

UNA INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN EL SIGLO XXI

Vicente E. Caballo¹
Universidad de Granada (España)

Resumen

Este artículo presenta una breve descripción de los diferentes trastornos de la personalidad siguiendo la clasificación del DSM-IV-TR (APA, 2000) e incluyendo algunos trastornos incluidos en el Apéndice B de dicho sistema de clasificación o que desaparecieron en éste pero se incluían en el DSM-III-R (APA, 1987). Después de plantear una definición de personalidad y señalar los aspectos básicos de lo que constituiría un trastorno de personalidad, se describen los trastornos de personalidad incluyendo las características clínicas, la prevalencia, las diferencias de género y algunas posibles hipótesis sobre la etiología. Finalmente, se presentan unas breves reflexiones como conclusión.

PALABRAS CLAVE: *Trastornos de la personalidad, diagnóstico, descripción, revisión.*

Abstract

This article includes a brief description of the different personality disorders following the classification of the DSM-IV-TR (APA, 2000) taking into account some disorders that have been included in Appendix B of this classification system or that were deleted from it but had been included in the DSM-III-R (APA, 1987). After defining personality and pointing out the basic aspects of that which could constitute a personality disorder, these pathologies are described paying attention to their clinical characteristics, their prevalence, gender differences, and some possible hypotheses on their etiology. Finally, some brief reflections are presented by way of conclusion.

KEY WORDS: *Personality disorders, diagnostic, description, review.*

Introducción

Los trastornos de personalidad constituyen un área de notable actualidad en el campo de la salud mental, aunque su estudio se encuentra plagado de dificultades

¹ *Correspondencia:* Vicente E. Caballo, Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Campus de Cartuja, s/n, 18071 Granada (España). Correo electrónico: caballo@attglobal.net

y controversias. El diagnóstico y la clasificación de los trastornos de personalidad está sometido a revisiones y críticas, planteando el cambio a un modelo dimensional (p.ej., Widiger, 1993, 2000) e incluso cuestionando su ubicación en el Eje II del DSM-IV y proponiendo su traslado al Eje I (Livesley, 1998; Oldham y Skodol, 2000). Lo que sí parece cada vez más claro es la necesidad de que el estudio de los trastornos de personalidad se base en datos empíricos (Livesley, 2001; Livesley y Jang, 2000), con el fin de facilitar y consolidar la investigación y el trabajo clínico.

El presente artículo trata de mostrar una breve exposición de los distintos trastornos de personalidad planteados por el DSM-IV-TR (APA, 2000), sin olvidar otros trastornos necesitados de más estudio. No nos detendremos en las críticas realizadas hacia la clasificación de dichos trastornos, sino que simplemente nos centraremos en una descripción de las características más relevantes de los diferentes trastornos con el fin de que los lectores tengan una idea básica de los mismos (véase Caballo, 1996, 1998, para una descripción más amplia).

Personalidad y trastornos de la personalidad

Una cuestión importante antes de entrar en la descripción de los trastornos de la personalidad es plantearse qué es la personalidad. Se han propuesto numerosas definiciones de ese constructo. No obstante, parece que existe un cierto consenso en que personalidad podría considerarse como un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distingue a las personas entre sí y que persiste a lo largo del tiempo y a través de las situaciones (Phares, 1988). El DSM-IV-TR (APA, 2000) considera que los rasgos de personalidad son patrones persistentes de percibir, relacionarse con y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales y que sólo cuando dichos rasgos son inflexibles y desadaptativos y causan un malestar subjetivo o un deterioro funcional significativos pueden considerarse como trastornos de la personalidad. La característica esencial de un trastorno de personalidad es un «patrón permanente de conducta y de experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas generadas por la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos» (p. 686). Podemos, por lo tanto, señalar que las características básicas de un trastorno de la personalidad son las siguientes: a) está profundamente enraizado y es de naturaleza inflexible, b) es desadaptativo, especialmente en contextos interpersonales, c) es relativamente estable a lo largo del tiempo, d) deteriora de forma significativa la capacidad de la persona para funcionar, y e) produce malestar en el entorno de la persona.

