Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad

I. Fundamentos, características y persona

Adaptado al DSM-5-TR y a la CIE-11

Juan Antonio Díaz-Garrido
Susana Al-Halabí
Adolfo J. Cangas
Fernando Rodríguez-Otero
(Coords.)

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad

I. Fundamentos, características y persona

Adaptado al DSM-5-TR y a la CIE-11

Coordinadores

JUAN ANTONIO DÍAZ-GARRIDO

DOCTOR EN PSICOLOGÍA. ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN. UNIVERSIDAD FERNANDO PESSOA CANARIAS

SUSANA AL-HALABÍ

DOCTORA EN PSICOLOGÍA. PROFESORA TITULAR DE UNIVERSIDAD. UNIVERSIDAD DE OVIEDO

ADOLFO J. CANGAS

DOCTOR EN PSICOLOGÍA. CATEDRÁTICO DE UNIVERSIDAD. UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

FERNANDO RODRÍGUEZ-OTERO

PSIQUIATRA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN

Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad

I. Fundamentos, características y persona

Adaptado al DSM-5-TR y a la CIE-11

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:
Francisco J. Labrador
Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Juan Antonio Díaz-Garrido, Susana Al-Halabí, Adolfo J. Cangas y Fernando Rodríguez-Otero, 2024
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2024
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Valentín Beato, 21. 28037 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN digital: 978-84-368-4986-8

Relación de autores

Fernando Aguirregomoscorta Menéndez
Psiquiatra y psiquiatra infantil y de la adolescencia. Hospital Universitario Basurto-OSI.

Susana Al-Halabí
Doctora en Psicología. Profesora titular de universidad. Universidad de Oviedo.

Adolfo J. Cangas Díaz
Doctor en Psicología. Catedrático de universidad. Universidad de Almería.

Claudia Elena Castañeiras
Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Profesora titular de universidad. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.

Juan Antonio Díaz-Garrido
Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Universidad Fernando Pessoa Canarias.

Juan David Duque Yemail
Psiquiatra. Unidad Integrada de Psiquiatría de Adultos. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona.

Aranzazu Fernández Rivas
Psiquiatra y psiquiatra infantil y de la adolescencia. Hospital Universitario Basurto-OSI. Universidad del País Vasco.

Marc Ferrer Vinardell
Psiquiatra y psiquiatra infantil y de la adolescencia. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Eduardo Fonseca Pedrero
Doctor en Psicología. Catedrático de universidad. Universidad de La Rioja.

Loreto Gamero Arias
Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Universidad Fernando Pessoa Canarias. Hospital Juan Carlos I.

José Manuel García Montes
Doctor en Psicología. Profesor titular de universidad. Universidad de Almería.

Bernard Guerin
Doctor en Psicología. Catedrático de universidad. University of South Australia.

Ayoze Hernández Sánchez
Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

José López-Santiago
Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Universidad de Castilla-La Mancha.

María Marín Vila
Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Francisco Martín-Murcia
Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Centro CLINIC.

Carmen Ortiz-Fune
Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias.

© Ediciones Pirámide

Marino Pérez Álvarez
Doctor en Psicología. Catedrático de universidad. Academia de Psicología de España.

Rosa Perteguer Barrio
Psiquiatra. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Gabriel Ródenas Perea
Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario Virgen Macarena.

Cristina Rodríguez Cahill
Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario de Alcalá de Henares.

José Eduardo Rodríguez Otero
Especialista en Psicología Clínica. Servizo Galego de Saúde.

Fernando Rodríguez-Otero
Psiquiatra. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Juan Francisco Rodríguez-Testal
Doctor en Psicología. Profesor titular de universidad. Universidad de Sevilla.

Ángela Rosales Becerra
Doctora en Psicología. Práctica privada. Universidad de Sevilla.

Juan José Ruiz Sánchez
Especialista en Psicología Clínica. Servicio Andaluz de Salud.

Miguel Valenzuela Hernández
Psicólogo. Práctica privada. Director de Ítaca Formación.

Frank Yeomans
Doctor en Medicina. Psiquiatra. Universidad de Columbia.

© Ediciones Pirámide

Índice

Prólogo 13

BLOQUE I
Características clínicas y evaluación de los trastornos de la personalidad

1. Trastornos de la personalidad: realidad, actualidad y futuro *(Juan Antonio Díaz-Garrido, Susana Al-Halabí, Adolfo J. Cangas Díaz y Fernando Rodríguez-Otero)* 19

1. Introducción 19
2. Perspectiva histórica 20
3. Conceptualización 21
4. De los modelos categoriales y dimensionales a los transdiagnósticos y más allá 22
5. Epidemiología y curso de los trastornos de la personalidad 36
6. Modelos explicativos en psicopatología de la personalidad 39
   - 6.1. Modelo biomédico 40
   - 6.2. Modelo psicodinámico o psicoanalítico intrapsíquico 44
   - 6.3. Modelos conductuales, cognitivos y cognitivo-conductuales 49
   - 6.4. Modelo humanista 54
   - 6.5. Modelo sistémico 54
   - 6.6. Modelos integradores y evolutivos 55
   - 6.7. El modelo biopsicosocial 55
   - 6.8. El modelo evolutivo de Millon 56
   - 6.9. Modelo integrativo evolucionista 57
   - 6.10. Teoría interpersonal integrativa contemporánea de la personalidad 59
7. Estigma asociado a los trastornos de personalidad 61
   - 7.1. El estigma en salud mental 62
   - 7.2. El estigma asociado a los trastornos de la personalidad 63
8. Tratamiento psicológico de los trastornos de la personalidad 66
   - 8.1. Introducción 66
   - 8.2. Tratamientos psicológicos con apoyo empírico: una visión panorámica 66
   - 8.3. Resumen del apoyo empírico disponible 70
9. Enfoque general en el manejo terapéutico 71
10. Conclusiones y recapitulación 71
11. Recursos adicionales 77

© Ediciones Pirámide

2. Los trastornos de la personalidad, buenos para pensar todos los trastornos *psi* *(Marino Pérez Álvarez y José Manuel García Montes)* 79

1. Introducción 79
2. ¿Y si todos los trastornos *psi* tuvieran que ver con la personalidad? 80
3. Los trastornos de personalidad como reflejo y molde de la sociedad 81
4. Afinidades entre trastornos de la personalidad y aspectos de la sociedad 82
5. El cristal de Freud, las estrategias de la persona y los problemas de la vida 86
6. Estrategia o disfunción, esa es la cuestión 89
7. Conclusiones y recapitulación 91
8. Recursos adicionales 92

3. Evaluación de los trastornos de la personalidad *(Eduardo Fonseca Pedrero, Susana Al-Halabí, Ángela Rosales Becerra y Juan Francisco Rodríguez-Testal)* . 93

1. Introducción 93
2. Evaluación de los trastornos de la personalidad 95
   - 2.1. El proceso de evaluación 95
     - 2.1.1. Consideraciones generales 95
     - 2.1.2. Consideraciones psicométricas 98
   - 2.2. Instrumentos de medida de autoinforme 100
   - 2.3. Entrevista 101
     - 2.3.1. Consideraciones antes de iniciar la entrevista 103
     - 2.3.2. Tipos de entrevistas 104
     - 2.3.3. Claves para el abordaje específico de la entrevista 105
   - 2.4. Perspectivas futuras 107
3. Conclusiones y recapitulación 108
4. Recursos adicionales 109
5. Caso práctico 110

4. Aproximación contextual a los trastornos de la personalidad *(Juan José Ruiz Sánchez, Bernard Guerin, Miguel Valenzuela Hernández y Juan Antonio Díaz-Garrido)* 113

1. Introducción 113
2. El contextualismo por afinidades interdisciplinarias de Marino Pérez Álvarez .. 115
   - 2.1. Punto de partida: la concepción del ser humano en Aristóteles 115
   - 2.2. Punto de llegada: la persona entre la contingencia y el drama 119
3. El contextualismo funcional verbal de Steven Hayes y Kohlenberg/Tsai 121
   - 3.1. El contextualismo funcional de Kohlenberg y Tsai aplicado a los trastornos de la personalidad. La teoría de la formación del yo 124
   - 3.2. El contextualismo funcional socioverbal de Steven Hayes aplicado a los trastornos de la personalidad. El modelo de ACT 126
4. El enfoque social contextual de los «trastornos de la personalidad» de Bernard Guerin 130
   - 4.1. Analizar y cambiar los «comportamientos de salud mental» 130
   - 4.2. Los contextos de vida que moldean los comportamientos de «salud mental» 130
   - 4.3. Trastornos de la personalidad: conductas y contextos 131
5. Conclusiones y recapitulación 133
6. Recursos adicionales 133
7. Caso práctico 133

