

Capítulo 31

Trastornos de personalidad

M. Roca Bennasar, M. Bernardo Arroyo, H. Arnillas Gómez

INTRODUCCIÓN

El interés por los trastornos de la personalidad tiene un largo pasado y una historia reciente. Disquisiciones sobre las diferencias entre temperamento y carácter, por ejemplo, se encuentran en múltiples escritos, desde tiempos remotos. Se ha atribuido a Pinel la primera descripción de lo que ahora llamamos trastornos de personalidad, al diferenciar una serie de cuadros clínicos del resto de las enfermedades mentales e incluirlos en la *manie sans delire*. Eran personas propensas a las conductas súbitas y violentas. A principios de siglo se describieron tipos de personalidad específicos basados en la teoría psicoanalítica, primero teniendo en cuenta las fases del desarrollo psicosexual, más tarde apoyándose en las relaciones objetales y finalmente en la psicología del yo. Kraepelin, hacia 1920, acuñó el término "personalidad psicopática" y junto con Kretschmer defendió que los tipos de personalidad estaban relacionados con la paranoia y la enfermedad maniaco-depresiva desde un punto de vista genético. Pero la categorización de los diferentes trastornos de personalidad encontró su base más sólida en Schneider, quien definió las personalidades anómalas como variantes constitucionales que se ven muy influidas por las experiencias personales. Describió diez tipos de personalidades psicopáticas y defendió que los trastornos de personalidad eran con-

secuencia de una exageración patológica de rasgos normales de personalidad, posición enfrentada a la establecida por Kraepelin (Tabla I).

A esta compleja definición, en la que se continúan enfrascando diversas escuelas psicológicas, se añaden los aspectos genéticos o de aprendizaje que modulan la constitución de las características de las diferentes personalidades hasta amalgamar un sustrato muy polémico (1). Decidir cuáles son las características de personalidad fundamentales y cómo se han ido configurando avanza el primer eslabón de una larga cadena de interrogantes: ¿existen características de personalidad o personalidades anómalas?; ¿existen trastornos de personalidad?; una vez esta-

Tabla I
Trastornos de personalidad
antecedentes

Pinel
Griesinger ("Aberraciones de la Inteligencia")
Kretschmer
Kurt Schneider ("Variaciones anormales del modo de ser psíquico")

blecido este hipotético diagnóstico, ¿resulta tan estable como las características de personalidad?; ¿cuáles son las relaciones de estos hipotéticos trastornos respecto a la normalidad?, y finalmente, ¿cómo influyen o determinan estas personalidades la evolución de trastornos mentales, agudos o crónicos, y aún de enfermedades médicas?

Quizás haya sido esta influencia de la personalidad y de sus eventuales repercusiones en otros trastornos mentales, tanto en su presentación y evolución como en su pronóstico y tratamiento, lo que ha multiplicado el interés psicopatológico por evaluar estos aspectos, en población general y en poblaciones clínicas (2). Las dificultades metodológicas resultan evidentes: la definición de personalidad es una perenne réplica entre diferentes escuelas, los límites de los diferentes trastornos de personalidad resultan muy difusos, la diferenciación con la normalidad es problemática y, en definitiva, todavía siguen vigentes preguntas que resultan casi superfluas en otros trastornos mentales, como por ejemplo qué debemos evaluar, o a quién debemos evaluar para alcanzar datos mínimamente fiables. Para la CIE-10 se trata de alteraciones severas de la personalidad y la conducta que implican desviaciones pronunciadas de los patrones culturales habituales e invaden áreas diversas del comportamiento general del individuo, iniciados en la adolescencia, que continúan en la edad adulta y pueden originar problemas laborales y sociales. Para el DSM-IV los trastornos de personalidad son patrones de conducta inflexibles y desadaptativos, que causan un malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo, de inicio en la adolescencia y que persisten en edades posteriores. Definiciones, como puede verse, muy similares (3).

Existen numerosas hipótesis etiopatogénicas en los trastornos de personalidad. Amplias muestras de gemelos analizadas en Estados Unidos muestran mayor concordancia entre gemelos homocigotos. Los trastornos de personalidad paranoide y esquizoide son más frecuentes entre familias de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que en los grupos control. Quienes presentan trastorno límite de la personalidad ofrecen mayores porcentajes de trastornos afectivos entre sus familiares. Desde una perspectiva neurobiológica se ofrecen algunos datos de gran relevancia: rasgos de impulsividad se han relacionado con niveles elevados de testosterona y otras hormonas. Los neurotransmisores serotoninérgicos y dopaminérgicos se han implicado en conductas impulsivas en diferentes trabajos. Bajas tasas de monoaminas en líquido cefaloraquídeo constituyen hallazgos ampliamente documentados en suicidas. Igualmente, un nivel bajo de monoaminooxidasa (MAO) en las plaquetas correlaciona con la actividad y la socialidad en estudios realizados con primates. La actividad MAO plaquetaria en humanos se ha asociado también con la sociabilidad: a niveles más bajos, mayor sociabilidad. Las endorfinas, además del efecto analgésico,

disminuirían la activación. Cambios en la actividad de ondas lentas ofrecen un perfil electroencefalográfico encontrado en algunas formas de trastornos de personalidad, concretamente el trastorno disocial y el límite o borderline.

MODELOS PSICOLÓGICOS Y PSICOBIOLOGICOS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Ahora bien, ¿cuál es el núcleo de las diferencias interpersonales?, ¿qué es lo que nos lleva a comportarnos de forma diferente ante las mismas situaciones?. Hipócrates describió la teoría de los humores para responder a estos interrogantes, en el primer intento de categorizar estas diferencias. Apoyándose en los temperamentos descritos por autores anteriores, Wunt estableció, por primera vez, un cierto modelo dimensional de la personalidad. Kretschmer y Sheldon propusieron una clasificación basándose en las características fenotípicas, y el último de ellos un primer acercamiento al concepto de dimensión más tarde desarrollado por Eysenck. Las bases para el estudio actual de la personalidad fueron propuestas por Paulov, quien estableció una tipología funcional del sistema nervioso en función de la actividad (excitación o inhibición) del cortex encargado de regular los estímulos (4).

Eysenck propuso un modelo dimensional de la personalidad partiendo de la existencia de conductas observables y repetitivas, en un intento de encontrar el sustrato biológico de las diferencias interpersonales. En dicho modelo se pueden identificar cuatro niveles de respuestas:

—Respuestas específicas: producidas una vez y no necesariamente propias del individuo.

—Respuestas habituales: el individuo las presenta ante estímulos habituales.

—Rasgos o factores de primer orden: correlaciones existentes entre respuestas habituales.

—Factores de segundo orden o tipos generales: formados por las correlaciones entre los rasgos, independientes entre ellos y que corresponden a las dimensiones básicas de la personalidad.

Una vez descritas las dimensiones básicas, Eysenck diseñó un cuestionario para poder situar a los diferentes individuos en cada una de ellas: el Eysenck Personality Questionnaire (EPD). Las dimensiones básicas o superfactores son tres:

—Neuroticismo/estabilidad.

—Extraversión/introversión.

—Psicoticismo/normalidad.

Las características de los sujetos neuróticos típicos serían: poca tolerancia a la frustración, ansiedad, tendencia a la somatización y a la depresión, inestabilidad emocional, respuestas altas a los estímulos con dificultad para volver a la normalidad. Los individuos estables se caracterizarían por lo contrario. Mediante

los estudios experimentales realizados, Eysenck estableció una relación estrecha entre el neuroticismo y el sistema vegetativo a través del sistema límbico (cerebro-visceral). Encontró una mayor respuesta vegetativa a los estímulos y un tiempo alargado de recuperación en sujetos neuróticos.

Los sujetos extrovertidos se caracterizarían por la sociabilidad, actividad, vivacidad, impulsividad y excitabilidad; al contrario que los introvertidos, rígidos, subjetivos, irritables y persistentes. Las diferencias en esta dimensión serían consecuencia del nivel de activación del sistema reticular activador ascendente, presentando los introvertidos un arousal más elevado que los extrovertidos, por lo que buscarían menor número de estímulos externos. Por último, las personas psicóticas serían solitarias, con poca empatía, poco solidarias, extravagantes y con atracción por el riesgo. Las bases biológicas del psicoticismo no están tan sustentadas experimentalmente como las dos dimensiones anteriores. Eysenck se refiere a una alteración global de la homeostasis del sistema nervioso y sugiere que está ligada a diferencias de género.

En cambio, Gray postuló que todo comportamiento es consecuencia de una alteración de las bases fisiológicas de la conducta, alteración causada por un estímulo determinado. Para desarrollar su modelo de personalidad comenzó estudiando experimentalmente las emociones animales a través del aprendizaje, llegando a describir tres sistemas emocionales:

—*Sistema de recompensa*: responsable de conductas de aproximación y que, a nivel cerebral, se localizaría en el haz medial del cerebro anterior y en el hipotálamo lateral.

—*Sistema inhibitor de la acción*: relacionado principalmente con el hipocampo, área medial del septum, córtex orbital frontal y núcleo caudado.

—*Sistema de huida/ataque*: se activaría ante estímulos con dos respuestas alternativas, relacionado con amígdala, hipotálamo medial y sustancia gris del cerebro medio.

La propuesta de Gray incluía un modelo dimensional de la personalidad que era una modificación del modelo de Eysenck y se basaba en la susceptibilidad a premios o castigos y por tanto en la predominancia de uno de los sistemas anteriormente mencionados. Redefinió la introversión como sensibilidad al castigo, frente a la extroversión como sensibilidad al premio y el neuroticismo como amplificador de la susceptibilidad a ambos. De esta forma creó dos nuevas dimensiones, diagonales a las descritas por Eysenck:

—*Ansiedad* (desde el neurótico-introvertido al extrovertido-estable), en función de la actividad del sistema inhibitor.

—*Impulsividad* (del introvertido-estable al extrovertido-neurótico) en relación con el sistema de aproximación.