Los trastornos de la personalidad según el DSM-IV-TR

El DSM-IV-TR coloca a los trastornos de personalidad en el Eje II y reúne a los distintos trastornos en tres grupos: Grupo A, sujetos extraños o excéntricos, Grupo B,

sujetos teatrales, volubles, impulsivos, y Grupo C, sujetos ansiosos o temerosos. La Tabla 1 muestra estos grupos, además de otros trastornos de la personalidad que por diversas razones no se encuentran incluidos en los grupos anteriores.

Tabla 1
Clasificación de los trastornos de personalidad
(según el DSM-IV-TR y otras fuentes)

<p>1. <i>Grupo A: «extraños o excéntricos»</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno paranoide de la personalidad • Trastorno esquizoide de la personalidad • Trastorno esquizotípico de la personalidad <p>2. <i>Grupo B: «teatrales y/o impulsivos»</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno antisocial de la personalidad • Trastorno límite de la personalidad • Trastorno histriónico de la personalidad • Trastorno narcisista de la personalidad <p>3. <i>Grupo C: «ansiosos o temerosos»</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la personalidad por evitación • Trastorno de la personalidad por dependencia • Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad <p><i>Otros trastornos de la personalidad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad • Trastorno depresivo de la personalidad • Trastorno autodestructivo de la personalidad • Trastorno sádico de la personalidad
--

El Grupo A de los trastornos de personalidad: los extraños o excéntricos

El Grupo A se caracteriza por un patrón general de cogniciones (p.ej., sospechas), autoexpresiones (p.ej., habla extraña) y relaciones con los demás (p.ej., solitarios) anormales. Es, quizás, el grupo más controvertido con respecto a si los trastornos que incluye deben estar en el Eje II o si por el contrario sería más conveniente clasificarlos en alguna categoría (esquizofrenia o trastorno delirante) del Eje I.

El trastorno paranoide de la personalidad (TPP)

Este trastorno se caracteriza por sospechas y desconfianza profundas e infundadas hacia los demás. Las personas con un TPP que se suelen dar cuenta de todo lo que sucede a su alrededor, vigilando constantemente las situaciones y personas de

su entorno y prestando especial atención a los mensajes con doble sentido, a las motivaciones ocultas, etc. Se encuentran alerta ante las amenazas y esa hipervigilancia conduce a una interpretación errónea de acontecimientos que, de otra manera, pasarían desapercibidos. Aparentemente esas características de sospecha y desconfianza son aprendidas por el sujeto, lo que conduce a un alejamiento de la gente y a restricciones emocionales, poniendo frecuentemente a prueba a los demás y manteniendo sospechas constantes. En los pacientes paranoides se suelen cumplir sus profecías de sospecha al provocar en los demás una tendencia a ocultar las cosas y al ser excesivamente cuidadosos (Andreasen y Black, 1995; Bernstein, 1996). Son muy sensibles a las críticas y culpan fácilmente a los demás, incluso al destino, por sus dificultades y desgracias. Se suelen guardar sus opiniones e ideas y sólo en raras ocasiones las comunican, por lo que sus dificultades de desadaptación pasan a menudo desapercibidas. Sin embargo, en contextos más íntimos, como las relaciones laborales o de pareja, suelen darse habitualmente problemas importantes (Meissner, 1995).

La prevalencia de este trastorno va del 0,5% al 2,5% y parece ser más frecuente en hombres que en mujeres. Parece que los rasgos paranoides ocurren de forma premórbida en personas con trastorno delirante. Se ha señalado que es posible que este último trastorno y la esquizofrenia no compartan una base genética de forma clara, por lo que, en estos momentos, existe una cierta controversia en situar al trastorno paranoide de la personalidad en el ámbito de la esquizofrenia o del trastorno delirante.