© Ediciones Pirámide

BLOQUE II
Trastornos de la personalidad, factores etiológicos y conductas asociadas

5. Heridas ocultas: apego, trauma y disociación en el trastorno límite de la personalidad *(Gabriel Ródenas Perea, Loreto Gamero Arias y Ayoze Hernández Sánchez)* 137

1. Introducción 137
2. Los efectos del trauma relacional temprano: psicopatología del apego 137
3. El papel de la disociación 138
4. Las consecuencias en la identidad y en las relaciones interpersonales 141
5. Conclusiones y recapitulación 144
6. Recursos adicionales 144
7. Caso práctico 145

6. Conducta suicida en el trastorno límite de la personalidad *(Susana Al-Halabí, José Eduardo Rodríguez Otero y Eduardo Fonseca Pedrero)* 149

1. Introducción 149
   1.1. Conceptualización y datos epidemiológicos de interés 149
   1.2. Prevención de la conducta suicida: ubicar el tratamiento psicológico 154
2. Tratamiento psicológico de la conducta suicida 156
   2.1. Evaluación de la conducta suicida: la entrevista clínica 157
   2.2. Tratamientos psicológicos eficaces para la conducta suicida 162
3. Conclusiones y recapitulación 169
4. Recursos adicionales 170
5. Caso práctico 172

7. Imagen, peso y figura en los trastornos de la personalidad *(Francisco Martín-Murcia)* 185

1. Introducción 185
2. Imagen, peso y figura 190
   2.1. Cuerpo y ser 190
   2.2. Imagen, peso y figura 191
   2.3. La imagen en la construcción de la personalidad 194
3. Conclusiones y recapitulación 197
4. Recursos adicionales 198

8. Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia *(Marc Ferrer Vinardell, Fernando Aguirregomoscorta Menéndez, Juan David Duque Yemail y Aranzazu Fernández Rivas)* 199

1. Introducción 199
2. Tratamiento 209
3. Conclusiones y recapitulación 217
4. Recursos adicionales 218
5. Caso práctico 218

9. Fundamentos de la psicoterapia relevantes en los trastornos de la personalidad *(José López-Santiago, Cristina Rodríguez Cahill y Claudia Elena Castañeiras)* 221

1. Introducción 221

© Ediciones Pirámide

1.1. Dificultades del abordaje psicoterapéutico de los trastornos de personalidad 221
1.2. Tratamientos basados en la evidencia en los trastornos de personalidad 223
2. Características del terapeuta basadas en la evidencia 224
2.1. Psicoterapia y pericia clínica aplicada a los trastornos de la personalidad 224
2.2. Variables del terapeuta que inciden en la relación terapéutica 225
3. Principales características del proceso psicoterapéutico de las terapias efectivas 228
3.1. Elementos comunes de los modelos psicoterapéuticos sistemáticos y eficaces en los trastornos de personalidad 231
5. Conclusiones y recapitulación 232
5. Recursos adicionales 233
6. Caso práctico 234

10. La relación terapéutica en los trastornos de la personalidad *(María Marín Vila, Rosa Perteguer Barrio y Carmen Ortiz-Fune)* 243

1. Introducción 243
2. El desafío de la relación terapéutica en los trastornos de personalidad 244
2.1. La persona con un diagnóstico de trastorno de personalidad 244
2.2. La persona del terapeuta 248
2.3. La importancia del contexto y el encuadre 249
3. Conclusiones y recapitulación 250
4. Recursos adicionales 251
5. Caso práctico 251

Bibliografía 255

© Ediciones Pirámide

Prólogo

Es un honor prologar este libro excepcional sobre tratamientos psicológicos de los trastornos de la personalidad. La calidad y amplitud de este trabajo es una clara señal de que los trastornos de la personalidad han «alcanzado la mayoría de edad» en el campo de conocimiento de la salud mental. Este libro es testigo del avance en la comprensión y el tratamiento de los trastornos de la personalidad que se ha producido durante las últimas décadas. Aun así, si bien se han logrado muchos avances, aún tenemos tareas importantes por delante. No obstante, me centraré en el progreso: nuestra comprensión de los trastornos de la personalidad comenzó a florecer en la segunda mitad del siglo XX. Los escritos de autores pioneros como Otto Kernberg y John Gunderson, entre otros, refinaron la forma en que pensamos y tratamos estos trastornos. Ambos autores eran psiquiatras y psicoanalistas. Kernberg mantuvo vínculos estrechos con la teoría y las técnicas psicoanalíticas a medida que desarrollaba modificaciones del método analítico. Posteriormente, dio lugar a lo que se conoció como psicoterapia focalizada en la transferencia, que abordaba el trastorno límite de personalidad (TLP) en el nivel profundo de la estructura psicológica de una persona. Gunderson elaboró una conceptualización de la patología más descriptiva, en contraste con la estructural, y desarrolló un enfoque de tratamiento cada vez más pragmático para ser utilizado como un primer nivel de abordaje en personas que no requerían un enfoque más profundo. En aquellos primeros años, la conceptualización del TLP seguía relativamente vinculada al origen del concepto: describía a personas que se encontraban en el límite entre la neurosis y la psicosis, y que no presentaban una ruptura constante con la realidad, pero cuyo ego débil daba como resultado una intensa inestabilidad emocional y en distorsiones en su forma de percibir las relaciones interpersonales, con las consiguientes dificultades para adaptarse a los desafíos de la vida. Desde entonces, nuestra comprensión de los trastornos de la personalidad se ha vuelto más completa y rica.

Las formas de entender los trastornos de la personalidad evolucionaron desde entonces. Si bien la segunda edición de 1968 del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM II) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría ya enumeraba diez trastornos de personalidad distintos, no fue hasta la tercera edición de 1980 (DSM III) cuando se incluyó el TLP. Incluso antes de eso, los escritos sobre trastornos de la personalidad habían comenzado a centrarse en el TLP. A medida que el campo se ha desarrollado, nuestra comprensión de la personalidad enfatiza una visión dimensional de los trastornos de la personalidad que se aleja de la idea de diez categorías distintas. Este cambio hacia una conceptualización dimensional nos ayuda a comprender mejor cuál es el núcleo de la patología de la personalidad, teniendo en cuenta los factores comunes en la variedad de presentaciones de los trastornos de la personalidad. Las investigaciones han sugerido que las diferentes manifestaciones de los trastornos de la personalidad comparten dificultades subyacentes en el *yo* de una persona y en la forma en que piensa y se relaciona con los demás. Los rasgos de personalidad, que habían sido centrales en las distinciones diagnósticas en el modelo categórico, ahora se consideran secundarios frente a los factores subyacentes al sentido del *yo* y de los otros. Esta comprensión ampliada de la naturaleza

© Ediciones Pirámide

de los trastornos de la personalidad ha permitido la investigación y el desarrollo de conceptos y tratamientos de gran relevancia.

El surgimiento del trabajo de Marsha Linehan a principios de la década de 1990 aportó una nueva perspectiva al campo. Linehan, formada como conductista, comenzó a trabajar con mujeres con conductas suicidas, estudiando la relación de esta población con el TLP. Su primer ensayo clínico aleatorizado sobre terapia dialéctico-conductual (DBT, por sus siglas en inglés) frente al tratamiento habitual desencadenó una ola de investigación sobre diferentes modelos de tratamiento para el TLP. El tratamiento organizado en módulos que ofrece la DBT se adaptó rápidamente a muchos entornos. La década de 1990 también asistió al nacimiento de la terapia de esquemas. Así, Jeffrey Young enfatizaba la importancia de los problemas en la crianza de los hijos en el TLP, y que tales problemas podían superarse mediante una terapia que incluyera la reparentalización parcial, junto a la idea de que la mente de las personas diagnosticadas con TLP estaba organizada en torno a un conjunto estandarizado de esquemas.

