIBICIÓN	PSICOTICISMO
NEO-PI-R (Costa & Mc Crae)	NEUROTICISMO	INTROVERSIÓN	AMABILIDAD (baja)	RESPONSABILIDAD (baja)	APERTURA
PSY-5 MMPI (Harkness & McNulty)	NEUROTICISMO	INTROVERSIÓN	AGRESIVIDAD	DESCONTROL	PSICOTICISMO
DAPP-BQ (Livesley)	DISREGULACIÓN EMOCIONAL	INTROVERSIÓN-INHIBICIÓN	COMPORT. ANTISOCIAL	COMPULSIVIDAD (baja)	
ZKPQ Zuckerman	NEUROTICISMO-ANSIEDAD	SOCIABILIDAD (baja)	AGRESIÓN-HOSTILIDAD	BÚSQUEDA DE SENSACIONES IMPULSIVA	
EPQ (Eysenck)	NEUROTICISMO	EXTRAVERSIÓN O INTROVERSIÓN	PSICOTICISMO		

estables. Por ejemplo, los individuos con niveles más altos de *depresividad* tienen una mayor probabilidad de experimentar episodios discretos de un trastorno depresivo y de mostrar los síntomas de este trastorno, tales como la anhedonia o la dificultad para concentrarse. No obstante, es importante destacar que tanto los síntomas como los rasgos son susceptibles de intervención. De hecho, muchas de las intervenciones dirigidas a los síntomas pueden afectar a las pautas de conducta más o menos estables del funcionamiento de la personalidad que son definidas por los rasgos de la personalidad.

Según las investigaciones más relevantes¹⁸⁻²⁵, la personalidad es explicada con una solución de 4 o 5 superfactores o dimensiones, sustentados en estudios genéticos, neuropsicológicos y de análisis factorial: 1) *Rasgo exploratorio*: Extraversión, Búsqueda de Sensaciones, Sociabilidad, Afectividad positiva (*versus* Inhibición/Introversión); 2) *Rasgo de impulsividad*: Búsqueda de sensaciones impulsiva, Desinhibición (*versus* Compulsividad, Control, Restricción, Responsabilidad); 3) *Rasgo afectivo* (ansiedad-depresión): Afectividad negativa, Neuroticismo, Disregulación emocional, Inestabilidad, Ansiedad (*versus* estabilidad emocional); 4) *Rasgo disocial*: Antagonismo, Psicoticismo, Hostilidad, Agresividad, Comportamiento antisocial (*versus* amabilidad); y 5) *Rasgo cognitivo*: Psicoticismo, Esquizotipia (*versus* lucidez) (tabla 2).

Por lo que se refiere específicamente al DSM-5, los rasgos de personalidad incluidos en la sección III abarcan un espectro de cinco dominios generales con dos polos opuestos: Afectividad negativa *versus* Estabilidad emocional; Desapego *versus* Extraversión; Antagonismo *versus* Amabilidad; Desinhibición *versus* Escrupulosidad; y Psicoticismo *versus* Lucidez. A su vez, estos dominios generales comprenden hasta 25 dimensiones más específicas (las facetas). Así, el polo opuesto de la faceta de *insensibilidad* (dentro del do-

minio de Antagonismo) es la tendencia a ser empático y de buen corazón. Sin embargo, el polo opuesto del rasgo problemático puede no ser adaptativo en todas las circunstancias (es el caso, por ejemplo, de las personas que, debido a su extrema bondad, pueden ser víctimas propiciatorias de otros sin escrúpulos).

En resumen, las cinco dimensiones del modelo dimensional del DSM-5 son variantes desadaptativas de la estructura general de la personalidad.

Así, la afectividad negativa se vincula al neuroticismo, el desapego a la introversión, el antagonismo a la baja amabilidad, la desinhibición a la baja escrupulosidad y el psicoticismo a la apertura^{26,3}.