El trastorno esquizoide de la personalidad (TEP)

Este trastorno se caracteriza por un patrón profundo de desapego social y un rango limitado de expresión emocional en situaciones interpersonales. Los sujetos con un TEP son esencialmente solitarios, sin amigos/as, que no necesitan a nadie, salvo a sí mismos, que no disfrutan de las relaciones sociales ni sexuales, que no se inmutan por los elogios o las críticas de los demás, y que apenas sienten emociones.

Las historias de estas personas reflejan intereses asociados a la soledad y éxito en trabajos solitarios, no competitivos, que son difíciles de tolerar para otras personas. Son capaces de invertir gran cantidad de energía afectiva en intereses no humanos, como la física o las matemáticas, y pueden estar muy unidos a animales (Kaplan, Saddock y Grebb, 1994). Sin embargo, son incapaces de obtener placer de las actividades de naturaleza social. «El mundo lo experimentan en tonalidades de gris en vez de a colores» (Bernstein, 1996, p. 43).

La prevalencia de este trastorno es bastante desconocida, planteándose que pudiera estar entre el 1 y el 3%. Parece algo más frecuente en hombres. Se ha planteado una relación genética entre el TEP y la esquizofrenia, aunque hay muchas dudas hoy día sobre esta relación. Por ejemplo, Wolff y Chick (1980) encontraron que sólo el 9% de los niños esquizoides de su estudio desarrollaba esquizofrenia en la edad adulta, mientras que Kety (1976), revisando numerosos estudios sobre los

aspectos genéticos de los trastornos del ámbito de la esquizofrenia, no halló que la presencia del TEP fuese más frecuente en los familiares de los sujetos con esquizofrenia que en otros grupos control.

El trastorno esquizotípico de la personalidad (TETP)

Los individuos con este trastorno se caracterizan por un patrón general de déficit sociales e interpersonales que produce un malestar agudo ante, y una capacidad reducida para, las relaciones interpersonales, dándose también distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades de la conducta (APA, 2000). Los sujetos con un TEPT suelen ser vistos por los demás como peculiares y raros, y son rechazados a menudo por la sociedad. Pueden prestar poca atención a su apariencia, pareciendo torpes en la conversación y siendo tímidos, distantes, reservados o socialmente inapropiados. Generalmente tienen pocos o ningún/a amigo/a, presentando importantes dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales. Pueden darse ideas de referencia, creencias raras o pensamiento mágico, experiencias perceptivas poco habituales, pensamiento y habla extraños, sospechas hacia los demás y afecto inapropiado o restringido. Les interesan temas excéntricos y suelen ser vulnerables al adoctrinamiento por sectas o religiones. Bajo estrés pueden experimentar a veces síntomas psicóticos transitorios, pero generalmente desaparecen de forma rápida y no son una característica del funcionamiento habitual de los sujetos con un TEPT (Bernstein, 1996).

La prevalencia de este trastorno parece encontrarse entre el 1 y el 3% y se da más frecuentemente en hombres. Se ha señalado que podría darse una diátesis genética común a la esquizofrenia y al TETP (Siever, Bernstein y Silverman, 1995), habiéndose encontrado que el TETP es mucho más frecuente entre la familia biológica de pacientes con esquizofrenia que entre el mismo tipo de familiares de pacientes control.

El Grupo «B» de los trastornos de personalidad: los «teatrales» o «impulsivos»

Los trastornos del Grupo B se caracterizan por un patrón general de violación de las normas sociales (p.ej., la conducta delictiva), por conducta y emotividad excesivas, y por grandiosidad (Andreasen y Black, 1995). Este grupo de trastornos suele implicar la expresión manifiesta de sus rasgos típicos, produciéndose estallidos de ira, conductas autolesivas, seductoras, habla impresionista, etc.