A medida que el TLP incrementaba su presencia como un problema de salud importante, comenzaba la preocupación por la falta de recursos clínicos adecuados para satisfacer las necesidades de estas personas. Esta carencia era particularmente acuciante fuera de los principales centros urbanos. Pioneros como Nancy Blum y sus colegas desarrollaron un modelo de tratamiento psicoeducativo de apoyo, STEPPS, que podría proporcionarse allí donde los recursos clínicos fueran limitados.

También se produjeron acontecimientos interesantes desde fuera de Estados Unidos. En el Reino Unido, Anthony Ryle desarrolló la terapia analítica cognitiva, un tratamiento de tiempo limitado que combinaba elementos cognitivos y psicoanalíticos para abordar el conflicto psicológico interno. Bateman y Fonagy introdujeron la terapia basada en la mentalización, cuyo objetivo era incrementar la concienciación de los estados psicológicos propios y ajenos desde la teoría del apego. El objetivo de este modelo es ser aplicado en contextos con recursos limitados, como el Servicio Nacional de Salud británico.

Estos avances en el tratamiento, y otros, tuvieron lugar en el contexto de sistemas de salud mental caracterizados por un estigma grave e injusto hacia las personas con diagnósticos de trastornos de la personalidad. El estigma es, en gran medida, el resultado de la falta de formación sobre los trastornos de la personalidad. Los profesionales temen lo que no comprenden o no saben abordar adecuadamente. Esta realidad es otro motivo para celebrar la publicación de los dos volúmenes de este libro.

Este trabajo tiene lugar, como comenté previamente, en una época que corresponde a la «mayoría de edad» de los trastornos de la personalidad, que, a menudo, quedaban relegados a la categoría de «hijastro» en el ámbito de la salud mental. Se les consideraba separados de lo que, en el DSM III y el DSM IV, se denominaban trastornos del «Eje I» (depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, etc.), con la implicación de que eran menos importantes para el «núcleo» de la psiquiatría o la psicología. Se dedicó poco tiempo a formar a los profesionales de la salud mental sobre los trastornos de la personalidad, a pesar de su frecuencia en la práctica clínica. Por tanto, ha habido una prolongada «desconexión» entre la prevalencia de estos trastornos en entornos clínicos y la capacitación que reciben los profesionales. Esta brecha ha llevado, con frecuencia, a diagnósticos erróneos y, en consecuencia, a la asignación de personas a tratamientos inadecuados, lo que resulta en una pérdida de tiempo innecesaria y un sufrimiento prolongado. Una parte del problema a la hora de proporcionar formación adecuada es que se debe tener en cuenta la complejidad del ser humano y de la experiencia humana. Para ayudar adecuadamente a estas personas debemos ir más allá de un enfoque limitado al síntoma y considerar a la persona en su totalidad como el objeto de nuestro cuidado.

El espacio no me permite mencionar todos los modelos específicos de tratamiento incluidos en este libro. De hecho, uno de los aspectos más impresionantes de este trabajo es su amplitud. Su gama enciclopédica lo convierte en una referencia imprescindible para todos aquellos que tengan un verdadero interés en los trastornos de la personalidad. Cualquiera que sea el modelo de tratamiento que elija un clínico, debe retornar al tradicional modelo de tratamiento biopsicosocial. Y, si bien se describen diferentes modelos de tratamiento, cada terapeuta debe decidir qué elementos de tratamiento son los más apropiados para las personas con las que trabaja.

© Ediciones Pirámide

Este libro constituye un pilar en la integración de diferentes perspectivas sobre la comprensión y el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Muestro mi gratitud a los coordinadores y a los autores por brindar esta importante contribución que, durante años, servirá como una guía completa y comprensiva sobre los tratamientos psicológicos de los trastornos de la personalidad.

FRANK YEOMANS
Doctor en Medicina. Psiquiatra.
Universidad de Columbia.

© Ediciones Pirámide

Bloque I

Características clínicas y evaluación de los trastornos de la personalidad

Trastornos de la personalidad: realidad, actualidad y futuro

1

JUAN ANTONIO DÍAZ-GARRIDO
SUSANA AL-HALABÍ
ADOLFO J. CANGAS DÍAZ
FERNANDO RODRÍGUEZ-OTERO

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad (en adelante, TTPP) han sido, históricamente, difíciles de encajar en la psicopatología por varias razones. Por un lado, no se atienen a una «sintomatología» precisa y delimitada como en otros cuadros clínicos. Por otro lado, los límites entre lo normal (estilos de la personalidad) y lo patológico (trastornos de la personalidad) son difusos, al igual que los componentes culturales que poseen. Así, algunos autores han planteado que ciertos diagnósticos como el trastorno narcisista, antisocial, histriónico, etc., pueden estar ligados a roles de nuestra sociedad (Klonsky et al., 2002). Además, clásicamente, estos trastornos han presentado los niveles más bajos de fiabilidad y validez en los sistemas de clasificación diagnósticos (Farmer, 2000).

Por otro lado, la clasificación de los TTPP, como la que se ha llevado a cabo en el sistema de Clasificación de Enfermedades (CIE-11) o en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5-TR), no tiene un fundamento teórico claro (American Psychiatric Association, 2022; Organización Mundial de la Salud, 2019/2021). Así, por ejemplo, sistemas de clasificación diagnósticos en tres grupos (A: extraños o excéntricos; B: dramáticos, emotivos o erráticos; C: ansiosos o temerosos) se aborda, fundamentalmente, por similitud descriptiva de las características clínicas de los diferentes trastornos. Pero, pongamos por caso, el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno histriónico pueden ser muy diferentes, aunque estén encuadrados en el mismo grupo. Igualmente, cuando se han realizado diferentes análisis factoriales, más que confirmar los clústeres del DSM se ha encontrado una estructura tetrafactorial caracterizada por dimensiones que implican psicopatía, obsesividad, inestabilidad emocional y distanciamiento social (Tyre et al., 2015).

De la misma manera, los tratamientos psicológicos de los TTPP tampoco se han desarrollado de la misma manera que en otros problemas psicológicos, a excepción del trastorno límite de la personalidad (TLP), para el que desde hace varios años se cuenta con un tratamiento específico validado, como es la terapia dialéctica conductual (Quiroga y Errasti, 2003; Errasti y López Navarro, 2021). Se añade, además, que muchas de las personas que presentan estas dificultades (como puede ser en los casos del trastorno esquizoide de personalidad esquizoide, narcisista, etc.) no acuden a consulta por estos problemas, sino cuando se presentan otras dificultades (como pueden ser problemas de depresión, estrés, etc.) (Curry y Riddle, 2021).

Sin embargo, también es cierto que en los últimos años los TTPP han cobrado un nuevo protagonismo y para algunos autores son un ejemplo del cambio y de los nuevos retos de la psicopatología actual, como es el viraje hacia un enfoque dimensional de la CIE-11 o un enfoque híbrido del DSM-5-TR (Bach y First, 2018). De hecho, tal y como proponen los autores del segundo capítulo del presente manual «(Los trastornos de personalidad, buenos para pensar todos los trastornos psi)», los TTPP pueden entenderse como la base de la psicopatología.

De igual modo, se están consolidando nuevas perspectivas terapéuticas no tan centradas en los «síntomas», como ha ocurrido clásicamente en la

© Ediciones Pirámide

terapia psicológica tradicional, sino más asociada a la relación terapéutica, el contexto, la narrativa de las personas, etc., favoreciendo así que estas dificultades hayan cobrado un nuevo protagonismo (Markowitz, 2012), tal y como puede consultarse en ambos volúmenes de este libro.

Sumado a lo anterior, hay una importante evidencia que señala que los TTPP no tienen solo utilidad por sí mismos, sino que son precursores de diferentes problemas de salud mental, al igual que están relacionados de una manera clara con la evolución de los resultados terapéuticos de muchos problemas (Millon y Davis, 1998; Tyrer et al., 2015). Todo ello supone que sea necesario una actualización y repaso de los principales enfoques desarrollados hasta este momento.

2. PERSPECTIVA HISTÓRICA

Plantear el origen de los TTPP remite, obviamente, a la concepción de lo que se entiende por «personalidad», persona o el yo en cada época. Igualmente nos obliga a establecer un marco cultural determinado, como puede ser la tradición occidental, ya que, en otras culturas, como la asiática, africana, etc., predominan diferentes patrones comportamentales que hacen que las normas de conducta o lo considerado adecuado o habitual pueda variar considerablemente (Ronningstam et al., 2018).