En la tabla 3 se exponen los dominios (5) y las facetas de personalidad (25) en el DSM-5, algunas de las cuales saturan en más de un factor (Depresividad, Susplicacia, Afectividad restringida, Hostilidad). Las facetas deben valorarse en una escala de 0 (nada descriptivo de la persona) a 3 (extremadamente descriptivo de la persona).

Categorías diagnósticas

Los TP son considerados habitualmente como exageraciones de los rasgos normales de la personalidad y están condicionados genéticamente (genotipos), pero siempre en interacción con factores psicosociales y contextuales. Los rasgos de personalidad solo constituyen TP cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo.

Las veinticinco facetas que se agrupan en los cinco dominios de la personalidad de orden superior (Afectividad

Tabla 3 Dominios de orden superior y facetas de personalidad en el DSM-5 (sección III)		
DOMINIOS DE ORDEN SUPERIOR	FACETAS-RASGO DE LA PERSONALIDAD	NÚMERO DE RASGOS (total: 25)
Afectividad negativa	Labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, sumisión, hostilidad, perseverancia, depresividad (común a otros dominios), suspicacia (común a otros dominios), afectividad restringida (común a otros dominios).	6
Desapego	Retraimiento social, evitación de la intimidad, anhedonia, depresividad, afectividad restringida, suspicacia.	6
Antagonismo	Manipulación, falta de honradez, grandiosidad, búsqueda de atención, insensibilidad, hostilidad (común a otros dominios).	5
Desinhibición	Irresponsabilidad, impulsividad, distraibilidad, temeridad, carencia de perfeccionismo.	5
Psicoticismo	Creencias y experiencias extrañas, excentricidad, disregulación cognitiva y perceptiva.	3

negativa, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo) se utilizan para "componer" los TP categorialmente (figura 1). La sección III del DSM-5 propone seis categorías de TP definidos dimensionalmente por sus rasgos correspondientes: antisocial, límite (TLP), narcisista, evitativo, obsesi-

vo-compulsivo y esquizotípico. Son estas las categorías que tienen un mayor respaldo empírico y las que más correlacionan con las dimensiones de personalidad propuestas. Todos los TP, salvo el antisocial, pueden diagnosticarse antes de los 18 años de edad.



Figura 1 Composición de los TP a partir de los dominios y facetas

El DSM-5 también incluye adicionalmente un TP de rasgo especificado (TP-RE), que se podrá hacer cuando se considera presente un TP, pero los criterios para un trastorno específico de la personalidad no se puedan alcanzar plenamente.

Para este diagnóstico, como para cualquiera de los otros TP, el clínico deberá tomar nota de la gravedad de la alteración en el funcionamiento de la personalidad, con dificultades en dos o más áreas (identidad, autodirección, empatía o intimidad), así como de la presencia de dominios y facetas patológicos.

Los otros TP específicos que contemplaba el DSM-IV y siguen en la sección II del DSM-5 (esquizoide, paranoide, histriónico y dependiente), los demás TP en estudio (depresivo, pasivo-agresivo), el trastorno psicopático/sádico y la categoría residual de TP no especificado desaparecen de esta versión. Deberían, por ello, evaluarse, como en el caso de los TP, con una descripción detallada de las anomalías en el funcionamiento personal e interpersonal y con una valoración dimensional de los dominios y facetas de la personalidad.

Debe hacerse también una valoración politética de los rasgos desadaptativos. Así, para cumplimentar el criterio B se requiere una afectación moderada o severa de un número determinado de facetas de personalidad: en el trastorno antisocial, seis o más de un total de siete facetas; en el trastorno evitativo, tres o más de un total de cuatro; en el trastorno límite, cuatro o más de un global de siete (pero exigiendo que se dé alguno de los tres rasgos esenciales); en el trastorno narcisista, los dos rasgos propuestos; en el trastorno obsesivo-compulsivo, tres o más de los cuatro rasgos desadaptativos que lo conforman; y, finalmente, en el esquizotípico, cuatro o más de los seis rasgos propuestos.