El trastorno antisocial de la personalidad (TAP)

Este trastorno se caracteriza por un patrón de comportamiento desconsiderado, explotador, socialmente irresponsable, tal como lo indican el fracaso para adaptarse a las normas sociales, falsedad, irritabilidad y agresividad, despreocupación por la seguridad propia o de los demás, incapacidad para conservar un trabajo o cumplir

sus obligaciones financieras, y ausencia de remordimiento. La apariencia exterior de estos sujetos es normal, incluso puede llegar a ser agradable y atrayente. Sin embargo, su historial está lleno de mentiras, engaños, robos, peleas, consumo de drogas, etc. Los intentos de suicidio y las preocupaciones somáticas en estos pacientes son frecuentes (Kaplan *et al.*, 1994). La promiscuidad, el maltrato de la pareja o los hijos, y la conducción bajo los efectos del alcohol son comportamientos características de los sujetos con un TAP (APA, 2000; Echeburúa, 1994).

Se ha señalado que los sujetos con este trastorno son típicamente incapaces de subordinar lo real a lo posible. Su concepción del mundo es personal, no interpersonal. No pueden ponerse en el papel de la otra persona. Piensan de manera lineal, considerando las reacciones de los demás sólo después de haber satisfecho sus propios deseos (Beck y Freeman, 1990). No parecen condicionarse por el miedo, es decir, no parecen aprender con la experiencia.

Se ha informado de una prevalencia que va del 0,2 al 9,4% y el trastorno parece ser más frecuente en hombres que en mujeres (3 a 1). Algunos autores plantean que el presente trastorno puede tener una base hereditaria, ya que casi 1/4 de los familiares de primer grado de los pacientes con un TAP tiene también el trastorno (Andreasen y Black, 1995), pero una combinación de factores genéticos y ambientales parece explicar mejor el comportamiento de los sujetos con un TAP (Cloninger y Gottesman, 1987). Raine *et al.* (2000) encontraron que un grupo de sujetos con Trastorno antisocial de la personalidad (TAP) mostró un volumen de materia gris prefrontal un 11% menor que sujetos normales, en ausencia de lesiones cerebrales claras, y una menor actividad autónoma durante un estímulo estresante. Estos déficits predecían la pertenencia al grupo, independientemente de los factores psicosociales de riesgo. Los autores señalan que estos hallazgos proporcionan la primera evidencia de un déficit cerebral estructural en sujetos con un TAP. Este déficit estructural prefrontal podría subyacer a la baja activación, al escaso condicionamiento al miedo, a la falta de conciencia y a los déficits en la toma de decisiones, elementos que caracterizan a la conducta antisocial.

El trastorno límite de la personalidad (TLP)

Este trastorno se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de uno mismo y de los afectos, y presencia de una notable impulsividad. Los sujetos con un TLP suelen tener sensaciones crónicas de vacío, conductas o gestos suicidas y comportamientos autolesivos, ira inapropiada o intensa o dificultades para controlarla, ideas paranoides transitorias o síntomas disociativos graves, y no soportan la soledad, realizando grandes esfuerzos para evitar el abandono real o imaginario (APA, 2000; Gunderson, Zanarini y Kisiel, 1991). La impulsividad parece ser una característica central de los individuos con un TLP, así como el cambio frecuente y rápido de sus emociones. Evolutivamente, estos sujetos no han sido capaces de formar un conjunto coherente e integrado de esquemas sobre sí mismos, apegándose a los demás para centrarse.

El TLP se solapa con otros trastornos del Eje II, especialmente con los trastornos de personalidad paranoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, dependiente y por evitación. Parece que también hay una elevada comorbilidad del TLP con algunos trastornos del Eje I, especialmente con los trastornos del estado de ánimo, el trastorno por estrés postraumático, el abuso de sustancias psicoactivas, el trastorno por pánico y el déficit de atención (Derksen, 1995; Widiger y Trull, 1993).

La prevalencia del TLP parece encontrarse alrededor del 2% y este trastorno es más frecuente en mujeres que en hombres (3 a 1). Con respecto a la etiología, se ha señalado que hasta el 75% de los sujetos con un TLP pudiera haber sufrido abusos sexuales en la infancia y que son frecuentes que en sus familias se haya dado alcoholismo, violencia o separación de los padres. Se ha indicado también la presencia de un estilo de educación inconsistente e impredecible y se ha hipotetizado una posible predisposición genética a la escasa regulación del estado de ánimo y del control de los impulsos.