Así, uno de los factores más estudiados, como son las diferencias entre culturas individualistas y colectivistas, implica modos de comportamiento diferentes. Por ejemplo, en el primer caso, se fomenta que las personas estén más centradas en sí mismas y en su éxito personal, mientras que en las colectivistas predomina una noción de la persona acorde a las demandas del grupo social de pertenencia. Esto obviamente supone que trastornos de la personalidad como el narcisista, evitativo, etc., tengan significado y características diferenciadas en las dos tradiciones (Cheng et al., 2020).

Por lo que se refiere a la cultura occidental, es la época de la Grecia clásica, cuna de los presupuestos de nuestra civilización, donde, partiendo de la constitución de los cuatro elementos propuestos por Empédocles (tierra, fuego, aire y agua) y la posterior propuesta de Hipócrates de los cuatro humores (bilis negra, bilis amarilla, sangre y flema), Galeno clasificaría cuatro tipos de personalidad (depresiva, colérica, pasional y desapegada). Esta diferenciación se mantuvo hasta épocas relativamente recientes (Croq, 2013).

Será a partir del siglo XVIII, con el surgimiento del Romanticismo, cuando surgirá una nueva concepción del yo, en la que se exaltarán los sentimientos y pensamientos individuales como aspectos fundamentales de la vida. Se destacará la individualidad a costa del gregarismo (Gil Roales, 2021). Esta concepción, debido al impacto social tan importante de la ciencia y la tecnología de la época, evolucionará en el siglo XIX hacia el predominio de la razón sobre los sentimientos como modo fundamental de entender el comportamiento de las personas. Finalmente, en el siglo XX, con el auge del posmodernismo, que lleva parejos elementos como la democratización de la sociedad, el aumento de la movilidad, el consumismo o el desarrollo de la comunicación (como la influencia actual de las redes sociales), fomentará nuevas formas de relativismo, de *hiperindividualidad* y de *saturación del yo* (Martínez y Blanc, 2015; Pérez-Álvarez, 2023).

Si nos atenemos al desarrollo particular de la consideración de los TTPP, será en el siglo XIX cuando se empiezan a introducir conceptos clave como *manía sin delirio, monomanía de razonamiento* o *insania moral,* por autores como Pinel, Esquirol o Prichard, para categorizar a las personas que, aunque no manifestaban síntomas psiquiátricos agudos, habían realizado actos violentos. Esta concepción llevará posteriormente a Koch, en 1905, a introducir el término de *psicopatía* (Ekselius, 2018) y, ya entrado el siglo XX, a Kurt Schneider, en su manual *La personalidad psicopática* de 1923, a definir los TTPP en términos aún presentes en la actualidad, destacando que son problemas donde las personas sufren o causan sufrimiento a la sociedad (Tyrer et al., 2015). Es decir, el aspecto interpersonal se convierte en lo principal. Asimismo, Schneider clasificó los TTPP en diez categorías (hipertímico, depresivo, inseguro, fanático, buscador de atención, lábil, explosivo, desafectivizado, abúlico y asténico) que, con solo pequeños cambios, se incorporarían posteriormente en el DSM (Farnam y Zamanlu, 2018).

En paralelo a este desarrollo clínico, también se consolidan diferentes enfoques estadísticos de la psicología de la personalidad sobre las descripciones

© Ediciones Pirámide

que hacían las personas de sí mismas. Cabe destacar a Allport, quien realizó una recopilación de cerca de 18.000 términos descriptivos de la personalidad (Allport y Odbert, 1936). Posteriormente, Norman (1963) trabajó con 2.800 conceptos y concluyó que la personalidad podía entenderse con cinco factores ortogonales. Catell amplió este número a 16 (Cattell y Mead, 2008), aunque el modelo que más éxito y consenso generó y que se mantiene en la actualidad es el modelo de los cinco grandes (Costa y McCrae, 1992a).

Un hito clave para la consolidación de los TTPP fue la publicación en 1980 del DSM III, que introdujo, por primera vez, un sistema multiaxial en el que los trastornos de la personalidad formarían parte del eje II (junto con los trastornos del desarrollo), diferenciándolos, por tanto, de la mayoría de los trastornos incluidos en el eje I. Esto conllevó, entre otros aspectos, que hubiera que evaluar su posible presencia o no, independientemente del problema de la persona (Coolidge y Segal, 1998).

Este sistema multiaxial se mantuvo vigente hasta el DSM-5 (APA, 2013), que eliminó este aspecto, pero abrió un nuevo debate mediante la adopción de un sistema alternativo basado en un modelo híbrido (categorial y dimensional). Por su parte, la CIE-11 (OMS, 2019/2021) incluye solamente un sistema dimensional para el diagnóstico de los TTPP. Así, nos encontramos en una época de profundos cambios donde, junto con las críticas a los sistemas de diagnósticos tradicionales (Frances, 2013; Kirkbride et al., 2024), se plantean nuevas alternativas en la conceptualización de los TTPP que comentaremos más adelante.

3. CONCEPTUALIZACIÓN

Como se comentó previamente, ningún comportamiento puede o debe ser descontextualizado de su época y cultura. Por este motivo, un primer elemento presente en cualquier definición de TTPP es que se trata de comportamientos no adaptados culturalmente. También tiene que ser un comportamiento que provoque sufrimiento a la persona o a su entorno. En muchos casos se trata de comportamientos de los que la persona no tiene conciencia del efecto que producen, pudiendo incluso sentirse satisfecha con su vida, por lo que no suelen acudir a tratamiento. Sí es más probable que en situaciones de estrés desarrollen diferentes dificultades, precisamente por disponer de menos recursos o manifestar una personalidad menos adaptada (Curry y Riddle, 2021). En este sentido, cabe destacar que son patrones poco flexibles y desadaptados a las circunstancias de las personas. Aquí tomaría protagonismo el criterio relativo a su generalización. Cuando nos referimos a la personalidad estamos abarcando muchas facetas de la vida de la persona y no problemas puntuales. También está el criterio temporal, por el que se entiende que estas dificultades se prolongan en el tiempo durante varios años.

Con estas consideraciones presentes, la mayoría de las definiciones suelen hacer referencia a estos apartados. Por ejemplo, el DSM-5-TR (APA, 2022) manifiesta que se trata de un patrón duradero de experiencia interna y comportamiento que se desvía marcadamente de las normas y expectativas de la cultura del individuo, es generalizado e inflexible, tiene un inicio en la adolescencia o en la adultez temprana, es estable con el tiempo y conduce a angustia o deterioro.

Por su parte, la CIE-11 (OMS, 2019/2021) indica que el trastorno de la personalidad se caracteriza por problemas en el funcionamiento de algunos aspectos del yo (por ejemplo, identidad, autoestima, precisión de la visión de uno mismo, autodirección) o algún tipo de disfunción interpersonal (por ejemplo, capacidad para desarrollar y mantener relaciones cercanas y mutuamente satisfactorias, capacidad para comprender las perspectivas de otros y para manejar conflictos en las relaciones) que han persistido durante un período prolongado (por ejemplo, dos años o más). La alteración se manifiesta en patrones de cognición, experiencia y expresión emocionales y comportamiento que son inadaptados (por ejemplo, inflexibles o mal regulados) y se manifiesta en una variedad de situaciones personales y sociales (es decir, no se limita a relaciones o roles sociales específicos). Asimismo, los patrones de comportamiento que caracterizan la alteración no son apropiados para el desarrollo y no pueden explicarse principalmente por factores sociales o culturales, incluido el conflicto sociopolítico. También, la alteración está asociada con un malestar considerable o un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento.

© Ediciones Pirámide

4. DE LOS MODELOS CATEGORIALES Y DIMENSIONALES A LOS TRANSDIAGNÓSTICOS Y MÁS ALLÁ

Como es bien sabido, en los sistemas diagnósticos formales ha prevalecido clásicamente un enfoque categorial, a pesar de las múltiples críticas que ha recibido, tales como la alta comorbilidad psicopatológica, la heterogeneidad dentro de cada categoría diagnóstica o las dificultades para establecer un punto de corte entre lo normal y lo psicopatológico (Ekselius et al., 1993; Figueroa, 2018; Frances, 2013; Horwitz y Wakefield, 2007; Paris, 2015; Tyrer y Mulder, 2022). Igualmente, en el caso de los TTPP, la categoría diagnóstica más utilizada es el TP no especificado, un diagnóstico que debería ser residual, lo que señala su poca validez y utilidad clínica (Bernstein et al., 2007; Verheul y Widiger, 2004; Wright y Ringwald, 2022).