En cuanto a los TP específicos, el TP antisocial se caracteriza por una falta de conformidad con la conducta legal y ética, el egocentrismo, la crueldad y una falta de preocupación por los demás, acompañados por el engaño, la irresponsabilidad, la manipulación y/o temeridad. Dominios esenciales para la evaluación: Antagonismo y Desinhibición.

Las características típicas del TP por evitación son la evitación de situaciones sociales y la inhibición en las relaciones interpersonales, relacionadas con sentimientos de ineptitud e incapacidad, preocupación ansiosa por la evaluación negativa y el rechazo y temores de ridículo o vergüenza. Dominios esenciales para la evaluación: Afectividad negativa y Desapego.

El TLP se caracteriza por la inestabilidad de la imagen de sí mismo, de las metas personales, de las relaciones interpersonales y de la afectividad, así como por impulsividad, temeridad (asunción de riesgos) y/u hostilidad. Dominios esenciales para la evaluación: Afectividad negativa y Desinhibición.

Las características típicas del trastorno de personalidad narcisista son la autoestima variable y vulnerable, con in-

tentos de regulación a través de la atención y la búsqueda de aprobación y grandiosidad, ya sea abierta o encubierta. Dominio esencial: Antagonismo.

En el TP obsesivo-compulsivo están presentes las dificultades para establecer y mantener relaciones cercanas, asociadas con perfeccionismo rígido, inflexibilidad y expresión emocional restringida. Dominios esenciales para la evaluación: Afectividad negativa y Desapego.

Las características típicas del trastorno esquizotípico de la personalidad son la deficiencia en la capacidad para establecer relaciones sociales y cercanas, así como excentricidades en la cognición, la percepción y el comportamiento, que se asocian a una imagen propia distorsionada y a metas personales incoherentes. También están presentes la suspicacia y la expresión emocional restringida. Dominios esenciales para la evaluación: Psicoticismo y Desapego.

Por último, para el diagnóstico del trastorno de rasgo especificado de la personalidad, el paciente debe tener patología en, al menos, un dominio de la personalidad de los 5 existentes.

El interés de todas estas exigencias es que podrían suponer un decremento de las altas tasas de prevalencia de los TP en los estudios actuales, así como una mejora de la especificidad y homogeneidad en los diagnósticos.

Evaluación

La APA espera que la inclusión de esta nueva propuesta en la sección III del DSM-5 fomente la investigación que dé respaldo a esta nueva forma de diagnóstico, que contribuya a una mayor comprensión de las causas y que, en último término, mejore los tratamientos de los TP.

Para ello los instrumentos de evaluación, así como las instrucciones y directrices de interpretación, están disponibles gratuitamente en la página web de la APA. Así, por ejemplo, el *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5)²⁷, que es la medida del modelo dimensional de 25 rasgos propuesto por el DSM-5, está disponible *on-line* en DSM-5.org. y se ofrece tanto a psiquiatras y a psicólogos como a médicos de atención primaria.

HACIA LA CIE-11

Según el último borrador de la CIE-11²⁸, los TP se caracterizan por una alteración generalizada en la persona para pensar acerca de sí misma, los demás y el mundo, que se refleja en la experiencia, en la expresión emocional y en los patrones de comportamiento. El trastorno se asocia a problemas significativos en el funcionamiento, que son particularmente evidentes en las relaciones interpersonales y se manifiestan a

Tabla 4 Gravedad de los trastornos de personalidad según el borrador de la CIE-11 (WHO, 2014)	
NIVEL DE GRAVEDAD	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES
Sin trastorno de la personalidad	Sin alteraciones significativas.
Dificultades de la personalidad	Algunos problemas de personalidad en algunas situaciones, pero no de forma generalizada.
Perturbación simple de la personalidad	Patrón persistente de pobre funcionamiento interpersonal y de autocontrol que se manifiesta a cualquier edad.
Trastorno de la personalidad	Problemas de personalidad bien delimitados, manifestados en un amplio rango de situaciones.
Trastorno complejo de la personalidad	Problemas de personalidad definidos; generalmente abarcan varios ámbitos de la personalidad y se dan en todas las situaciones.
Trastorno grave de la personalidad	Igual que el trastorno complejo, pero con riesgo significativo para uno mismo o para los otros.

través de una gama de situaciones personales y sociales (es decir, no se limitan a relaciones o situaciones específicas). La perturbación es de larga duración (2 años o más).