Gray relacionaba fisiológicamente la introversión con el sistema inhibitor y el sistema reticular activa-

dor ascendente, y el neuroticismo con la inestabilidad del sistema nervioso autónomo y el sistema neuroendocrino. En cuanto a la tercera dimensión de Eysenck, el psicoticismo, fue considerada por Gray como dependiente del sistema huida-ataque, por tanto de la amígdala, según las diferencias en las respuestas agresivas. Este autor puntualizó también las observaciones realizadas por Eysenck sobre el condicionamiento. Eysenck consideraba en los introvertidos una mayor capacidad de condicionamiento que en los extrovertidos, mientras que Gray concluía que los introvertidos son más sensibles a los estímulos aversivos y los extrovertidos a los refuerzos positivos.

En los últimos años se han desarrollado nuevos modelos dimensionales que añaden otros factores a los ya señalados por Eysenck. El modelo de los cinco factores propuesto por Fiske suma los siguientes: amabilidad (fundamentado en la interacción social), responsabilidad (relacionada con la conducta dirigida a objetivos), y apertura a la experiencia (en referencia a la búsqueda de experiencias nuevas). A su vez, Cloninger (5) propone un modelo de personalidad que puede ser utilizado tanto para evaluar personalidad normal como patológica, con cuatro dimensiones temperamentales y tres del carácter. La diferencia entre el temperamento y el carácter es que el primero tiene una base constitucional (origen heredo-biológico) y el segundo tiene más que ver con el aprendizaje y la socialización. La existencia de un trastorno de la personalidad está condicionada por las dimensiones del carácter, y el tipo concreto de trastorno depende del perfil del temperamento. El temperamento, según este autor, cuenta con cuatro dimensiones:

—*Búsqueda de novedades*: tendencia a la conducta exploratoria, en relación con la actividad dopaminérgica mesolímbica.

—*Evitación del daño*: tendencia a huir de situaciones amenazantes, relacionado con actividad serotoninérgica.

—*Dependencia de la recompensa*: conductas que buscan la aprobación y el refuerzo.

—*Perseverancia*: dimensión que inicialmente formaba parte de la anterior y que define la resistencia a que se extingan las conductas que buscan un refuerzo, aunque este haya desaparecido.

Los estudios respecto a las bases biológicas de las dos últimas dimensiones resultan menos concluyentes. A partir de este modelo se han creado instrumentos de medida útiles en la clínica, ya que según sus respectivos autores permiten un análisis, cuantitativo en unos casos y cualitativo en otros, de la personalidad.

El modelo de rasgo estudia los rasgos de personalidad de los individuos sanos y considera la patología de la personalidad como una variación dimensional de estos. Entendemos por rasgo una parte determinada y constante de la personalidad que se infiere de la totalidad de la conducta de un individuo. Es una

característica estable frente al concepto de estado, transitorio o limitado en el tiempo. Es en esta diferencia donde podemos basarnos para separar los trastornos de la personalidad de los trastornos mentales (eje II/eje I). En el primer borrador de la CIE-10 se contemplaba la categoría de acentuación de rasgo, definida como una personalidad inarmónica por la acentuación de uno o más rasgos, lo que no constituiría propiamente un trastorno. Finalmente no fue incluida porque en la definición también se consideraba que rara vez precisa la atención de un especialista.

El modelo biológico defiende la existencia de bases biogénéticas. Considera algunos trastornos de la personalidad como formas subclínicas de trastornos mentales. Existen estudios que hacen dudar que los rasgos normales y anormales sean los mismos, entre ellos los que encuentran mayor heredabilidad de los primeros. Además la prevalencia de los trastornos de personalidad es más elevada que la que podría esperarse en función de los rasgos de personalidad encontrados en población general. Birchnell, al igual que otros autores, sugieren que una forma extrema de un rasgo normal no tiene por qué ser patológica.

EPIDEMIOLOGÍA

Vamos a ceñirnos a los estudios epidemiológicos realizados con instrumentos de medida estandarizados. A la escasa fiabilidad de los trabajos que no utilizan este tipo de instrumentos se añade la propia dificultad conceptual de los trastornos de personalidad. Ello obliga, en contradicción con los principios que animan este texto, a basarnos fundamentalmente en instrumentos realizados a partir de la nosología de la American Psychiatric Association, los diferentes DSM, ya que en este momento prácticamente no existen trabajos publicados con entrevistas estandarizadas de acuerdo con los criterios de la clasificación CIE-10 (6). Actualmente contamos con múltiples entrevistas y cuestionarios para la evaluación global de los trastornos de personalidad, existiendo solamente entrevistas específicas para los denominados trastornos de personalidad límite, esquizotípico, antisocial y narcisista.

ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN POBLACION GENERAL

Los estudios de Reich, Zimmerman y Maier son los más relevantes realizados en población general. Reich et al (7) realizaron un trabajo de campo durante el año 1985, utilizando una muestra de 235 adultos con una media de 45 años y encontraron un 11,1% de trastornos de la personalidad. Las tasas más elevadas se dieron en mujeres entre 30 y 40 años y en los varones menores de 30. Fue más fre-

cuente encontrar problemas familiares, conyugales y de desempleo así como consumo de alcohol en personas con trastorno de la personalidad. El instrumento utilizado para la evaluación de la muestra fue el Personalty Diagnostic Questionnaire (PDQ).

Zimmerman y Coryell (8) encontraron una prevalencia del 13,5% utilizando el SIPQ y del 10,3% utilizando el PDQ en un estudio efectuado con dos instrumentos diagnósticos simultáneos. La muestra estaba formada por 700 familiares de pacientes psiquiátricos y controles sanos. Los trastornos encontrados con más frecuencia fueron el esquizotípico, histriónico, antisocial y pasivo agresivo con el SIPQ y el trastorno de personalidad por dependencia utilizando el PDQ.

Maier (9) utilizó el *Structured Clinical Interview for DSM-III Axis II* (SCID-II) para evaluar a 447 personas, hallando una prevalencia de trastorno de personalidad del 10,3%. Estudiaron también la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, que resultó elevada entre trastornos de ansiedad y el trastorno de personalidad por evitación y entre los trastornos afectivos y el trastorno límite.

Weissman (10), en 1993, revisó los trabajos que habían utilizado criterios DSM-III-R y entrevistas estandarizadas encontrando, de manera ciertamente paradójica, resultados de prevalencia muy similares, entre el 10 y el 13% (Tabla II). Parecía difícil pensar que se pudieran dar resultados tan homogéneos en unos trastornos donde aún existen importantes dificultades diagnósticas y de evaluación. Sólo un trabajo de Samuels et al (11) publicado en 1994, con carácter retrospectivo, utilizando 810 informes de adultos examinados durante el *Mental Health Epidemiologic Catchment Area*, ECA, realizado en Baltimore en 1981 con criterios DSM-III, da cifras

Tabla II
Prevalencia global de trastornos de personalidad en estudios con criterios estandarizados

TP EN POBLACIÓN EN GENERAL		
Entrevista	%	Autor/año
PAS	13%	Casey y Tyrer, 1986
PDQ	11,1%	Reich, 1988
SIPD/PDQ	10,34%	Zimmerman y Coryell, 1990
SCID-II/SADS	10,3%	Maier, 1992
	10%	Bateman, 1993 (revisión, DSM-III-R)
ASISTENCIA PRIMARIA		
	34%	Casey y Tyrer, 1986
	20-30%	Bateman, 1993

más bajas: un 5,9%, con mayor prevalencia entre los hombres y sin diferencias significativas en la comorbilidad entre los diferentes trastornos del eje II. Finalmente, Case y Tyrer por un lado y Bateman por otro evaluaron a pacientes atendidos en servicios de atención primaria obteniendo tasas mucho más elevadas, lo que abría la puerta a la discusión entre comorbilidad o co-ocurrencia de diferentes trastornos.

Por lo que respecta a los datos de prevalencia de los trastornos de personalidad específicos, aparecen reflejados en la Tabla III. Dado que sólo existen, como hemos citado, instrumentos específicamente diseñados para evaluar los trastornos de personalidad límite, antisocial, narcisista y esquizotípico, los datos epidemiológicos, del resto de los trastornos, se han obtenido mediante los instrumentos de medida para valoración global. De acuerdo con los diferentes estudios, los trastornos de personalidad más frecuentes han sido el límite, el antisocial y el histriónico, si dejamos de lado el esquizotípico, que en la clasificación CIE-10 (más adelante nos detendremos en estas diferencias) forma parte de la misma categoría que la esquizofrenia y los trastornos delirantes y no está incluido como uno más de los trastornos de la personalidad.

Por lo que respecta a la variable sexo, el trastorno límite y el trastorno por dependencia resultaron más frecuentes entre las mujeres, mientras que el antisocial, esquizoide y narcisista presentaron cierto predominio masculino. Recientes trabajos de Grilo et al (12) en adolescentes hallan una clara mayor prevalencia del trastorno límite en mujeres y del trastorno narcisista en hombres mientras que otras variables analizadas (edad, raza, nivel socioeconómico) no son significativas. Si se tiene en cuenta la edad, parece existir una mayor prevalencia en poblaciones ancianas, lo que nos devuelve a otra discusión habitual, la estabilidad teórica de un diagnóstico como el de per-

sonalidad. La prevalencia aumenta ligeramente en medios urbanos y en los grupos de población con recursos económicos más bajos, según otros trabajos publicados.

ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN POBLACIONES CLÍNICAS

Revisando los diferentes estudios parece claro que los trastornos de la personalidad son frecuentes en pacientes psiquiátricos, tanto hospitalizados como ambulatorios. Sin embargo los resultados respecto a trastornos específicos resultan muy variables, dependiendo de la metodología utilizada (en general, los estudios realizados con entrevistas específicas dan cifras más elevadas). En la Tabla IV quedan expuestas las prevalencias encontradas en estudios con criterios DSM-III-R, pudiéndose observar esta disparidad de resultados.