De esta manera, el enfoque categórico no llega a representar plenamente la psicopatología de la personalidad ni proporciona una comprensión científica sólida acerca de qué es la personalidad y qué son los TTPP (Monaghan y Bizumic, 2023), limitando la comprensión de los procesos subyacentes y el impulso de los desarrollos clínicos (Dalgleish et al., 2020).

En este sentido, décadas de investigación respaldan la evidencia de que un enfoque dimensional que examine los procesos de personalidad a lo largo de un continuo, que vaya desde el funcionamiento normal hasta el patológico, representaría una mejor opción que el tradicional enfoque a la hora de describir la estructura de dichos trastornos (Clark, 2007). En psicopatología, esta tradición dimensional siempre ha estado presente, desde el psicoanálisis hasta los modelos fenomenológicos y conductuales. Además, en las últimas décadas se han propuesto diferentes alternativas diagnósticas dimensionales. Entre los más conocidos, se encuentra la taxonomía jerárquica de la psicopatología o modelo HiTOP (Kotov et al., 2017), que, como indica su denominación, es jerárquica. A nivel estructural, presenta una serie de niveles jerárquicamente organizados que aumentan en alcance de abajo hacia arriba *bottom-up:* síntomas, componentes, síndromes, trastornos, subfactores, espectros y superespectros. Aquellos que están fuertemente correlacionados y que miden aspectos superpuestos del funcionamiento mental aparecen vinculados en la jerarquía. La agrupación de los niveles es una cuestión de análisis empírico y no una decisión de expertos. Como resultado, los trastornos y grupos de trastornos del HiTOP no coinciden con la agrupación actual propuesta por el DSM ni la CIE (Kotov et al., 2017; Haeffel et al., 2022) (figura 1.1).

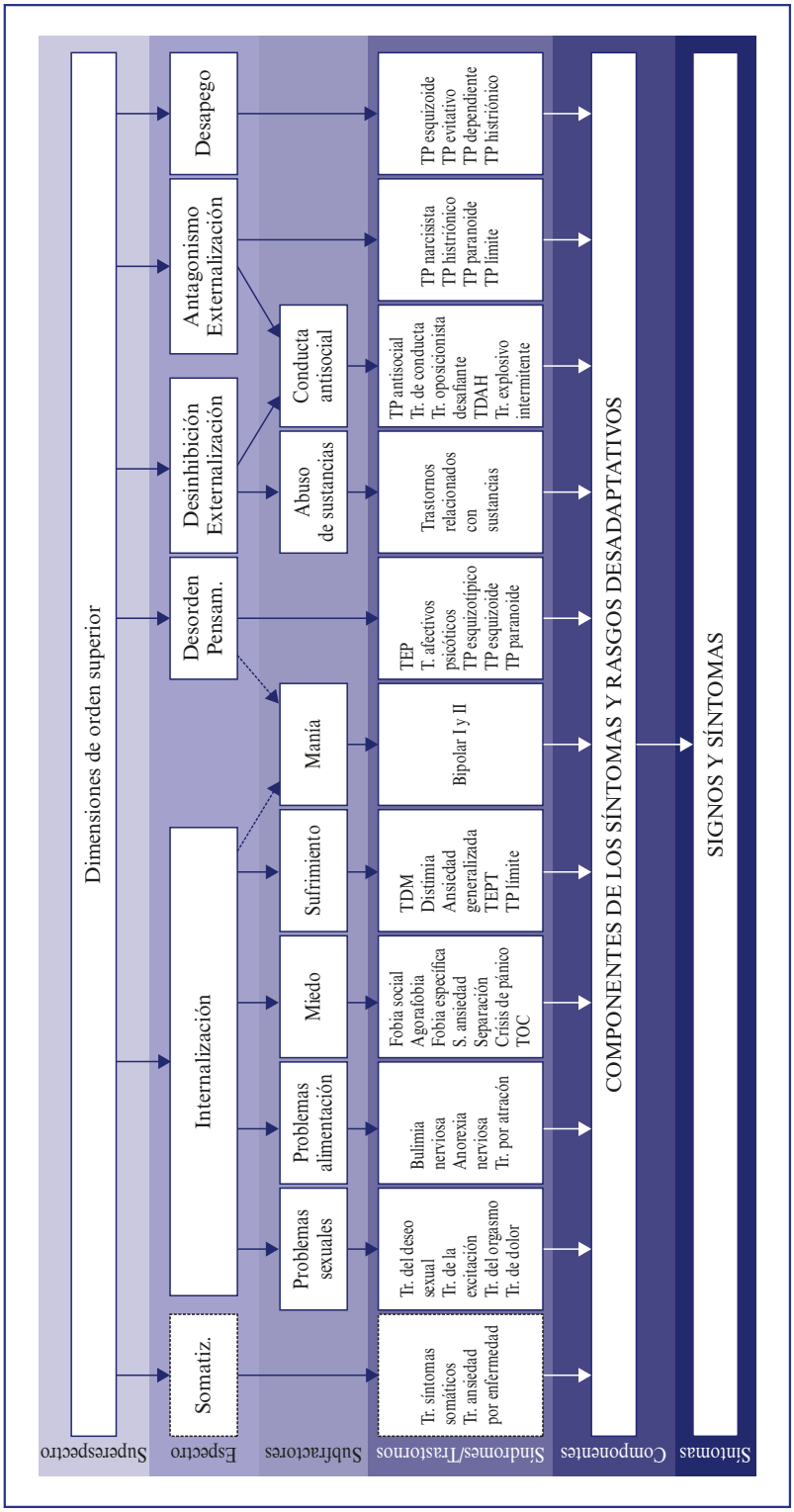
Como señalan Kotov et al. (2017), a través de esta estructura se consigue dar respuesta a muchas de las limitaciones que presenta el sistema tradicional dominante de clasificación, esto es, construir síndromes psicopatológicos y sus componentes o subtipos agrupando síntomas relacionados y «reduciendo así la heterogeneidad». También combina síndromes concurrentes en espectros, «mapeando así la comorbilidad». Además, «caracteriza dimensionalmente» estos fenómenos, lo que «aborda problemas de límites e inestabilidad diagnóstica».

La investigación en esta área ha demostrado que los seis espectros incluidos en su estructura (internalización, trastorno del pensamiento o psicoticismo, externalización desinhibida, externalización antagónica, desapego y somatomorfo) subyacen tanto a la personalidad como a la psicopatología general, lo que ayuda a explicar su frecuente coexistencia (Calabrese et al., 2020; Kotov et al., 2017).

En esta línea, Conway (2020) expone que HiTOP ofrece un enfoque alternativo que podría revitalizar la investigación sobre los TTPP. Bajo este modelo, añade el autor, los correlatos de salud mental se examinan no solo en relación con el TP sindrómico, sino también con dimensiones en niveles superiores e inferiores de amplitud en una jerarquía empírica de procesos psicopatológicos. Concluyendo que, a través de este tipo de reformulación de las preguntas de investigación, los modelos etiológicos y clínicos se volverán más precisos, exactos y eficientes. No obstante, la investigación sobre este marco en la literatura sobre la patología de la personalidad apenas está comenzando.

Al igual que el HiTOP, otro marco dimensional que propone un enfoque alternativo en el estudio, clasificación y tratamiento de los trastornos psicológicos son los criterios de dominio de investigación (RDoC) (Insel et al., 2010). Aun con todo, existen grandes diferencias entre las dos propuestas, tal y como argumentan Michelini et al. (2021). Mientras el HiTOP es un sistema de enfoque dimensional que busca «proporcionar objetivos de investigación y tratamiento más informativos que las categorías de

© Ediciones Pirámide



FUENTE: adaptado de Díaz-Garrido et al., 2021, modificada de Kotov, et al., 2017.

Figura 1.1.—Modelo HiTOP.