El trastorno histriónico de la personalidad (THP)

Este trastorno se caracteriza por un patrón general de emocionalidad excesiva y de búsqueda de atención (APA, 2000). Para los sujetos con un THP el mundo es un escenario, la emoción impregna todas sus acciones y raramente existe el aburrimiento en sus vidas o en quienes las comparten con ellos/as. Suelen estar incómodos en situaciones en las que no son el centro de la atención, utilizando frecuentemente su apariencia física para llamar esa atención de los demás. Manifiestan una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante, son fácilmente sugestionables y su interacción social suele ser sexualmente seductora y provocadora. Su estilo de habla es muy impresionista, no incluyendo detalles, suelen exagerar sus pensamientos y sentimientos, haciendo que todo parezca más importante de lo que realmente es, y consideran que sus relaciones interpersonales son más íntimas de lo que son en realidad. Son sujetos que tienen grandes dificultades para ser empáticos y para leer con cierta eficacia las emociones e intenciones de los demás. Turner (1996) señala que ha identificado tres grupos de sujetos con un THP: a) *Grupo seductor*, caracterizado por una conducta seductora y una preocupación excesiva con el atractivo; b) *Grupo emocionalmente inestable*, definido por emociones exageradas y cambiantes; y c) *Grupo de atención y aceptación*, caracterizado por una necesidad excesiva de atención y aceptación y emociones exageradas.

Los individuos con un THP son notablemente vulnerables a los trastornos del Eje I, destacando la distimia, la depresión, la ansiedad ante la separación, el alcoholismo y el consumo de sustancias psicoactivas.

Se ha encontrado una prevalencia del 1 al 3% en el THP y suele ser más frecuente en mujeres que en hombres. Con respecto a la etiología se ha hipotetizado unos estilos de interacción familiar ambivalentes y se ha indicado una posible predisposición genética para la impulsividad y los cambios emocionales.

El trastorno narcisista de la personalidad (TNP)

Este trastorno se caracteriza por un patrón generalizado de grandiosidad (en fantasías o en conducta), necesidad de admiración y falta de empatía. Los sujetos con un TNP pueden ser líderes, con seguridad y ambición, quieren hacer las cosas sólo a su manera, saben lo que quieren y cómo conseguirlo, suelen tener el carisma de atraer a otras personas y explotarlos para la consecución de sus propios objetivos y, generalmente, son extravertidos y muy políticos. Creen que son «especiales» y únicos y que sólo les pueden entender o sólo se pueden asociar con otras personas (o instituciones) especiales o que tengan un elevado estatus. No saben manejar las críticas y pueden enfurecerse cuando alguien se atreve a criticarles o, por el contrario, pueden aparentar que son completamente indiferentes a ellas. Tienen la sensación de «estar en su derecho», es decir, poseen expectativas poco razonables de recibir un trato de favor especial o la anuencia automática de sus expectativas. A menudo tienen envidia de los demás o creen que los demás les tienen envidia y presentan actitudes o conductas arrogantes o soberbias. Sus relaciones sociales son frágiles, con escasos amigos íntimos, si es que tienen alguno, pero con muchas personas conocidas de las que sacar provecho, con las que se pueden mostrar simpáticos y encantadores para conseguir sus propios fines egoístas. La explosión de mal genio, los estallidos verbales o el maltrato emocional, físico o sexual pueden poner de manifiesto la creencia narcisista de que a los demás tiene que preocuparles primordialmente la felicidad o el bienestar del sujeto con un TNP. Es posible que otras personas describan sus relaciones con el narcisista como de «amor-odio»: sienten su encanto y al mismo tiempo se sienten explotados. Los sujetos con un TNP suelen tener una frágil autoestima y están predispuestos a la depresión. Soportan mal el envejecer, debido al deterioro de algunos atributos (físico, belleza, etc.) y el que su carrera sufra declives. Algunos de los problemas que estos individuos producen frecuentemente a su alrededor, y que no suelen ser capaces de manejar, son dificultades interpersonales, rechazo por parte de los demás, pérdidas de otras personas y problemas laborales (APA, 2000; Beck y Freeman, 1990; Kaplan *et al.*, 1994; Oldham y Morris, 1995).