El trastorno más común en poblaciones clínicas parece ser el trastorno de personalidad límite, con una prevalencia media del 11% en pacientes tratados ambulatoriamente y del 20% en pacientes hospitalizados. A su vez, es el que plantea mayor comorbilidad con otros trastornos, de ésta u otra categoría. Ofrece porcentajes más elevados de consumo de tóxicos, fobias simples y mayor riesgo de suicidio en cuadros depresivos. El riesgo de padecer esta patología en familiares de pacientes afectados es hasta 5 veces mayor que en la población general.

El trastorno de personalidad paranoide tiene una prevalencia media del 18%. En algunas ocasiones se ha encontrado una mayor prevalencia en familiares de probandos con esquizofrenia, que en los familia-

Tabla III

Tasas de prevalencia de trastornos de personalidad específicos en estudios comunitarios (criterios DSM-III-R)

Paranoide	0,5-2,5%
Esquizoide	0,5-7%
Esquizotípico	3-5%
Límite*	2-3%
Antisocial	2-3%
Histriónico	2-3%
Narcisista	1%
O-Compulsivo	1%
Dependencia	15%
Evitación	0,5-1%
Depresivo	—
Pas-Agresivo	1-3%

Tabla IV

Tasas de prevalencia de trastornos de personalidad específicos en poblaciones clínicas

Paranoide	2-10%
Esquizoide	10%
Esquizotípico*	2-10%
Límite**	11-19%*** 27 al 63% (en otros trastornos de personalidad)
Antisocial****	8-20%*****
Histriónico	10-15% (con entrevistas estructuradas)
Narcisista*****	3-16% (con entrevistas estructuradas)

* Esquizotípico: más frecuente en hombres.
 ** Límite: 3 veces más frecuente en mujeres.
 *** Límite: 11% en clínica ambulatoria, 19% muestras hospitalarias.
 **** Antisocial: 3-4 veces más frecuente en hombres.
 ***** Antisocial: 20% en centros toxicomanías.
 ***** Narcisista: más de la mitad son hombres.

res del grupo control. El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y el trastorno de personalidad histriónico no manifiestan diferencias importantes en cuanto a su prevalencia en poblaciones clínicas frente a la población general. Finalmente, en los estudios que se refieren al trastorno de personalidad por evitación aparecen resultados más concordantes, ofreciendo unos porcentajes en torno al 10%, que aumentan en los paciente hospitalizados.

En definitiva, a modo de resumen, digamos que el trastorno de personalidad por dependencia es el más frecuente en población general, seguido por el esquizotípico. Entre los hombres son más frecuentes los trastornos antisocial, esquizotípico y narcisista, y entre las mujeres el trastorno límite y el trastorno de personalidad por dependencia.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Cuando hacemos referencia a criterios diagnósticos en los trastornos de personalidad, nos estamos refiriendo a comportamientos: material observable, del que inferimos los rasgos de personalidad, que a su vez son patrones de percepciones, sentimientos y relaciones a través de los cuales construimos el concepto de personalidad mediante una nueva inferencia. De esta forma el diseño de los instrumentos está condicionado claramente por la teoría de personalidad en la que se apoyan.

La fiabilidad de los diagnósticos de trastorno de personalidad ha despertado gran interés. Según una magnífica revisión relativamente reciente realizada por Zimmerman (13), esta fiabilidad se ha incrementado de manera significativa con la utilización de instrumentos estandarizados. El grado de fiabilidad desciende cuando el intervalo test-retest es superior a varias semanas. Por otra parte, los resultados no son homogéneos para los distintos tipos de trastornos específicos, encontrando que son poco dependientes del diseño del estudio tan solo el trastorno de personalidad paranoide y el antisocial. Los resultados de concordancia son superiores cuando se utilizan entrevistas estructuradas que mediante cuestionarios autoaplicados, al menos cuando son aplicadas por profesionales con experiencia en la entrevista psiquiátrica. Según el citado autor, puede deberse a la mejor discriminación rasgo-estado, lo que disminuye el sesgo producido por psicopatología concurrente. El grado de acuerdo se incrementa cuando se toma como referencia la puntuación global de rasgos anormales y no la división categorial.

Para la elección del instrumento a utilizar es necesario tener en cuenta varias cuestiones. En primer lugar, los autocuestionarios son más rápidos, pero la proporción de falsos positivos resulta más elevada. Si pretendemos valorar la presencia de un trastorno específico, es recomendable realizar previamente una valoración global de la personalidad, ya que pue-

den existir diagnósticos concurrentes con frecuencia. Obviamente, también es necesario valorar la correspondencia de la entrevista o cuestionario con las clasificaciones diagnósticas, el tiempo de aplicación, la necesidad de experiencia o entrenamiento del personal. En general parece recomendable utilizar autocuestionarios como método de cribaje previo a la evaluación mediante una entrevista. Es importante el momento en que se realiza la evaluación ya que la presencia de psicopatología eleva el grado de patología en los resultados. Este efecto es más evidente cuando se utilizan autocuestionarios, y la forma más apropiada de reducir este tipo de sesgo es la utilización de entrevistas por personal con experiencia clínica.

Frecuentemente es necesario recurrir a informantes significativos, personas que conocen al individuo evaluado, de manera próxima y de forma prolongada, ya que la información depende de la capacidad de introspección del individuo evaluado y de su capacidad para valorar las consecuencias de su conducta. Estos dos factores pueden verse alterados por la presencia tanto de un trastorno mental como de un trastorno de la personalidad. La concordancia entre los resultados obtenidos a través de ambas fuentes de información es bastante pobre, con mayor patología cuando se utilizan informantes significativos (14). Muchos instrumentos de evaluación presentan la posibilidad de utilizar esta segunda fuente, dejando a criterio del evaluador la valoración de la credibilidad.

Los principales instrumentos de evaluación de trastornos de personalidad aparecen expuestos en la Tabla V junto con algunas de sus características. A continuación vamos a comentar más detalladamente los que nos parecen más relevantes o que han tenido mayor utilización o repercusión.

STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM AXIS II (SCID-II)

Diseñada por Spitzer y Williams en 1986 para el diagnóstico de los trastornos del eje II del DSM-III (15), en 1990 se publicó la versión adaptada para el DSM-III-R. Utiliza el modelo de entrevista semiestructurada y debe ser realizada por personal con experiencia clínica y entrenamiento específico. Está constituida por una o varias preguntas para cada criterio diagnóstico. Para reducir el tiempo de aplicación se ha creado un cuestionario autoaplicado que sirve como cribaje, formado por enunciados referentes a los criterios diagnósticos con un abanico de siete posibilidades de respuesta. La entrevista se centra en los criterios correspondientes a respuestas afirmativas. Finalmente se aplica un algoritmo diagnóstico que consiste en la trasposición de los requerimientos de cada uno de los trastornos específicos. En muestras clínicas se obtiene una buena concordancia al valorar la presencia de un trastorno de for-

Tabla V
Instrumentos de evaluación
más utilizados en trastornos
de personalidad

GENERALES		
Personality Assessment Schedule (PAS)	Tyrer, 1979	Entrevista
Structiured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-II)	Spitzer, 1987	Entrevista
International Personality Disorder Examination (IPDE)	Loranger, 1991	Entrevista
Temperament and Character Inventory (TPQ)	Cloninger, 1993	Cuestionar
Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)	Millon, 1994	Cuestionar
ESPECÍFICOS	TRASTORNO EVALUADO	
BDI	Conte, 1980	Límite
DIB	Gunderson, 1982	Límite
BDP	Perry, 1982	Límite
SADS	Endicott, 1978	Antisocial
DIS	Robins, 1981	Antisocial
NTS	Richman, 1987	Narcisista
DNI	Gunderson, 1987	Narcisista
SIB	Baron, 1981	Límite-esquizotípico

ma global, pero en trastornos específicos los resultados son variables. El grupo de Gómez Beneyto en Valencia (16) ha adaptado y validado este cuestionario en castellano.

Las principales críticas recibidas son el sesgo que puede resultar de la aplicación del autocuestionario y el "efecto halo" de la utilización de criterios diagnósticos (si el entrevistado presenta criterios para un diagnóstico el evaluador puede tender a dar una puntuación más elevada a quienes pertenecen a la misma categoría).

INTERNATIONAL PERSONALITY DISORDER EXAMINATION (IPDE)

Evalúa la personalidad desde las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV, cuenta con módulos específicos para cada sistema de clasificación. Está basado en el Personality Disorder Examination de Loranger, sometido a modificaciones en un programa conjunto de organismos internacionales encabezados por la OMS. El objetivo fundamental fue diseñar un instrumento de evaluación que pudiera ser utilizado internacionalmente y facilitara las comparaciones entre diferentes ámbitos y culturas.

Las preguntas están organizadas en diferentes apartados como trabajo, yo, relaciones interpersonales, afectos, control de impulsos. Para que una conducta sea considerada como un rasgo de personalidad debe presentarse al menos durante cinco años y para diagnosticar un trastorno de personalidad específico es necesario que al menos uno de los criterios esté presente antes de los veinticinco años. La fiabilidad es comparable a la de instrumentos de evaluación de los trastornos mentales.

Ya existe la versión española (17) que sigue el modelo de entrevista semiestructurada. Dispone de un cuestionario autoadministrado para el cribaje, aunque aún no se han establecido la sensibilidad y especificidad del mismo. Debe ser realizado por personal con experiencia en la entrevista psiquiátrica y con un entrenamiento específico.

PERSONALITY DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE - RE-4 (PDQ-4)

La sensibilidad de esta prueba es alta y la especificidad baja, por lo que sería un buen instrumento de cribaje. Está formado por preguntas con respuesta verdadero/falso, que son una trasposición directa de los criterios DSM-IV y una escala de distrés incapacitante, que valora la repercusión de los rasgos identificados en el funcionamiento general del evaluado.

PERSONALITY ASSESMENT SCHEDULE (PAS)

Basada en la clasificación CIE, fue la primera entrevista para evaluar trastornos de personalidad que siguió una clasificación categorial. Incluye veinticuatro rasgos que, tras la aplicación de técnicas de análisis multivariante, se agrupan en siete categorías.