© Ediciones Pirámide

diagnóstico tradicionales» sobre un enfoque cuantitativo, el RDoC es un marco de investigación arraigado en la neurociencia que tiene como objetivo «promover la comprensión de los sistemas bioconductuales de transdiagnóstico que subyacen a la psicopatología y, en última instancia, informar las clasificaciones futuras». Nos encontramos ante dos enfoques que, lejos de responder a planteamientos excluyentes, son complementarios, puesto que «el marco bioconductual de RDoC puede ayudar a dilucidar los fundamentos de las dimensiones clínicas incluidas en HiTOP, mientras que HiTOP puede proporcionar objetivos clínicos psicométricamente sólidos para la investigación basada en RDoC» (Michelini et al., 2021).

Los cinco dominios de RDoC son: sistemas de valencia negativos, sistemas de valencia positivos, sistemas cognitivos, sistemas para procesos sociales y sistemas reguladores. El objetivo es empezar desde cero identificando los mecanismos cerebrales, mapeando sus funciones y viendo a qué dominios de comportamiento afectan. Los investigadores del RDoC sostienen que solo una vez hecho esto se podrán idear categorías válidas de los trastornos mentales, diagnosticables mediante disfunciones mensurables en los dominios biológicos subyacentes. Por tanto, el proyecto RDoC consiste en desarrollar desde cero un esquema de diagnóstico basado en biomarcadores.

Koudys et al. (2019) exploraron las implicaciones de la iniciativa RDoC para la investigación en neurociencias específicamente sobre los TTPP. Consiguiendo alinear con éxito «los criterios individuales de los TTPP categóricos politéticos del DSM-5 con los constructos RDoC» (Bastiaens y Claes, 2023). Bastiaens y Claes (2023) concluyen que el marco RDoC ofrece una solución a las limitaciones presentes en los sistemas de clasificación actuales de los trastornos mentales y que, desde una posición alejada de las categorías de personalidad del DSM, el sistema RDoC «está particularmente bien posicionado para (re)conceptualizar la patología (de la personalidad) y describir varias de sus vías causales a través de cinco de los seis dominios de investigación actuales y sus constructos constitutivos». Estos autores destacan que el RDoc no carece de limitaciones, como, por ejemplo, la necesidad de estudios futuros para investigar las interacciones entre los dominios/constructos RDoC o la inclusión de propiedades del sistema que emergen en niveles superiores de sistemas jerárquicos.

También como alternativa a los sistemas taxonómicos internacionales, en los últimos años se ha comenzado a utilizar los modelos de redes en psicopatología (Borsboom, 2017). Los modelos de redes consisten en agrupaciones de variables psicológicas (por ejemplo, síntomas) interconectadas entre sí y conformados por nodos *(nodes)* y aristas *(edges)*. Los nodos representan las variables de estudio y las aristas representan las conexiones entre ellas. En las redes de psicopatología, los nodos representan síntomas (signos, rasgos, afectos, etc.) y las aristas representan asociaciones entre síntomas (inhibición o activación) (Borsboom, 2017; Fonseca-Pedrero, 2018; Fonseca-Pedrero et al., 2022). Esta aproximación permite identificar dinámicas entre variables y contar con distintos niveles de análisis, al mismo tiempo que respeta la variabilidad individual (Nelson et al., 2017; Pérez-Álvarez, 2021). Se trata de una novedosa forma de comprender e intervenir en la conducta y tiene enormes posibilidades ya que puede, entre otros aspectos, posibilitar formas alternativas de analizar datos o relaciones entre variables (por ejemplo, síntomas, signos, procesos psicológicos, rasgos de personalidad, consumo de sustancias, etc.), de diseñar nuevas formas de prevención e intervención e, incluso, de mejorar la búsqueda de factores etiológicos (Fonseca-Pedrero, 2018; Fonseca-Pedrero et al., 2021).

Por otro lado, para el caso específico de los TTPP existen también diferentes propuestas dimensionales. Por su influencia posterior, destaca el modelo propuesto por Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1976), quien empleó el análisis factorial para identificar tres dimensiones fundamentales: extraversión vs. introversión, neuroticismo y psicoticismo. Este autor será recordado como el psicólogo que organizó el *caos* de rasgos de personalidad superpuestos y conflictivos —que proliferaron durante décadas de investigación en el campo de la personalidad— al identificar el neuroticismo y la extraversión como dimensiones clave (Costa y McCrae, 2012). Este enfoque ha sido ampliamente reconocido y utilizado en la psicología de la personalidad y las tres dimensiones han resurgido de una forma u otra en numerosos modelos posteriores, aunque a veces se aplican los mismos nombres a dimensiones ligeramente diferentes (Keeley et al., 2023).

Cabe añadir otros modelos dimensionales que ofrecen nuevas perspectivas sobre la estructura de la

© Ediciones Pirámide

personalidad. Por ejemplo, Millon (1981), en un intento de conciliar un enfoque dimensional de la psicopatología con el enfoque categorial (Bayon et al., 1996), propone un modelo que se centra en tres dimensiones polarizadas: «orientaciones del yo-otro», «actividad-pasividad» y «placer-dolor». Este modelo destaca la interacción entre el individuo y su entorno social, conceptualizando los TTPP como derivados de fallas en el patrón dinámico de competencias adaptativas del sistema (Millon, 1994).

Por otro lado, Cloninger et al. (1993) proponen un modelo psicobiológico con cuatro temperamentos (evitación de daños, búsqueda de novedades, dependencia de recompensas y persistencia), junto con tres rasgos de carácter (autodirección, cooperación y autotrascendencia). Las dimensiones se consideran el resultado de interacciones continuas a lo largo de la vida de una persona y proporcionan la estructura causal para describir cuatro características centrales de los TTPP (Cloninger, 2000): *a*) baja autodirección; *b*) baja cooperación; *c*) baja estabilidad afectiva, y *d*) baja autotrascendencia.

Un modelo que sigue una línea similar internalista, factorial, rasgo-estructural y psicobiologicista es el modelo de Zuckerman de cuatro factores (Zuckerman, 1983, 1994); en este propone las siguientes dimensiones: neuroticismo-emocionalidad (similar al modelo de Eysenck), extroversión (similar al modelo de Eysenck), agresión-hostilidad e impulsividad no socializadora-búsqueda de sensaciones (similar al psicoticismo de Eysenck). Posteriormente a este modelo (Zuckerman et al., 1993), propuso otro de cinco factores como alternativa al modelo del *Big Five* de McCrae y Costa (2003), el llamado «cinco alternativos», consistente en los siguientes factores: la impulsividad-búsqueda de sensaciones, la sociabilidad, el neuroticismo-ansiedad, la agresión-hostilidad y la actividad. Sus investigaciones giraron en torno a la búsqueda de sensaciones, indicando que las personas difieren en la medida en que buscan y disfrutan de las experiencias novedosas y emocionantes, y que estas diferencias pueden influir en una variedad de comportamientos y preferencias.

También es reseñable el modelo dimensional de Widiger et al. (1987), que presenta un enfoque más específico y meticuloso. Estos autores intentaron generar un modelo dimensional de los TTPP con base en los criterios definitorios del DSM III aplicados a 84 pacientes. Se correlacionó el número de síntomas y se aplicó un procedimiento multidimensional. El resultado reveló una configuración tridimensional. La primera dimensión representaba la participación social, con los TTPP esquizoide y paranoide en un polo y las categorías dependiente, evitativa, límite e histriónica en el otro polo. La segunda dimensión que surgió representó asertividad, a lo largo de un continuo de dominancia/poder con los TTPP narcisista e histriónico en un extremo del continuo y los tipos de personalidad esquizoide, pasivo/ agresivo, evitativo y dependiente en el otro. La tercera dimensión representaba un continuo que iba desde la orientación interna, ansiosa y reflexiva definida por los TTPP esquizotípicos, compulsivos, paranoicos y evitativos en un polo, hasta la externalización y la actuación en el otro polo, definida por los trastornos antisociales, pasivos y personalidades agresivas, esquizoides y límite.

El modelo de cuatro factores de Livesley et al. (1998) identifica la estructura de orden superior de los TTPP mediante el examen de las estructuras fenotípicas y genéticas que subyacen a los rasgos de orden inferior, evidenciando una estructura cuatridimensional: desregulación emocional, comportamiento disocial, inhibición y compulsividad. Livesley et al. (1998) propusieron que este método de estudio de los TTPP desde una perspectiva fenotípica podría resultar útil al producir una amplia variedad de rasgos básicos que tienen efectos específicos, junto con algunos factores de orden superior con efectos generalizados. Estos factores pueden dar cuenta de la variabilidad compleja en la estructura de la personalidad y los TTPP, y sugiere que se requieren «ambos niveles de la jerarquía de rasgos para una explicación integral de la personalidad» con fines clínicos y de investigación.