Por lo general, los TP tienen sus primeras manifestaciones en la infancia y son totalmente evidentes en la adolescencia. Sin embargo, en algunos casos los TP se desarrollan más tarde en la vida, en cuyo caso se puede utilizar el calificador de "inicio tardío".

Los criterios diagnósticos entre el DSM-5 y la futura CIE-11 forzosamente deben armonizarse. Es evidente la elevada prevalencia de los TP, pero la mayoría no son graves. El Grupo de Trabajo de la OMS, bajo la dirección de Peter Tyrer, tiene decidido que es necesario incorporar en la clasificación de los TP de la CIE-11 la evaluación de la gravedad. Lo que está claro, a partir de estudios de investigación empírica, es que los TP más graves abarcan muchos dominios de la personalidad, de modo que en los trastornos más graves no hay prácticamente ninguna función de la personalidad satisfactoria²⁹.

Tyrer y Johnson,²⁹ en 1996, ya propusieron una valoración de gravedad de los TP para el DSM, según afectara a un solo *cluster*, a varios *clusters* o se dieran síntomas graves y/o peligrosos. Muchas veces lo que experimenta el paciente es tan solo una acentuación de sus rasgos básicos de personalidad como respuesta a una situación de estrés, sin darse los requisitos de inicio precoz, omnipresencia y resistencia al cambio definitorios de un TP. Por otra parte, no es lo mismo un trastorno de personalidad simple que uno complejo. El trastorno simple de la personalidad consistiría en la aparición de uno o más trastornos del mismo grupo (a, b o c). El trastorno difuso o complejo incluye varios TP de diferentes grupos o *clusters*.

A su vez, el Gobierno británico, decidido a evitar delitos muy graves, introdujo en 1999 un nuevo concepto, el llama-

do "trastorno de personalidad grave y peligroso (TPGP)", destinado a personas que cumplieran tres requisitos: 1) tener un trastorno grave de la personalidad; 2) presentar riesgo significativo de causar daño físico o psicológico grave a una o varias víctimas; y 3) estar el riesgo de violencia funcionalmente vinculado al TP. El juicio acerca de si una persona cumplía los criterios diagnósticos para el TPGP debería ser objetivo y estar basado en la valoración de la psicopatía según la PCL-R³⁰.

El proyecto del último borrador de la CIE-11 organiza la gravedad según diferentes criterios de intensidad: 1) dificultad de la personalidad; 2) perturbación de la personalidad; 3) trastorno simple de la personalidad; 4) trastorno complejo de la personalidad; y 5) trastorno severo de la personalidad (tabla 4). En el borrador se proponen 4 dominios de la personalidad, que podrían ser el internalizante (lábil, ansioso), el externalizante (hostil, disocial), el anancástico (perfeccionista, rígido) y el esquizoide (susceptible y poco empático), que, junto con la valoración de la gravedad, constituyen el esquema clasificatorio de los TP³¹ (tabla 5). La superposición diagnóstica entre varias formas comunes de la psicopatología se explica por dos factores de orden superior oblicuo: internalización y externalización. En este modelo la internalización representa un sustrato de los trastornos depresivos y de ansiedad, mientras que la externalización se corresponde esencialmente con el abuso de sustancias adictivas y con las características de la personalidad antisocial. Este modelo tiene un soporte empírico consistente.

Por otra parte, la madurez de las relaciones con las demás personas correlaciona inversamente con la presencia y gravedad de un diagnóstico de TP. Además, la función reflexiva (es decir, la capacidad de comprender e interpretar los estados mentales propios y de los demás) es menor en los pacientes con TLP y es también inversamente proporcional al número de TP diagnosticados en un determinado paciente³².