OTROS INSTRUMENTOS

Existen algunos datos a favor de un modelo dimensional como más apropiado para la evaluación de los trastornos de la personalidad (18,19). También parece mayor la fiabilidad de los instrumentos cuando se puntúan dimensionalmente o el hecho observado por Tyrer y Alexander de que el análisis factorial de las variables de personalidad mostraba la misma estructura entre los individuos con trastorno de la personalidad y los que no lo presentaban. Por ello, diferentes autores han acabado proponiendo instrumentos de valoración alternativos al modelo categorial. Cloninger, apoyándose en su modelo neurobiológico diseñó el Temperament and Character Inventory (TCI), que evalúa cada una de las cinco escalas que forman parte de cada dimensión mediante preguntas con respuestas verdadero/falso.

El *Millon Clinical Multiaxial Inventory*, fue desarrollado a partir de la teoría bidimensional de Millon (fuentes de refuerzo y estilo de afrontamiento). La última versión es el MCMI-II, con veinticuatro escalas clínicas agrupadas en cinco áreas, entre ellas dos que se refieren a cuadros correspondientes al eje-I. Existen varios cuestionarios basados en el modelo de los cinco factores, el más utilizado es el NEO-PI-R de Costa y McCrae.

Finalmente comentar que todos estos cuestionarios y entrevistas han sido diseñados para ser aplicados en población adulta. En las clasificaciones actuales es posible realizar un diagnóstico de trastorno de personalidad en edades más tempranas, y aunque algunos de los instrumentos de evaluación pueden ser utilizados en adolescentes, para la valoración en población infantil es necesaria la aplicación de instrumentos específicos. En población anciana parece indispensable la elaboración de estudios que clarifiquen si realmente los trastornos de personalidad en esta población son infradiagnosticados, como opinan algunos autores, y cuál sería la causa de este hecho.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. CLASIFICACIONES ACTUALES CIE-10 Y DSM-IV

Los criterios diagnósticos actuales aparecen mediados por las clasificaciones internacionales vigentes, CIE-10 y DSM-IV. De hecho, prácticamente todas las definiciones de trastorno de la personalidad incluyen las siguientes características: comienzo en la infancia o la adolescencia, persistencia en el tiempo y en diferentes situaciones de los patrones comportamentales anómalos y presencia de sufrimiento personal o dificultades en el rendimiento social y/o laboral.

Para la CIE-10 los trastornos de personalidad abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar múltiples aspectos de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social.

Como vemos en esta definición aún quedan puntos oscuros, entre ellos clarificar el concepto de normalidad o de estabilidad. En la CIE-10 se diferencia entre trastorno de personalidad, de comienzo en la infancia o la adolescencia, y cambio persistente de la personalidad, consecuencia de una situación de estrés. Las dificultades que aparecen al establecer criterios diagnósticos para los trastornos de personalidad resultan evidentes. Entre ellas, establecer los límites

entre trastorno de personalidad, rasgos de personalidad, características anómalas de personalidad y personalidad propiamente dicha.

Debido a estos obstáculos las clasificaciones de los trastornos de personalidad han sufrido cambios importantes. La diferencia entre los trastornos de personalidad y otros trastornos mentales, separándolos en dos ejes diferentes, no apareció hasta el DSM-III entre las sucesivas clasificaciones de la *American Psychiatric Association* (APA). La búsqueda de una mejor definición, mayor validez descriptiva y un menor solapamiento de los síntomas llevó a múltiples cambios en la edición DSM-III-R. Aunque ya ha aparecido la versión multiaxial de la CIE-10, en ella no existe un eje independiente para el diagnóstico de los trastornos de personalidad. La división en trastornos específicos se hace de acuerdo con grupos de rasgos que corresponden a las manifestaciones conductuales más frecuentes y llamativas.

Al clasificar los trastornos de personalidad en la CIE-10 se buscó una mayor especificidad diagnóstica que en la versión anterior, CIE-9. Entre ambas aparecen diferencias de nomenclatura en tres tipos de trastornos: el término trastorno disocial sustituye al trastorno de personalidad con manifestaciones predominantemente sociopáticas o asociales, el trastorno de personalidad histérico es sustituido por trastorno de personalidad histriónico, y el asténico por dependiente.

Otro de los cambios aparecidos en la nueva versión CIE es el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, subdividido en dos tipos: impulsivo y límite. El primer subtipo se corresponde con el trastorno explosivo de la clasificación anterior. El trastorno límite, concepto controvertido, no aparecía en la novena edición. El trastorno afectivo de la personalidad, que figuraba en la CIE-9, desaparece y pasa a formar parte de los trastornos afectivos persistentes como la ciclotimia y la distimia. Las categorías diagnósticas que coinciden en ambas revisiones son el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizoide y el anancástico (Tabla VI).

La diferencia más importante entre la CIE-10 y el DSM-IV, por la variación conceptual que supone, es la consideración del trastorno esquizotípico como un trastorno de la personalidad en la clasificación de la APA y, en cambio, su inclusión en la categoría de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes en la CIE.

Como podemos observar en la Tabla VII, son siete los trastornos que se corresponden en ambas clasificaciones, aunque los criterios diagnósticos son diferentes, exceptuando el caso del trastorno de personalidad histriónico. El DSM-IV clasifica los trastornos límite y narcisista como categorías específicas mientras que la CIE-10 los incluye como subcategorías de los trastornos de inestabilidad emocional y otros trastornos específicos de la personalidad, respectivamente.

Tabla VI

Los trastornos de personalidad en las clasificaciones CIE-9 y CIE-10

CIE-9	CIE-10
Trastorno paranoide de la personalidad	Trastorno paranoide de la personalidad
Trastorno esquizoide de la personalidad	Trastorno esquizoide de la personalidad
Trastorno de la personalidad con manifestaciones predominantemente sociopáticas o asociales	Trastorno disocial de la personalidad
Trastorno explosivo de la personalidad	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: tipo impulsivo tipo límite
Trastorno histérico de la personalidad	Trastorno histriónico de la personalidad
Otros trastornos de la personalidad	Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad
Trastorno asténico de la personalidad	Trastorno dependiente de la personalidad
Trastorno anancástico de la personalidad	Trastorno anancástico de la personalidad
Trastorno afectivo de la personalidad	Ciclotimia Distimia
Otros trastornos de la personalidad	Otros trastornos específicos de la personalidad
Sin especificación	Trastorno de la personalidad sin especificación

Aceptado, no sin reservas, que la definición de personalidad incluye el conjunto de características estables, emocionales y comportamentales, que se manifiestan en la vida cotidiana, la concepción de los diferentes trastornos de personalidad resulta abiertamente polémica. Cuando estas características parecen diferir del rango de variación encontrado en la mayoría de los individuos, se constituye el primer jalón del concepto de trastorno de personalidad. Hay que añadir otros: estos rasgos pueden ser rígidos, escasamente adaptativos, originar malestar en quienes los padecen o presentan. En ocasiones, a diferencia de otros trastornos mentales, estas personas son incapaces de reconocer estos rasgos o alteraciones e incluso sentir malestar por ellos. Quiere ello decir que no todos los trastornos de personalidad, cuyas características vamos a comentar a continuación, comparten la totali-

dad de estas premisas fundamentales; más aún, algunos de ellos entran incluso en franca contradicción (Skodol, 20). Analizaremos de forma resumida los diferentes criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad incluidos en la CIE-10, con referencia también a sus correspondencias en el DSM-IV.

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

Entidad diagnóstica bien establecida (prevalencia: 0,5 a 2,5 en población general), se ha mantenido en las diferentes versiones tanto de la CIE como del DSM, y ya era considerada por los autores clásicos. Kraepelin creía que los individuos que sufrían este

Tabla VII

Comparación entre los trastornos de personalidad en las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV

CIE-10	DSM-IV
Trastorno paranoide de la personalidad	Trastorno paranoide de la personalidad
Trastorno esquizoide de la personalidad	Trastorno esquizoide de la personalidad Trastorno esquizotípico de la personalidad
Trastorno disocial de la personalidad	Trastorno antisocial de la personalidad
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: tipo impulsivo tipo límite	Trastorno límite de la personalidad
Trastorno histriónico de la personalidad	Trastorno histriónico de la personalidad Trastorno narcisista de la personalidad
Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad	Trastorno de la personalidad por evitación
Trastorno dependiente de la personalidad	Trastorno de la personalidad por dependencia
Trastorno anancástico de la personalidad	Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad
Otros trastornos específicos de la personalidad	Trastorno de la personalidad no especificado

trastorno eran más vulnerables a la paranoia. Estudios familiares han encontrado mayor prevalencia de este trastorno en los familiares de pacientes con esquizofrenia que en grupos controles.

La característica fundamental de los individuos con trastorno paranoide es la suspicacia, que se acompaña de hipervigilancia, hipersensibilidad a las críticas y rigidez y les lleva a aislarse y a tener graves problemas laborales y en sus relaciones personales. Son sujetos querulantes, que encuentran conspiraciones que justifican sus dificultades. Están siempre a la defensiva y sus razonamientos no aceptan influencias externas, lo que se traduce en el terreno interpersonal en recelo, suspicacia y aislamiento. Emocionalmente son fríos y carentes de sentido del humor. Difícilmente reconocen el trastorno y no acuden a consulta ni aceptan un tratamiento.

Algunos autores, desde el campo neurobiológico, creen que existe en estos individuos un umbral bajo para la estimulación del sistema límbico y deficiencias en los centros de inhibición en la etiopatogenia de estos comportamientos paranoides.

El diagnóstico diferencial incluye, fundamentalmente, los trastornos delirantes crónicos o paranoias, en los que existen ideas delirantes estables, aunque a veces enquistadas y ocultas. La ausencia de alucinaciones permite diferenciar el cuadro de las esquizofrenias paranoides. Por lo que respecta a otros trastornos de la personalidad, el trastorno límite implica múltiples relaciones, por tormentosas que sean, con los demás, cosa poco usual en el trastorno paranoide de la personalidad.