Pero, sin duda, el modelo de los cinco factores (FFM por sus siglas en inglés de *Five Factors Model*) propuesto por McCrae y Costa (2003) es el modelo estructural integral más difundido de las dimensiones de la personalidad respaldado por un amplio consenso (Simms et al., 2017). El FFM supone un «excelente candidato para explicar todas las variaciones de la personalidad, y los modelos dimensionales actuales de TTPP capturan versiones disfuncionales o extremos de estos rasgos» (Widiger y Costa, 2013). El FFM es un marco que organiza los rasgos de personalidad en una estructura jerárquica de cinco dimensiones básicas: neuroticismo (N), extraversión (E), apertura (O), amabilidad (A) y res-

© Ediciones Pirámide

ponsabilidad (C). Estos rasgos son características que reflejan tendencias estables y perdurables en el individuo, a diferencia de los estados de ánimo o emociones, que son más temporales. Este modelo se desarrolló a partir del análisis de términos descriptivos utilizados comúnmente en el lenguaje para describir rasgos de personalidad.

Costa y McCrae (1992b) afirmaron que hay «cuatro formas en las que cinco factores son básicos». En primer lugar, argumentaron que los cinco rasgos «son constructos reales y no convenciones arbitrarias y socialmente construidas para la descripción de la personalidad». En segundo lugar, los cinco grandes son «omnipresentes». En tercer lugar, los factores «son universales», pues se encuentran factores similares en ambos sexos, en personas de diferente origen étnico y en muestras de niños y adultos. Por último, hay «evidencia de heredabilidad» para los cinco.

Entre las ventajas que aporta conceptualizar los TTPP de la CIE y el DSM desde la perspectiva del FFM, Widiger y Crego (2019) resaltan la «aportación del modelo FFM de un cuerpo sustancial de validación de constructos a los TTPP incluida la resolución de controversias tan notables como el sesgo de género, la excesiva superposición diagnóstica y la inestabilidad temporal». Por otro lado, los dominios de la FFM son considerablemente más homogéneos y distintos, lo que se adapta bien a la diversidad de modelos de etiología, patología y tratamiento.

Una prueba más de la influencia del modelo FFM es la publicación por parte de la APA de un modelo alternativo (AM) de TTPP en la sección III del DSM-5-TR (APA, 2022) que, en parte, comprende cinco dominios de rasgos patológicos basados en el modelo FFM (Sleep et al., 2018).

Aunque hasta este punto se han mencionado parte de las propuestas dimensionales más significativas, existen muchos otros modelos de interés. Widiger y Simonsen (2005), con el objetivo de superar las limitaciones del modelo categórico de clasificación de los TTPP, trabajaron con 18 de estos modelos dimensionales, proponiendo un nuevo modelo con base en la integración de estas propuestas alternativas dentro de una estructura jerárquica unificada común. Esto les permitió concluir que, aunque cada propuesta tenía sus propias particularidades, muchos modelos tenían una estructura organizativa similar. En realidad, la mayoría de los modelos compartían ciertos rasgos generales en común, de hecho «todos, excepto algunos de los rasgos de personalidad y comportamientos contenidos en los 18 modelos propuestos, podrían organizarse dentro de una estructura jerárquica más desarrollada».

Profundizando en esta idea de la similaridad, Monaghan y Bizumic (2023) analizaron los factores en común que tienen la mayoría de los modelos dimensionales y llegaron a la conclusión de que, a pesar de algunas diferencias importantes en los enfoques predominantes, los modelos dimensionales en este ámbito suelen considerar dos criterios clave: gravedad y estilo. La gravedad captura la angustia central que es común a todos los TTPP, su impacto en la autodirección y la identidad del individuo (funcionamiento intrapersonal), así como su capacidad para formar relaciones cercanas y empatizar con los demás (funcionamiento interpersonal). El segundo criterio describe las características estilísticas de la presentación, en gran medida en relación con alguna derivación del FFM de la personalidad.

Igualmente, los dos manuales diagnósticos más importantes, en sus últimas versiones, han incorporado también propuestas dimensionales. Así, el DSM-5-TR, en su sección III, plantea un modelo híbrido (categorial y dimensional), aunque en la sección II mantiene el enfoque clásico categorial. Por su parte, la CIE-11 incorpora un enfoque dimensional, suprimiendo las diferentes categorías diagnósticas habituales de los TTPP, a excepción del trastorno límite de la personalidad, que se mantiene por su relevancia clínica.

De modo concreto, en la sección III del DSM-5-TR para la definición de un trastorno de personalidad, se detalla que debe darse un deterioro moderado o importante en el funcionamiento, tanto de la propia identidad, como en el funcionamiento interpersonal, así como en la experiencia de uno mismo como ser único, con límites claros entre uno mismo y los demás, estabilidad de la autoestima y habilidad para regular una variedad de experiencias emocionales. En este sentido, establece la posibilidad de formular cinco gradientes: funcionamiento saludable y adaptativo (nivel 0), deterior leve (nivel 1), deterioro moderado (nivel 2), grave (nivel 3) y extremo (nivel 4).

Asimismo, para el diagnóstico de un TP se debe presentar uno o más rasgos patológicos de la personalidad. Aquí incluye cinco *dominios,* como son afectividad negativa (frente a estabilidad emocional), desapego (frente a extraversión), antagonismo (frente

© Ediciones Pirámide

a amabilidad), desinhibición (frente a conciencia) y psicoticismo (vs. lucidez). Los mismos han venido influenciados por el modelo FFM (Krueger et al., 2012), donde neuroticismo correlacionaría con afectividad negativa; extraversión con desapego; agradabilidad tiene una correlación moderada negativa con disociabilidad, y responsabilidad presenta, por un lado, una correlación elevada negativa con desinhibición y, por otra, positiva moderada con anancastia. Únicamente el factor apertura a la experiencia no tendría un correlato en esta clasificación (McCabe y Widiger, 2020; Somma et al., 2020). A su vez, estos dominios estarían integrados por elementos más específicos, denominados *facetas,* incluyendo un total de 25.

La utilidad clínica de este enfoque radica en la posibilidad de centrar la atención en múltiples áreas relevantes de cada persona, en vez de utilizar una etiqueta diagnóstica. De este modo, permitiría al profesional indicar rasgos de personalidad salientes sin necesidad de conllevar necesariamente un diagnóstico, a no ser que tenga dificultades persistentes e importantes en su vida diaria.

No obstante**,** sigue manteniendo también seis categorías diagnósticas tradicionales, como son el trastorno de personalidad evitativo, antisocial, *borderline,* narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico, caracterizadas cada una de ellas por dos o más dificultades en las facetas de identidad, autodirección, empatía e intimidad. En la tabla 1.1 se presenta una comparación entre los TTPP propuestos en la sección II y en la III de este sistema diagnóstico.

TABLA 1.1

Clasificación de los trastornos de la personalidad del DSM-5-TR en las secciones II y III

Sección II	Sección III
Trastorno esquizotípico de la personalidad *A*) Un patrón generalizado de déficits sociales e interpersonales marcados por una incomodidad aguda y una capacidad reducida para las relaciones cercanas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan en la edad adulta temprana y se presentan en una variedad de contextos, como se indica por cinco (o más) de los siguientes: 1. Ideas de referencia (excluyendo delirios de referencia). 2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y es inconsistente con las normas subculturales (por ejemplo, superstición, creencia en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas). 3. Experiencias perceptivas inusuales, incluidas las ilusiones corporales. 4. Pensamiento y habla extraña (por ejemplo, vago, circunstancial, metafórico, demasiado elaborado o estereotipado). 5. Sospecha o ideación paranoica. 6. Afecto inapropiado o restringido. 7. Comportamiento o apariencia extraña, excéntrica o peculiar. 8. Falta de amigos cercanos o confidentes que no sean parientes de primer grado.	**Trastorno esquizotípico de la personalidad** *A*) Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas: 1. Identidad: límites confusos entre uno mismo y los demás; autoconcepto distorsionado; la expresión emocional a menudo no es congruente con el contexto o la experiencia interna. 2. Autodirección: objetivos poco realistas o incoherentes; no hay un conjunto claro de normas internas. 3. Empatía: dificultad pronunciada para comprender el impacto de los propios comportamientos en los demás; frecuentes interpretaciones erróneas de las motivaciones y comportamientos de los demás. 4. Intimidad: deficiencias marcadas en el desarrollo de relaciones cercanas, asociadas con desconfianza y ansiedad. *B*) Cuatro o más de los siguientes seis rasgos de personalidad patológica: 1. Desregulación cognitiva y perceptiva (un aspecto del psicoticismo): procesos de pensamiento extraños o inusuales; pensamiento o discurso vago, circunstancial, metafórico, demasiado elaborado o estereotipado; sensaciones extrañas en varias modalidades sensoriales.