Tabla 5 | **Dominios y rasgos de la personalidad relacionados con la gravedad según el borrador de la CIE-11 (WHO, 2014)**

DOMINIOS DE LA PERSONALIDAD	RASGOS DE PERSONALIDAD	GRAVEDAD
Esquizoide	Indiferencia y frialdad social, introspección, expresión reducida de afectos, susceptibilidad, falta de empatía.	TRASTORNO COMPLEJO DE LA PERSONALIDAD
Anancástico	Conducta sobrecontrolada, orden rígido, perfeccionismo, inflexibilidad, cautelas excesivas.	TRASTORNO COMPLEJO DE LA PERSONALIDAD
Externalizante	Falta de responsabilidad, antagonismo, insensibilidad ante las necesidades de los demás, ira y conductas agresivas, engaños, egocentrismo.	TRASTORNO COMPLEJO DE LA PERSONALIDAD
Internalizante	Ansiedad, falta de autoestima, timidez, dependencia de otras personas, indecisión.	DIFICULTADES DE LA PERSONALIDAD

En resumen, las variaciones en los TP se limitan a cuatro o cinco factores que incluyen dimensiones como la impulsividad, la agresión encubierta, el aislamiento, la rigidez y el perfeccionismo, la introversión y la suspicacia o los rasgos ansioso-dependientes, que se distribuyen de forma dimensional en todas las personas. Los niveles más graves de los TP suponen una combinación de los rasgos anteriores³³.

CONCLUSIONES

Hay suficiente investigación como para concluir que la perturbación de la personalidad es un constructo dimensional y que no existen diferencias esenciales entre las estructuras de la personalidad de los sujetos que tienen un TP y las de los que no lo tienen. Las insuficiencias de la clasificación de los TP en el DSM-IV, especialmente la suposición de que dichos trastornos no forman un continuo con la personalidad normal, el solapamiento entre los criterios diagnósticos de los distintos TP, la excesivamente frecuente comorbilidad de los TP o la falta de validez discriminante de dicha clasificación, hacían esperar un cambio de paradigma en el DSM-5 hacia una posición dimensional^{33,34,4,26,35}.

Sin embargo, la APA no se ha atrevido a hacer un cambio brusco en el DSM-5 y, a la espera de la CIE-11, ha querido asegurar una transición suave desde el DSM-IV, por lo que ha recurrido a un modelo híbrido de dos sistemas de valoración para los TP. En cuanto a los trastornos específicos señalados, resulta chocante que se mantenga en el DSM-5 el trastorno antisocial de la personalidad cuando hay una investigación sólida que respalda la existencia de un TP más específico y preciso denominado *psicopatía*, que abarca dos factores: los componentes antisociales, recogidos en el DSM-5, y los componentes afectivos de este trastorno (falta de empatía, crueldad, ausencia de remordimiento)^{36,2,37,38}.

En nuestra opinión, el modelo híbrido propuesto supone una yuxtaposición compleja y confusa de modelos taxonómicos incompatibles, sin un respaldo empírico sólido y con poca utilidad para propósitos clínicos porque la valoración es laboriosa³⁵. Este último punto es importante en la práctica profesional porque la mayoría de las personas con un TP se resisten a ser evaluadas y tratadas³³. A nivel clínico, el mejor predictor de los resultados terapéuticos con los TP es la gravedad, más que el tipo de TP en concreto^{34,39}. Por ello, este es el criterio que va a adoptar la nueva clasificación de la CIE en su próxima edición prevista para 2016-2017 (CIE-11)³¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Esbec E, Echeburúa E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39:1-11.
3. Sandín B. DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2013;18:255-86.
4. Echeburúa E, Salaberria K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*. 2014;32:65-74.
5. Krueger RF, Markon KE. The Role of the DSM-5 Personality Trait Model in Moving Toward a Quantitative and Empirically Based Approach to Classifying Personality and Psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:7.1-7.25 The Annual Review of Clinical Psychology is online at <http://clinpsy.annualreviews.org>
6. Barker P. Psychiatric diagnosis. In: Barker P, ed. *Mental health ethics: The human context*. Abingdon, NY: Routledge; 2011. p. 139-48.
7. Frances A. *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. London: William Morrow (HarperCollins Publishers); 2013.
- 8-. Kraemer HC, Kupfer DJ, Clarke DE, Narrow WE, Regier DA. DSM-5: how reliable is reliable enough? *Am J Psychiatry*. 2012; 169:13-5.
9. Reed GM. ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología?