El curso parece ser crónico, estable en definitiva, a pesar de la falta de estudios de seguimiento. En algunos trabajos se ha detectado evolución hacia esquizofrenia. Las complicaciones asociadas incluyen consumo de tóxicos, especialmente alcohol, y amplia conflictividad social y laboral.

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

Asociado en un principio a la esquizofrenia, Bleuler lo llamó trastorno esquizoide y Kraepelin, personalidad autista. La característica fundamental de este trastorno es la dificultad para establecer relaciones interpersonales. Su prevalencia se mueve alrededor del 7%, con mayor frecuencia en hombres. Son pacientes que se aíslan y sufren graves dificultades en el terreno de las emociones. En cuanto al comportamiento interpersonal, son fríos, escasamente empáticos, participan poco de intereses comunes y carecen de amigos. Tienen grandes dificultades para sentir placer y pueden manifestar una anhedonia crónica. En general tienden a dedicarse a tareas solitarias. Su discurso suele ser descarrilado y tangencial, con pobreza de contenido, mínimamente introspectivo.

Millon y Evelyng sugieren que la base biológica de este trastorno es el incremento de receptores dopa-

minérgicos postsinápticos en el sistema límbico y en la corteza frontal, alteraciones que producen una inhibición de la respuesta emocional. Desde la vertiente cognitiva estos pacientes tienen una idea de sí mismos como individuos solitarios y autosuficientes, y perciben a los demás como intrusos. Sus pensamientos automáticos reflejan esta creencia, esta posición como observadores de la vida y la necesidad de "guardar las distancias". No se ha encontrado ninguna distorsión cognitiva específica en estos pacientes.

Se desconoce cuántos pacientes acaban desarrollando una esquizofrenia, debido a la falta de estudios de seguimiento de un trastorno de personalidad muy estable a lo largo del tiempo, según los menguados datos disponibles.

TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

El término psicópata en un principio correspondía a un trastorno prototípico de la personalidad, que hacía referencia a los desórdenes de la personalidad en general. La personalidad psicopática fue descrita por Clekey en 1941, caracterizada por falta de responsabilidad social, ausencia de remordimiento y de sentimiento de culpa. Desde que Pichard en 1835 describió la locura moral, este tipo de trastorno ha tenido diferentes denominaciones: personalidad psicopática, trastorno antisocial (denominación del DSM-IV), trastorno disocial. También el concepto ha sufrido varios cambios, en principio centrados en las conductas de daño e irresponsabilidad social. Los autores psicodinámicos destacaron como más importante la incapacidad para sentir culpa y la indiferencia hacia los sentimientos ajenos. De esta forma, en las clasificaciones actuales, DSM-IV y CIE-10, el diagnóstico se centra en estas dos características, restando importancia a la criminalidad o conductas legalmente conflictivas.

Las personas con un trastorno disocial de personalidad se caracterizan por su impulsividad, sus relaciones emocionalmente superficiales, su tendencia a la mentira y a la manipulación. Se sienten autosuficientes y perciben el mundo como un medio hostil. Sus conductas en general son abusivas con los demás y no son capaces de desempeñar roles que exijan responsabilidad.

Millon y Everly sugieren que existe un bajo umbral de estimulación del sistema límbico y una alteración de los sistemas inhibitorios. Meloy describió en personas afectadas por el trastorno una hiperactividad autonómica, probablemente en relación con la incapacidad para aprender de la experiencia.

TRASTORNO HISTÉRICO DE LA PERSONALIDAD

El término histeria tiene una larga historia de más

de 4.000 años. Como indica su etimología, se ha asociado al sexo femenino y en este momento se sigue diagnosticando más a menudo en mujeres, sin que quede claro que la diferencia de prevalencia intersexos no sea un artefacto cultural. El concepto histeria se introduce en psiquiatría en su concepción moderna a través de la teoría psicoanalítica. Es probable que numerosas pacientes diagnosticadas de histeria por Freud, actualmente se verían incluidas en la categoría de trastorno somatomorfo.

Es el único trastorno de personalidad en el que los criterios de la clasificación DSM-IV y la CIE-10 son idénticos. Son personas teatrales, manipulativas, con gran labilidad emocional. Continuamente requieren ser el centro de atención. En sus relaciones interpersonales se muestran seductores y exhibicionistas, son afectivamente superficiales. Otra de las características que los define es la sugestionabilidad. Sus respuestas emocionales son exageradas. Han aprendido a conseguir sus objetivos mediante la seducción y generalizan este comportamiento. Se consideran necesitados de la ayuda y el cuidado de los demás, lo que les convierte en personas dependientes de la atención ajena.

TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD

Aparece por primera vez entre los trastornos específicos de la personalidad en la CIE-10, e incluye el tipo impulsivo (que en la CIE-9 corresponde al trastorno de la personalidad explosivo) y el tipo límite (trastorno borderline en el DSM-III-R y en el DSM-IV). La escasa tolerancia a la frustración puede provocar manifestaciones violentas y explosivas en este tipo de trastorno, caracterizado por el comportamiento impulsivo, sin valoración previa de las consecuencias. El ánimo en estos pacientes es inestable y caprichoso.

En el tipo límite la imagen de sí mismo y las preferencias internas, así como los objetivos, están alterados o confusos. Las conductas autoagresivas son frecuentes, a veces sin causa aparente. El trastorno límite fue considerado como una esquizofrenia atípica pero la teoría psicoanalítica consideró que tenía mayor relación con la patología depresiva, lo que estimuló a una mayor investigación y condujo a la introducción de este trastorno específico ya en el DSM-III.

TRASTORNO ANANCÍSTICO DE LA PERSONALIDAD

El término anancástico fue utilizado por Kretschmer y por Schneider en la tercera década de este siglo. El DSM-IV prefiere el término trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Son individuos

caracterizados por la rigidez. Tienen una devoción excesiva por el trabajo. Manifiestan gran preocupación por las reglas y los detalles. Su indecisión les lleva a tener grandes dificultades para establecer prioridades. Son escrupulosos e inflexibles. Afectivamente son correctos y educados, pero incapaces de manifestar sus emociones.

No se ha encontrado ninguna evidencia de que exista una predisposición genética a este trastorno, pero las observaciones clínicas sugieren que existe un temperamento anhedónico en estas personas.

TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACIÓN) DE LA PERSONALIDAD

Kretschmer, hacia 1925, describió el tipo hiperesférico que, en cierta medida, se correspondería con el trastorno ansioso de la personalidad. También el carácter fóbico de Fenichel puede considerarse un antecesor de este trastorno. En las clasificaciones actuales aparece por primera vez en el DSM-II como derivación del tipo activo-desinhibido de Millon.

Los individuos ansiosos evitan las situaciones en que pueden sentirse humillados o ridículos. Tienen una percepción devaluada de sí mismos, lo que les lleva a aislarse por miedo a la no aceptación y a la crítica. Al contrario que los sujetos esquizoides, desearían relacionarse y llevar una vida social activa. Se ha sugerido que existe una predisposición a este trastorno basada en un bajo umbral de estimulación del sistema nervioso autónomo, con dominancia simpática.

TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD

El antecesor más claro de este trastorno es el carácter oral descrito por Abraham hacia 1927. La teoría psicoanalítica defiende que la dependencia y sumisión de estos individuos deriva de una fijación en la fase oral del desarrollo. Son pacientes con una baja autoestima, que se consideran incapaces de tomar decisiones correctas, por lo que intentan que los demás asuman las decisiones importantes de su vida. En las relaciones interpersonales se muestran sumisos y poco asertivos. Emocionalmente se caracterizan por la ansiedad, el temor y la inseguridad. Consideran a los demás mucho más fuertes que ellos.

La psicología cognitiva cree que los sujetos afectados por este trastorno tienen pensamientos dicotómicos sobre la autonomía personal: se es totalmente dependiente o independiente, sin gradación intermedia.

OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Trastorno narcisista de la personalidad

En principio fue considerado como una perversión sexual en la cual el objeto sexual es uno mismo. Más tarde Freud lo definió como un estado de ensimismamiento, posición que fue derivando en la corriente psicodinámica hacia la vulnerabilidad de la autoestima como la alteración central. Se muestran autosuficientes y despectivos con los demás, con gran necesidad de admiración y falta de empatía. Muestran una baja tolerancia a la frustración y una autoestima vulnerable.

Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad

Como el anterior, en la CIE-10 aparece en la categoría de otros trastornos específicos de la personalidad. En el DSM-IV figura en el apéndice B como objeto de estudio y diagnóstico pendiente de revisión, dado el escaso apoyo empírico y el hecho de que este tipo de conducta puede ser considerada normal en muchas circunstancias. La nueva nomenclatura utilizada es trastorno negativista que pretende dar una visión más amplia de esta alteración, caracterizada por la oposición y respuestas pasivas ante las demandas. Históricamente este trastorno se relaciona con el tipo depresivo malhumorado de Schneider.

Trastorno depresivo de la personalidad

Como ya se ha señalado este diagnóstico ha desaparecido en la CIE-10, pasando a formar parte de los trastornos afectivos. En cuanto al DSM-IV, al igual que el trastorno negativista, es un diagnóstico pendiente de futuros análisis. Los estudios familiares indican una posible relación con los trastornos depresivos, apoyando la hipótesis de que formen parte del espectro de estos. Se trata de un trastorno caracterizado por la tristeza y el desánimo.