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.1 *(continuación)*

Sección II	Sección III
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse con temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo. *B*) No ocurre exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o trastorno del espectro autista [nota: si se cumplen los criterios antes del inicio de la esquizofrenia, agregue «premórbido», por ejemplo «trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)»].	2. Creencias y experiencias inusuales (un aspecto del psicoticismo): contenido de pensamiento y puntos de vista de la realidad que otros ven como extraños o idiosincrásicos; experiencias insólitas de la realidad. 3. Excentricidad (un aspecto del psicoticismo): comportamiento o apariencia extraña, inusual o extraña; hacer comentarios inusuales o inapropiados. 4. Afectividad restringida (un aspecto del desapego): poca reacción a situaciones emocionalmente excitantes; experiencia y expresión emocional restringida; indiferencia o frialdad. 5. Retiro (un aspecto del desapego): preferencia por estar solo a estar con otros; reticencia en situaciones sociales; evitación de contactos y actividades sociales; falta de iniciación del contacto social. 6. Suspicacia (un aspecto del desapego): mayor sensibilidad a señales de malas intenciones o daño interpersonal; dudas sobre la lealtad y fidelidad de los demás; sentimientos de persecución.
Trastorno de la personalidad antisocial *A*) Un patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás, que ocurre desde los 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes: 1. Incumplimiento de las normas sociales con respecto a los comportamientos legales, como se indica realizando repetidamente actos que sean motivo de detención. 2. Engaño, como lo indican mentiras repetidas, el uso de alias o engañar a otros para beneficio o placer personal. 3. Impulsividad o falta de planificación anticipada. 4. Irritabilidad y agresividad, indicadas por peleas o agresiones físicas repetidas. 5. Desprecio imprudente por la seguridad propia o de los demás. 6. Irresponsabilidad continua, como lo indica la falta repetida de mantener un comportamiento laboral consistente o cumplir con las obligaciones financieras. 7. Falta de remordimiento, como lo indica ser indiferente o racionalizar, haber lastimado, maltratado o robado a otro. *B*) El individuo tiene al menos 18 años de edad. *C*) Hay evidencia de trastorno de conducta con inicio antes de la edad de 15 años.	**Trastorno de la personalidad antisocial** *A*) Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas: 1. Identidad: egocentrismo; autoestima derivada de la ganancia personal, el poder o el placer. 2. Autodirección: establecimiento de metas basado en la gratificación personal; ausencia de estándares internos prosociales, asociada con la falta de conformidad con el comportamiento ético legal o culturalmente normativo. 3. Empatía: falta de preocupación por los sentimientos, necesidades o sufrimiento de los demás; falta de remordimiento después de lastimar o maltratar a otro. 4. Intimidad: incapacidad para relaciones mutuamente íntimas, ya que la explotación es un medio principal de relacionarse con los demás, incluso mediante el engaño y la coerción; uso de dominio o intimidación para controlar a otros. *B*) Seis o más de los siguientes siete rasgos de personalidad patológica: 1. Manipulación (un aspecto del antagonismo): uso frecuente de subterfugios para influir o controlar a otros; uso de la seducción, el encanto, la ligereza o la adulación para lograr los propios fines.

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.1 *(continuación)*

Sección II	Sección III
D) La aparición de comportamiento antisocial no es exclusiva durante el curso de la esquizofrenia o el trastorno bipolar.	2. Insensibilidad (un aspecto del antagonismo): falta de preocupación por los sentimientos o problemas de los demás; falta de culpa o remordimiento por los efectos negativos o dañinos de las acciones propias sobre los demás; agresión; sadismo. 3. Engaño (un aspecto del antagonismo): deshonestidad y fraude; tergiversación de uno mismo; embellecimiento o fabulación al relatar eventos. 4. Hostilidad (un aspecto del antagonismo): sentimientos de ira persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a desaires e insultos menores; comportamiento mezquino, desagradable o vengativo. 5. Asunción de riesgos (un aspecto de la desinhibición): participación en actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente dañinas para uno mismo, innecesariamente y sin tener en cuenta las consecuencias; propensión al aburrimiento e iniciación irreflexiva de actividades para contrarrestar el aburrimiento; despreocupación por las propias limitaciones y negación de la realidad del peligro personal. 6. Impulsividad (un aspecto de la desinhibición): actuar de improviso en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de manera momentánea sin un plan o consideración de los resultados; dificultad para establecer y seguir planes. 7. Irresponsabilidad (un aspecto de la desinhibición): indiferencia y falta de cumplimiento de las obligaciones o compromisos financieros y de otro tipo; falta de respeto y falta de cumplimiento de acuerdos y promesas. Nota. El individuo tiene al menos 18 años de edad. Especificar si: con rasgos psicopáticos.
Trastorno de la personalidad por evitación Un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes: 1. Evita actividades ocupacionales que involucran relaciones interpersonales significativas o contacto por temor a la crítica, la desaprobación o el rechazo. 2. No está dispuesto a involucrarse con la gente a menos que esté seguro de estar a gusto. 3. Muestra moderación en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.	**Trastorno de la personalidad por evitación** *A*) Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas: 1. Identidad: baja autoestima asociada con la autoevaluación como socialmente inepto, personalmente poco atractivo o inferior; sentimientos excesivos de vergüenza. 2. Autodirección: estándares poco realistas de comportamiento asociados con la reticencia a perseguir metas, asumir riesgos personales o participar en nuevas actividades que impliquen contacto interpersonal.

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.1 *(continuación)*

Sección II	Sección III
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales. 5. Se inhibe en situaciones interpersonales nuevas debido a sentimientos de insuficiencia. 6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, personalmente poco atractivo o inferior a los demás. 7. Es inusualmente reacio a correr riesgos personales o a involucrarse en cualquier actividad nueva porque puede resultar vergonzoso.	3. Empatía: preocupación y sensibilidad hacia la crítica o el rechazo, asociada con la inferencia distorsionada de las perspectivas de los demás como negativas. 4. Intimidad: renuencia a involucrarse con personas a menos que esté seguro de gustar; reciprocidad disminuida dentro de las relaciones íntimas debido al temor de ser avergonzado o ridiculizado. *B*) Tres o más de los siguientes cuatro rasgos patológicos de personalidad, uno de los cuales debe ser (1) ansiedad: 1. Ansiedad (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo como reacción a situaciones sociales; preocuparse por los efectos negativos de experiencias desagradables pasadas y posibilidades negativas futuras; sentirse temeroso, aprensivo o amenazado por la incertidumbre; temores de vergüenza. 2. Retiro (un aspecto del desapego): reticencia en situaciones sociales; evitación de contactos y actividades sociales; falta de iniciación del contacto social. 3. Anhedonia (un aspecto del desapego): falta de disfrute, compromiso o energía para las experiencias de la vida; déficits en la capacidad de sentir placer o interesarse por las cosas. 4. Evitación de la intimidad (un aspecto del desapego): evitación de relaciones íntimas o románticas, apegos interpersonales y relaciones sexuales íntimas.
Trastorno límite de la personalidad Un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y marcada impulsividad, que comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes: 1. Esfuerzos frenéticos para evitar abandono real o imaginario (nota: no incluya el comportamiento suicida o de automutilación incluidos en el criterio 5). 2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y desvalorización. 3. Alteración de la identidad: marcada y persistentemente inestable autoimagen o sentido del yo.	**Trastorno límite de la personalidad** *A*) Deterioro moderado o grande en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas: 1. Identidad: autoimagen marcadamente empobrecida, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada con autocrítica excesiva; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés. 2. Autodirección: inestabilidad en metas, aspiraciones, valores o planes de carrera. 3. Empatía: capacidad comprometida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás

© Ediciones Pirámide