Turner (1996) plantea dos subgrupos dentro del TNP: 1) *El grupo de atribución de derechos/fantasia ideal*, que se caracteriza por tener más sentimientos de envidia, por sentimientos de sentirse especial y por las experiencias de singularidad; 2) *El grupo explotador/no empático*, caracterizado por los criterios de explotación, falta de empatía, necesidad de ser el centro de la atención y dificultad para tolerar las críticas.

La prevalencia de este trastorno se ha situado entre el 0,5 y el 1% y suele ser más frecuente en hombres que en mujeres. Los planteamientos sobre su etiología van desde la posible falta de afecto de los padres en la infancia hasta el posible exceso de mimo en esa misma época de la vida.

El Grupo C de los trastornos de personalidad: los ansiosos o temerosos

Los trastornos del Grupo C se caracterizan por un patrón general de temores anormales que tienen que ver con las relaciones sociales, la separación y la necesi-

dad de control. Pfohl, Stangl y Zimmerman (1984) en su estudio sobre los trastornos de personalidad en pacientes con depresión mayor, encontraron que los pacientes del Grupo C eran distintos a los Grupos A y B en los resultados de la prueba de la supresión de la dexametasona, en la respuesta al tratamiento y en el riesgo familiar para la depresión y la personalidad antisocial.

El trastorno de la personalidad por evitación (TPE)

Este trastorno se define por un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad ante la evaluación negativa. Los sujetos con este trastorno se caracterizan por síntomas relativos a la esfera interpersonal, como la evitación de actividades que impliquen un contacto interpersonal significativo debido a las críticas, la desaprobación o el rechazo, el no relacionarse con personas a menos que esté seguro de que les van a aceptar, muestran inhibición en las relaciones íntimas debido al temor a pasar vergüenza o ridículo y, a pesar de los deseos de relacionarse, se preocupan en exceso por ser criticados o rechazados en situaciones sociales. Algunos otros síntomas se refieren al área de la imagen problemática sobre uno mismo, como estar inhibidos en nuevas situaciones interpersonales debido a sentimientos de inadecuación y el percibirse a sí mismos socialmente ineptos, personalmente poco interesantes o inferiores a los demás. Otras características están relacionadas con el estado de ánimo, como el rechazar correr riesgos personales o implicarse en actividades nuevas debido a que puede resultar embarazoso (APA, 2000; Millon y Escovar, 1996*b*). Por otra parte, la familiaridad proporciona bienestar, satisfacción e inspiración a lo sujetos con un TPE, que desarrollan sus facultades en un ambiente emocionalmente seguro, con pocos amigos y familiares.

Los criterios del TPE son difícilmente distinguibles de las fobia social generalizada, por lo que es de suponer que ambos síndromes sean, en realidad, variaciones de un único trastorno (Caballo, 1998). La prevalencia de esta patología se sitúa alrededor del 1% y parece darse en igual proporción en hombres que en mujeres. Con respecto a la etiología, se ha indicado que algunos factores temperamentales, como la inhibición conductual (Kagan y Snidman, 1991) o la sobreactivación cerebral (introversión) pudieran constituir factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno. Algunos aspectos de la educación, como la desaprobación frecuente por parte de padres o compañeros, pudieran constituir también variables importantes en la manifestación del TPE.