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Está considerado como un trastorno de la personalidad en el DSM-IV, no así en la CIE-10 que lo incluye en la categoría de trastornos esquizofrénicos, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. Los estudios familiares y biológicos han mostrado una relación con la esquizofrenia, aunque recientemente se han publicado algunos trabajos que apoyan la existencia de un tipo de trastornos esquizotípicos independientes de la esquizofrenia y cuadros afines. Para evitar confusiones diagnósticas el DSM-IV ha intentado dar más valor a las características de excentricidad y experiencias perceptivas y cognitivas no habituales a la hora de establecer la existencia de este síndrome. Su prevalencia es del 3% en población general. Se ha detectado alta incidencia entre gemelos homocigotos

y una gran correlación de casos entre familiares de pacientes con esquizofrenia. Existen trastornos en la comunicación, tendencia a reclamar poderes de clarividencia especial. Aislados, con pocas relaciones íntimas, pueden compartir rasgos de personalidad límite: ambos diagnósticos son frecuentemente asociados en el mismo individuo. Los síntomas psicóticos positivos típicos (ideas delirantes y alucinaciones) sirven para el diagnóstico diferencial con la psicosis y las conductas bizarras con los trastornos de personalidad límite y evitativo. Las repercusiones sociolaborales pueden no ser muy elevadas. Las características de personalidad premórbida en pacientes que acaban por desarrollar un esquizofrenia pueden ser las de este trastorno, según algunos autores. Otros trabajos sugieren importante riesgo suicida.

Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral

Define la CIE-10 anomalías del comportamiento y de la personalidad en la edad adulta como consecuencia de catástrofes, exposiciones prolongadas a estrés o haber padecido enfermedades psiquiátricas graves en personas que previamente no habían manifestado alteraciones de la personalidad. El cambio debe ser "duradero y definido". Son obvias las dificultades de evaluación que implica esta categoría, incluso con la colaboración de informantes. Si ha habido una enfermedad psiquiátrica previa, la CIE-10 sugiere como pauta los siguientes rasgos clínicos: excesiva dependencia y demanda de terceras personas, convicción de estar estigmatizado por la enfermedad precedente, pasividad y reducción de intereses, quejas constantes de enfermedad, humor disfórico o lábil y deterioro social y ocupacional.

COMORBILIDAD

La comorbilidad de los trastornos de la personalidad es uno de temas que más interés despierta actualmente, por la posible influencia que ejercen en la evolución de otros trastornos mentales y en la posibilidad de que incrementen la vulnerabilidad individual a algunos de ellos e incluso a patologías múltiples.

Si se plantea esta comorbilidad en el sentido de co-ocurrencia, tanto de síntomas como de trastornos, resulta más elevada de lo que cabría esperar al azar. Links considera las posibles causas de este hecho y llega a la conclusión de que puede deberse al solapamiento de algunos síntomas en los actuales sistemas de clasificación, a que exista realmente una predisposición en algunos pacientes afectados por trastorno de la personalidad a desarrollar algunos síntomas o a que algún trastorno psiquiátrico de otra categoría conduzca al desarrollo de una personalidad

patológica. Algunos autores consideran que los trastornos de la personalidad y los trastornos mentales específicos podrían constituir un continuum, de forma que los primeros fueran formas subsindrómicas de los segundos. Otros, piensan que la comorbilidad del denominado grupo A en el DSM-IV (paranoide, esquizoide, esquizotípico) se realizaría a expensas de los trastornos psicóticos, el grupo B (límite o borderline, antisocial, histriónico, narcisista) con el abuso de sustancias y el C (dependencia, evitación, obsesivo-compulsivo) con la depresión mayor y los trastornos de ansiedad.

En cualquier caso, el posible solapamiento de algunos criterios diagnósticos, entre los propios trastornos de personalidad, y entre algunos de estos y determinadas patologías psiquiátricas, introduce la posibilidad de una notable confusión. Interferencias entre las características de "rasgo" con los síntomas que se producen durante un "estado" psicopatológico, son difíciles de resolver. Apenas algunos estudios, como el de Phofl, contemplan la estabilidad de un diagnóstico de trastorno de personalidad en pacientes deprimidos, durante la fase aguda del cuadro afectivo y a los seis meses de evolución: la estabilidad fue aceptable en la mayoría de los trastornos de personalidad.

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS MENTALES

Clásicamente, los tres grupos de trastornos de personalidad, como se deduce de sus características clínicas, han sido asociados a diferentes trastornos mentales. En este aspecto los más estudiados han sido los trastornos afectivos. En general se cree que la distimia es el trastorno afectivo con mayor frecuencia concurrente con los trastornos de personalidad. También se ha investigado la influencia de esta concurrencia en la evolución de los síndromes depresivos llegando a la conclusión de que aumenta la incidencia de conductas suicidas, empeora la respuesta al tratamiento, aumenta el riesgo de recaídas y provoca una aparición más temprana de la sintomatología. Los trastornos de personalidad con tasas más elevadas de comorbilidad con trastornos afectivos son el trastorno de personalidad límite, el antisocial, el trastorno de personalidad por evitación y el de dependencia. En la mayoría de los estudios, el trastorno límite es el más frecuentemente encontrado, incluso en los cuadros bipolares.

La co-ocurrencia de los trastornos de personalidad con la esquizofrenia causa una mayor dificultad en el establecimiento de una alianza terapéutica. Todos los autores coinciden en considerar muy complicado el estudio de la comorbilidad de los trastornos de personalidad con este tipo de patología, ya que quizá se puedan desarrollar alteraciones de la personalidad en relación con la evolución de la enferme-

dad y, además, los síntomas negativos pueden solaparse con ciertos criterios diagnósticos de algunos trastornos de la personalidad. En cuanto a la influencia de los trastornos de personalidad sobre la evolución de esta psicosis, los resultados de los estudios realizados no están claros. Es interesante comentar que algunos estudios con marcadores biológicos sugieren que existen *linkages* genéticos entre trastorno paranoide y esquizotípico y los trastornos delirantes y esquizofénicos, hipótesis apoyada por estudios familiares.

Cuestión aparte merece el trastorno esquizotípico de la personalidad, categoría "psicótica" en la CIE-10 y trastorno de personalidad en el DSM-IV. Aunque la comorbilidad de este trastorno, de acuerdo con los respectivos criterios diagnósticos, no ha sido ampliamente estudiada, algunos trabajos sugieren un solapamiento claro con algunos cuadros afectivos mayores: más de un 40% de estos pacientes reúnen en algunos trabajos los criterios para episodio depresivo mayor con criterios DSM-III-R. De hecho, la comorbilidad entre esquizofrenia y trastornos de personalidad, especialmente en cuadros agudos con sintomatología florida, apenas está documentada, entre otras poderosas razones por las dificultades metodológicas que entraña. Un seguimiento de quince años de 75 pacientes realizado por McGlashan, lamentablemente con criterios laxos por la época en que fue realizado (1983), muestra que a lo largo de este tiempo un 55% de los pacientes recibían finalmente un diagnóstico de esquizofrenia: ningún otro trastorno de personalidad presenta tasas siquiera parecidas. Un resumen de los estudios familiares, correlatos biológicos, características clínicas y tratamiento lleva a concluir que la frontera entre este trastorno y la esquizofrenia es muy tenue. Ahora bien, ¿no ocurre lo mismo con algunos trastornos afectivos como la distimia y determinados trastornos de personalidad o con ciertos trastornos de ansiedad? El simple traslado del eje I al eje II en el DSM-IV, para simplificar, constituiría un precedente fácil de seguir en otros trastornos sin que esta decisión significara algo más allá que cambiar de vaso un líquido turbio con la pretensión de aclararlo.

Se ha demostrado una elevada prevalencia de trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la ansiedad, en concreto entre los trastornos de personalidad por dependencia y evitación y la crisis de angustia o pánico y la agorafobia por un lado y el trastorno de personalidad por evitación con la fobia social por otro. En este último caso no se puede olvidar que algunos criterios diagnósticos de ambos cuadros se solapan. En general el diagnóstico conjunto se acompaña de una peor evolución de la ansiedad.

La coexistencia de trastornos de la personalidad con el uso de sustancias constituye otro tema espinoso. Es muy difícil definir la secuencia temporal en la

que aparecen. El uso de tóxicos induce conductas que pueden confundirse con algunos de los criterios del trastorno disocial, y es este el que aparece más frecuentemente asociado a la patología mencionada, conjuntamente con el trastorno límite de personalidad. Habitualmente, la literatura asocia los trastornos del grupo B en el DSM-IV (límite, antisocial e incluso histriónico y narcisista) al consumo de sustancias en sus diferentes secuencias, formas e intensidades. En general, la presencia de un trastorno de personalidad puede encontrarse en el origen de la patología dual, empeorar el pronóstico, dificultar la adherencia al tratamiento o evitar las recaídas. El peor pronóstico se ha asociado reiteradamente a la presencia del trastorno de personalidad antisocial en concreto, ya sean sometidos a terapias psicológicas o farmacológicas. Quizás faltan estudios en los que se establezcan las correlaciones entre rasgos patológicos de personalidad –e incluso rasgos de personalidad como la impulsividad– y consumo de tóxicos, con la interferencia en este caso de un acercamiento categorial o dimensional a ambos lados del problema. Se trata de buscar indicadores de buen pronóstico, por ejemplo de adherencia a tratamiento o a programas de seguimiento en control, en los rasgos de personalidad que permitan realizar intervenciones precoces en grupos determinados. Marlowe et al (21) estudiaron a una muestra de 137 adictos a la cocaína, en la zona urbana de Philadelphia, con el SCID-II según criterios categoriales y utilizando algunos síntomas de sus diferentes categorías de manera dimensional. La correlación del peor pronóstico en los pacientes que presentaban una categoría diagnóstica SCID-II de trastornos de personalidad no existió, pero sí se detectaron diferencias cuando se analizaron aspectos dimensionales de estos trastornos respecto al pronóstico, las semanas de seguimiento, las sesiones individuales a que acudieron y las muestras de orina obtenidas.

La comorbilidad de los trastornos de personalidad con los trastornos de alimentación está levantando un gran interés. Parece documentada la importancia de la coocurrencia tanto en el pronóstico como en la elección de las pautas de tratamiento. Comentaremos tan solo el trabajo de Skodol, realizado con la muestra más amplia y criterios diagnósticos estructurados: la bulimia se asocia al trastorno límite y la anorexia al trastorno por evitación.

La impresión clínica general es que el trastorno por somatización se asocia al trastorno antisocial y al histriónico, y así lo corroboran algunos estudios. En trabajos realizados en atención primaria los resultados cambian, encontrándose una mayor prevalencia de trastorno paranoide, trastorno por evitación y trastorno anancástico u obsesivo-compulsivo. Lo que sí parece demostrado es una clara diferencia en cuanto al sexo, siendo la prevalencia del trastorno antisocial 3,5 veces mayor en los hombres que en las mujeres diagnosticadas de trastorno de somatiza-

ción.