- Int J Clin Hlth Psych. 2012;12:461-73.
10. International Classification of functioning, disability and health (ICF). Short version. Ginebra. OMS; 2001.
 11. Schmeck K, Schlüter-Müller S, Foelsch PA, Doering S. The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2013;7:27.
 12. Kernberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
 13. Skodol AE, Bender DS, Oldham JM, Clark LA, Morey LC, Verheul R, et al. Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part II: clinical application. *J Pers Disord*. 2011;25:136-69.
 14. Cloninger CR. A practical way to diagnosis personality disorders. *J Pers Disord*. 2000;14:99-108.
 15. Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton; New York, NY; 1953.
 16. Hopwood CJ, Wright GC, Pincus AL. The interpersonal core of personality pathology. *J Pers Disord*. 2013;27:270-95.
 17. Eisenberg N. Emotion, regulation, and moral development. *Ann Rev Psychol*. 2000;51:665-97.
 18. Costa PT, Widiger TA. *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd edit.). Washington: American Psychological Association; 2002.
 19. Eysenck HJ. Dimensions of personality: the biosocial approach to personality. In: Strelau J, Angleitner A, eds. *Explorations in temperament: international perspectives on theory and measurement*. London: Plenum; 1991.
 20. Gray JA. A critique of Eysenck's theory of personality, In: Eysenck HJ, ed. *A model for personality*. New York: Springer-Verlag, 1981.
 21. Zuckerman M, Kuhlman DM, Joireman J, Teta P, Kraft M. A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *J Per Soc Psychol*. 1993;65:757-68.
 22. Livesley WJ, Jackson DN. *Dimensional Assessment of Personality Pathology Manual*. Port Huron: Sigma; 1999.
 23. Millon T, Everly GS. *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. New York, NY: Wiley; 1985.
 24. Cloninger C, Svrakic DM, Przybeck TR. A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:975-90.
 25. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1647-58.
 26. Gore WL, Widiger TA. The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *J Abnorm Psych*. 2013;122:816-21.
 27. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med*. 2012;42:1879-90.
 28. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problem ICD-11 Beta Draft*-World Health Organization, 2014 (www.who.int/classifications/icd11)
 29. Tyrer P, Johnson T. Establishing the severity of Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1593-7.
 30. Maden T, Tyrer P. Dangerous and severe personality disorders: A new personality concept from the United Kingdom. *J Person Disord*. 2003;17:489-96.
 31. Tyrer P. The classification of personality disorders in ICD-11: Implications for forensic psychiatry. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2013;23(1):1-5.
 32. Bouchard MA, Target M, Lecours S, Fonag P, Tremblay LM, Schachter A, et al. Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*. 2008;25:47-66.
 33. Tyrer P. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: A classification of personality disorders that has had its day*. *Clin Psychol Psychot*. 2012;19:372-4.
 34. Caballo V. Los trastornos de la personalidad en el DSM-5: una oportunidad perdida para el progreso del campo. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2013;21:215-8.
 35. Livesley W. Disorder in the proposed DSM-5 classification of personality disorders. *Clin Psychol Psychot*. 2012;19:364-8.
 36. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Act Esp Psiquiatr*. 2010;38:249-61.
 37. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Male batterers with and without psychopathy: An exploratory study in Spanish prisons. *Int J Offender Th*. 2007;51:254-63.
 38. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*. 2008;20:193-8.
 39. Verheul R. Personality disorder proposal for DSM-5: An heroic and innovative but nevertheless fundamentally flawed attempt to improve DSM-IV. *Clin Psychol Psychot*. 2012;19:369-71.