Finalmente, mencionar la asociación frecuente en adolescentes entre trastorno de conducta y trastorno de personalidad, así como el mayor riesgo de suicidio en adolescentes con esta patología.

COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Frecuentemente, en los estudios sobre trastornos de personalidad se encuentran diagnósticos múltiples de trastornos específicos en un mismo paciente. En algunos se han encontrado hasta una media de cuatro diagnósticos por sujeto, lo que obliga a plantearse dudas sobre la existencia de una baja especificidad en los criterios diagnósticos. Dolan, Evans y Norton (22) han mostrado, no obstante, que algunos instrumentos de evaluación como el PDQ producen más diagnósticos múltiples de trastornos de personalidad que otros instrumentos de evaluación o que las entrevistas clínicas realizadas por personal entrenado.

Por estas y otras razones, en los casos de diagnóstico múltiple, Tyrer y Johnson prefieren hablar de solapamiento de diagnóstico y no de comorbilidad. Estos autores crean un sistema de clasificación según el grado de severidad del trastorno:

—Nivel 0: sin trastorno de la personalidad.

—Nivel 1: dificultades de personalidad.

—Nivel 2: trastorno simple de la personalidad.

Uno o más trastornos pertenecientes al mismo grupo.

—Nivel 3: trastorno difuso de la personalidad.

Dos o más trastornos diagnosticables pertenecientes a diferentes grupos.

Basándose en esta nueva clasificación, estos autores concluyeron que la evolución y la respuesta al tratamiento estaba relacionada con el grado de severidad, no encontrándose diferencias entre los niveles cero y uno.

Aunque existen pocos estudios respecto a la comorbilidad entre los trastornos de personalidad, parece que el trastorno límite es el que más frecuentemente se asocia a otro diagnóstico de personalidad patológica, seguido por el trastorno de personalidad evitativo. La coexistencia más frecuente del trastorno límite aparece con el trastorno histriónico, el trastorno por dependencia, el disocial y el esquizotípico. A su vez, el trastorno por evitación ha sido detectado en mayor frecuencia de manera comórbida o co-ocurrente con el trastorno por dependencia, el histriónico, el pasivo-agresivo y el esquizoide. El trastorno de personalidad ansioso se relaciona con el trastorno de personalidad por dependencia, el esquizoide y el histriónico. El trastorno esquizotípico, como hemos dicho a caballo entre la esquizofrenia y los trastornos de personalidad, es frecuentemente comórbido con otros trastornos del mismo grupo (paranoide y esquizoide) pero también con otros que reflejan sintomatología de aislamiento social y retraimiento como el trastorno de personalidad evitativo e incluso con el trastorno anancástico. El trastorno de personalidad

por evitación o evitativo reúne, de hecho, criterios esquizoides, esquizotípicos, dependientes e incluso características "fóbicas", lo que podría explicar un solapamiento que ofreciese resultados de comorbilidad o co-ocurrencia elevados por defectos en la recogida de sintomatología clínica. Es un solapamiento que podría aplicarse, al hablar de trastorno de personalidad por dependencia, a los criterios del trastorno límite, del evitativo e incluso del histriónico.

De cualquier forma, queda mucho trabajo por realizar en este campo, tanto en para clarificar la concurrencia de las diferentes personalidades patológicas como para determinar su influencia en la evolución de las mismas. Se han dado cifras de 4,6 diagnósticos de trastornos de personalidad coexistentes en muestras clínicas: ¿comorbilidad o solapamiento de síntomas por insuficiencia en la delimitación de los criterios diagnósticos? Aunque esta comorbilidad o co-ocurrencia se refiere fundamentalmente a trastornos situados en el mismo grupo del DSM-III-R o DSM-IV, también se dan entre trastornos de grupos diferentes. Es necesario determinar la sensibilidad y la especificidad de cada criterio para disminuir o evitar su contribución a este solapamiento y, por tanto, a la confusión detectada.

COMORBILIDAD CON PATOLOGÍAS MÚLTIPLES

Existen muchos menos estudios analizando la presencia de trastornos de personalidad en patologías médicas. Los datos obtenidos, aun siendo confusos, sugieren que los trastornos de personalidad pueden coexistir con patologías cardíacas, gastrointestinales y aun neurológicas, entre otras. Es este un terreno conflictivo: en el capítulo sobre enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10, ha desaparecido el término "psicosomático", entre otras razones por considerar que, de mantenerlo, podría deducirse que los factores psicológicos no juegan un papel en el desencadenamiento, el curso o la evolución de los trastornos no descritos como tales. Existen en la CIE-10 los "trastornos somatomorfos" y los "factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades especificados en otro lugar". Resulta esencial considerar que "factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar" implica la asociación de trastornos orgánicos con una etiopatogenia –en la introducción a la CIE-10 se dice textualmente "etiología", a nuestro entender de manera absolutamente impropia– emocional (23). El asma bronquial, el eczema psicógeno, la colitis ulcerosa o el úlcus, son claros ejemplos, que deben clasificarse de acuerdo con esta categoría del capítulo de los trastornos mentales, además de su código adecuado como enfermedad médica. El término "psicógeno" tampoco se utiliza en la CIE-10

en los títulos de categorías de enfermedad, por sus diferentes acepciones en las corrientes psiquiátricas y aun psicológicas. Si aparece, significa que el clínico considera que los acontecimientos vitales o las dificultades ambientales desempeñan un papel importante en el trastorno.

En el DSM-IV ha desaparecido, tal como se había solicitado repetidamente, el término "trastorno mental orgánico" por considerar que separaba los "trastornos mentales no orgánicos" o "funcionales" de todo proceso biológico. Distingue el DSM-IV entre "trastornos mentales debidos a enfermedades médicas generales" de aquellos inducidos por el uso de sustancias y de aquellos que no tienen una "etiología" especificada. Constituyen categoría mayor los "trastornos somatoformes", cuadros con síntomas físicos no intencionales que sugieren una enfermedad médica general, que no son explicados por la existencia de esta, los efectos de una sustancia o un trastorno mental como por ejemplo el trastorno de pánico. Se incluyen en esta sección el Trastorno de Somatización (referido históricamente como histeria o síndrome de Briquet), el Trastorno de Conversión, la Hipocondría y el Trastorno de Dolor, entre otros. Es probable que, con el tiempo, la investigación de los trastornos de personalidad en patologías médicas consiga clarificar algunos aspectos, hasta ahora tan extraordinariamente confusos.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y SUICIDIO

De la misma forma que se rechaza el concepto de "personalidad suicida", diferentes estudios sugieren un aumento del riesgo de suicidio en personalidades con alguno de los trastornos enumerados. Según estos resultados, a los diferentes factores de riesgo suicida (edad, sexo, consumo de alcohol, trastorno afectivo psiquiátrico, etc.) habría que añadir el trastorno de personalidad. Allenbeck (24) triplica el riesgo en estos pacientes respecto a la población general.

Parece existir un consenso generalizado en que los trastornos de personalidad, en comorbilidad con un trastorno mental, ofrecerían las mayores tasas de suicidios y tentativas de suicidio, especialmente la asociación trastorno de personalidad-trastorno afectivo-trastorno por consumo de sustancias. En estudios prospectivos, los trastornos de personalidad parecen predecir tasas de suicidio más elevadas entre jóvenes adultos de sexo masculino y los estudios de seguimiento informan de elevadas tasas de mortalidad por suicidio entre personas con trastorno límite de personalidad.

De hecho, los trastornos de personalidad límite y disocial serían los trastornos específicos en los que el riesgo sería mayor, seguidos por el histriónico y el narcisista. Estos trabajos requieren algunas matizaciones de importancia: las tentativas de suicidio en pacientes disociales probablemente no constituyen tentativas elaboradas sino formas de autolesión rela-

cionadas con el bajo control de los impulsos de estas personas. Igualmente, el trastorno histriónico se relaciona con tentativas suicidas y con escasos suicidios consumados. La presencia de acontecimientos vitales precipitantes, asociada en algunos casos a recidivas o recurrencias de trastornos, ha sido también postulada como un factor de riesgo de suicidio en personas con trastornos de personalidad, al considerar que serían mucho más susceptibles a ciertos cambios ambientales y, por tanto, a estas dificultades temporales. En un recentísimo estudio se han analizado los acontecimientos vitales presentes durante los tres meses anteriores a su muerte en 56 personas que cometieron suicidio. Los acontecimientos vitales problemáticos fueron más frecuentes en individuos con trastornos de personalidad y la pérdida de empleo o problemas financieros correlacionaron directamente con la presencia posterior de conducta suicida consumada (25).

Capítulo aparte merece el trastorno límite de personalidad, uno de cuyos criterios diagnósticos es la presencia de autolesiones. Este es el trastorno de personalidad relacionado con mayor frecuencia con el riesgo de suicidio. En favor de esta consideración subyace el hecho de que este cuadro presenta la mayor frecuencia de comorbilidad con otros trastornos mentales. Probablemente la asociación citada entre trastorno afectivo, trastorno por consumo de sustancias tóxicas y trastorno de personalidad se realice a expensas del trastorno límite (26,27).

TRATAMIENTO

Hasta las dos últimas décadas, e incluso hasta fechas más recientes, la bibliografía sobre el tratamiento de los trastornos de personalidad se reducía prácticamente a la psicoterapia de orientación psicodinámica. Existen ahora múltiples modalidades del citado tratamiento, aunque los estudios con amplias muestras son escasos, la metodología de muchos de ellos discutible y los criterios de diagnóstico no siempre estrictos. Son especialmente notables los avances realizados en las psicoterapias cognitivo-conductuales y la farmacología, aunque la mayoría focalizadas mucho más en síntomas específicos que en la globalidad de unos trastornos de tal complejidad (28). Vamos a resumir los principales tratamientos preconizados en las categorías diagnósticas CIE-10.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD PARANOI - DE

A pesar del acuerdo generalizado en los criterios diagnósticos, quizás el mayor desde hace años en estos trastornos, los estudios de tratamiento son reducidos. Se trata de personas con una conflictividad mayor hacia el entorno que intrapsíquica, que ocul-

tan las características paranoides, e incluso mantienen un adecuado nivel de funcionamiento social y laboral. La comorbilidad depresiva, ansiosa o con el consumo de sustancias, que es frecuente, puede empujar al paciente a buscar asistencia. La psicoterapia individual plantea la dificultad inicial del tratamiento, la adherencia al mismo. Por ello, aunque pueda ser considerado este tratamiento como el de primera elección, psicoterapias de breve duración pueden ser mejor asumidas o toleradas. Terapias de grupo o familiares pueden ser de utilidad aunque topan con las mismas dificultades propias de las características paranoides. Se han tratado algunos pacientes con neurolepticos clásicos a dosis bajas y también con ansiolíticos e incluso antidepresivos tricíclicos, con malos resultados. La combinación de fenotiacina a dosis bajas combinada con litio tampoco ha sido eficaz. Las mejores expectativas, si la persona acepta la farmacología, parecen apuntar hacia la tioridazina o el haloperidol a dosis bajas, así como el pimozide, casi siempre en dosis inferiores a las utilizadas con estos neurolepticos en las esquizofrenias paranoides.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOI - DE

Psicoterapias breves pueden ser eficaces para resolver algunos aspectos del cuadro. La psicoterapia psicoanalítica ha publicado algunos casos exitosos, en tratamientos de larga duración, sin posibilidad de estudios controlados. La terapia cognitivo-conductual puede resolver en estos pacientes las actitudes negativas y las aserciones negativas propias de estos pacientes esquizoides. Experimentan grandes dificultades para las terapias de grupo o las familiares. La psicofarmacología publicada incluye ansiolíticos y, con poco éxito, neurolepticos. Recientemente se ensayan algunos tratamientos con antidepresivos serotoninérgicos, sin resultados aún muy prometedores.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD DISOCIAL

Por definición, los pacientes carecen de la menor motivación para intentar las psicoterapias que se han venido aconsejando en la teoría psicopatológica. De ahí que los grupos de autoayuda o las terapias de grupo hayan venido desplazando a las primeras en las posibilidades terapéuticas, en especial cuando los individuos están institucionalizados, en caso de comorbilidad con sustancias tóxicas o de infracciones legales. Es conveniente centrar las conductas-problema de estos individuos al iniciar cualquier tipo de aproximación terapéutica, dado que las conductas agresivas o violentas son dominantes. Psicofármacos como el metilfenidato, el valproato o la carbamazepina han mostrado su eficacia en el control de algunas conductas impulsivas propias del cuadro, así como otros fárma-

cos serotoninérgicos de más reciente introducción.

TRASTORNOS DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD (IMPULSIVO Y LÍMITE)

Con frecuencia cuadros de alta comorbilidad, es preciso analizarla con detalle, especialmente para dirigir el tratamiento de primera elección aconsejado hacia la reducción del consumo de tóxicos si existe y, más tarde, asegurar el control de una posible ideación suicida. La psicoterapia de grupo o familiar puede ofrecer una gran ayuda. Igualmente, la terapia cognitivo-conductual está ganando adeptos en el tratamiento de estos pacientes. Hay estudios limitados con numerosos fármacos, de todo tipo: antidepresivos, benzodiacepinas, anticonvulsivantes, neurolépticos. Los mejores resultados parecen obtenerse mediante los IMAO, la carbamazepina o los inhibidores de la recaptación de serotonina. La farmacoterapia puede encaminarse a mejorar el control de la ansiedad, el afecto o los impulsos como componentes esenciales del trastorno.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD HISTRIONICO

Sigue siendo de elección la psicoterapia, individual o de grupo, para estabilizar algunas características de un trastorno muy complejo para ser abordado terapéuticamente. La terapia cognitivo-conductual también está siendo preconizada. No tenemos estudios de muestras amplias, sino casi siempre trabajos de caso único. El uso de psicofármacos se restringiría a los casos de comorbilidad. Horowitz ha propuesto varias fases en el tratamiento: a) clarificar los síntomas y establecer una alianza terapéutica; b) identificar y abordar los cambios cognitivos; c) identificar los procesos defensivos de control del paciente y, finalmente, identificar y ayudar al paciente a modificar sus creencias irracionales y las contradicciones en su esquema personal de funcionamiento.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACIÓN)

Tanto las psicoterapias individuales como las de grupo han mostrado cierta eficacia en estos pacientes. También las terapias de conducta son útiles en algunos síntomas característicos. El uso de IMAOs o de los RIMA como el moclobemide en la fobia social, ha auspiciado el intento de tratamiento con estos fármacos, con algunos resultados prometedores. Otros trabajos sugieren tratamiento con benzodiacepinas como el clonazepam o con beta-bloqueantes del tipo atenolol.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANANCÁSTICO

Clomipramina, fluoxetina, sertralina o fluvoxamina, en la línea de los tratamientos habituales preconizados actualmente para el trastorno obsesivo compulsivo, han sido poco estudiadas en amplias muestras aunque existen datos publicados de buena respuesta a todos ellos en series muy reducidas. Las dosis son similares a las utilizadas en el cuadro del eje I, es decir, más altas que las antidepresivas habituales. Se ha sugerido que el trastorno anancástico de personalidad es un predictor de buena respuesta a los antidepresivos serotoninérgicos. Otras benzodiacepinas como el clonazepam han sido utilizadas para reducir síntomas del cuadro. Técnicas psicoterápicas cognitivo-conductuales y de modificación de conducta también se han utilizado, al igual que la psicoterapia de orientación dinámica y la terapia de grupo, en estos pacientes. Las líneas actuales marcan un progresivo aumento de terapias de corta duración, combinadas con fármacos serotoninérgicos como posible mejor estrategia combinada de aproximación.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE

Se han publicado una gran variedad de estudios, con todo tipo de tratamientos, quizás por la consideración de una mayor bondad del cuadro, entre los diferentes trastornos de personalidad, a la hora de su mejor participación o adherencia a las diferentes pautas terapéuticas. Con síntomas ansiosos y depresivos claramente asociados, no es de extrañar que los fármacos destinados a esta sintomatología copen la mayoría de los trabajos con resultados positivos: imipramina, inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y, finalmente, benzodiacepinas. Terapias

Bibliografía

1. Livesley WJ. The DSM-IV Personality Disorders. New York: The Guilford Press 1995.
2. Perry JC. Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. Am J Psychiatry 1992; 149: 1645-1653.
3. Tyrer P. Are Personality Disorders well clasified in DSM-IV? En: WJ Livesley (ed). The DSM-IV Personality Disorders. New York: The Guildford Press 1995.
4. Millon T, Davis R. Conceptions of Personality Disorders: Historical perspectives, the DSMs and Future Directions. En: WJ Livesley (ed). The DSM-IV Personality Disorders. New York: The Guildford Press 1995.

5. Cloninger CR, Svrakic D, Przybeck R. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 975-990.
6. Girolamo G, Reich JH. *Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems: Personality Disorders*. Geneva: World Health Organization, 1993.
7. Reich JH, Yates W, Nduaguba M. Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry* 1989; 24: 12-16.
8. Zimmerman M, Coryell WH. Diagnosing personality disorders in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 527-531.
9. Maier W. Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders* 1992; 6: 187-196.
10. Weissman, MM. The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorders* 1993; 7: 44-62.
11. Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. DSM/III Personality Disorders in the Community. *Am J Psychiatry* 1994; 15: 1055-1062.
12. Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Gender differences in Personality Disorders in Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *Am J Psychiatry* 1996; 153, 8: 1089-1091.
13. Zimmerman M Diagnosing Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51: 225-245.
14. Dowson JH. Assessment of DSM-III-R Personality Disorders by Self-report Questionnaire: the role of informant and a Screening Test for Comorbid Personality Disorders (STCPD). *British Journal of Psychiatry* 1992, 161: 344-352.
15. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*. New York: Biometric Research Department, 1987.
16. Gómez Beneyto M, Villar M, Renovell M, Pérez F, Hernández M, Leal C et al. The diagnosis of personality disorders with a modified version of the SCID-II in a spanish clinical sample. *J Per Dis* 1994; 8: 104-110.
17. Organización Mundial de la Salud. *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Meditor, 1996.
18. Jackson HJ. Concordance between two personality disorder instruments with psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry* 1991; 32: 252-260.
19. Livesley WJ, Jackson DN. Guideline for developing, evaluating and revising the classification of personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180 (10): 609-618.
20. Skodol, AE. Classification, assessment and differential diagnosis of personality disorders. *J Pract Psychiatry and Behav Health* 1997; 3 (5): 261-274.
21. Marlowe DB, Kirby KC, Festinger DS, Husband SD, Platt JJ. Impact of comorbid personality disorders and personality disorder symptoms on outcomes of Behavioral Treatment for Cocaine Dependence. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 483-490.
22. Dolan B, Evans C, Norton K. Multiple Axis II Diagnoses of Personality Disorders. *Brit J Psychiatry* 1995; 166: 107-112.
23. Roca, M, Bernardo, M. *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Barcelona: Masson, 1996.
24. Allenbeck P. Predictors of completed suicide in a cohort of 50: role of personality and deviant behaviour. *Brit Med Journal* 1988; 297: 176-178.
25. Heikkinen ME, Henriksson MM, Isometsa ET, Martunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK. Recent life events and suicide in Personality Disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 373-381.
26. Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Aro HM, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 193: 667-673.
27. Soloff PH. Risk factors for suicidal behaviour in borderline personality disorders. *Am J Psych* 1994; 159 (9): 1316-1324.
28. Gunderson JG, Gabbard GO. *Personality Disorders*. En GO Gabbard (ed). *Treatment of Psychiatric Disorders*. Washington: American Psychiatric Press 1995.