El trastorno de la personalidad por dependencia (TPD)

Este trastorno se caracteriza por una necesidad excesiva y general de ser cuidado, lo que conduce a una conducta pegajosa y de sumisión y a temores de separación. Los sujetos con un TPD son incapaces de tomar decisiones cotidianas sin una cantidad exagerada de consejos por parte de los demás, necesitan que los otros asuman la responsabilidad en las áreas más importantes de sus vidas, les es

difícil expresar desacuerdo ante otras personas por temor a perder su apoyo o aprobación, no son capaces de iniciar proyectos o hacer cosas por propia iniciativa y se esfuerzan en exceso para obtener cuidado y apoyo por parte de los demás. Además, los pacientes con un TPD se sienten incómodos o indefensos cuando están solos debido al temor de ser incapaces de cuidarse de sí mismos, buscan urgentemente otra relación como fuente de apoyo cuando termina una relación íntima y están preocupados de forma poco realista por el temor de que le abandonen y tenga que cuidarse de sí mismo (APA, 2000). Los sujetos con un TPD evitan puestos de responsabilidad, no les gusta el liderazgo y prefieren ser sumisos. Su comportamiento se caracteriza por pesimismo, dudas sobre uno mismo, pasividad y miedos a expresar sentimientos agresivos. Sus necesidades son las de los demás, es feliz si los otros son felices, se entrega al cuidado de los demás y eso es lo que le da sentido a su vida.

Los trastornos del Eje I que se encuentran más frecuentemente asociados al TPD son la depresión, el abuso de alcohol, la dependencia de la nicotina, el trastorno por pánico y la fobia social. La prevalencia de este trastorno se sitúa en el 1,5 %, siendo más frecuente en mujeres que en hombres (aunque algunos estudios han encontrado tasas de prevalencia similares en hombres y en mujeres; APA, 2000). Con respecto a la etiología, se ha hipotetizado un exceso de protección por parte de los padres, así como la aceptación de un «rol sexual femenino».

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP)

Este trastorno se caracteriza por un patrón generalizado de preocupación por el orden, por el perfeccionismo y por el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Los sujetos con un TOCP se preocupan en exceso de los detalles, las normas, las listas, el orden o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad. Tienen una dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, pudiendo trabajar durante mucho tiempo, siempre que dicho trabajo sea rutinario y no requiera cambios a los que no se pueden adaptar; las actividades de ocio y las amistades quedan en un lugar secundario. Son inflexibles, escrupulosos y tienen una fijación excesiva sobre temas de moralidad, ética o valores. Son reacios a delegar tareas o a trabajar con otros, a menos que se sometan a su forma de hacer las cosas. Son avaros en los gastos para sí mismo y para los demás, y son incapaces de deshacerse de objetos gastados o inútiles, incluso aunque no tengan un valor sentimental (APA, 2000).

El TOCP es bastante frecuente hoy día en la cultura occidental (con una prevalencia que va del 1 al 6%), siendo más frecuente en hombres que en mujeres (2 a 1). Con respecto a la comorbilidad, se ha encontrado una cierta asociación entre el trastorno obsesivo-compulsivo del Eje I y el TOCP. Otros trastornos del Eje I que tienen cierta comorbilidad con el TOCP son el trastorno por pánico con agorafobia, la fobia social y los trastornos del estado de ánimo. Sobre la etiología se ha hipotetizado un sobrecontrol por parte de los padres y modelos de comportamiento estricto en estos últimos.

Trastornos de la personalidad no especificados

Según el DSM-IV-TR, esta categoría se reserva para los trastornos de la personalidad que no satisfacen los criterios para un trastorno específico de la personalidad. Un ejemplo es la presencia de características de más de un trastorno específico de la personalidad, pero sin que se cumplan todos los criterios de un trastorno de la personalidad («personalidad mixta»). La categoría de «no especificados» se reserva también para trastornos de personalidad específicos que no están incluidos en la clasificación formal (p.ej., trastornos incluidos en el Apéndice B del DSM-IV-TR, como el trastorno depresivo de la personalidad o el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad). Seguidamente nos detendremos brevemente en algunas de estas patologías (véase Caballo, 1996, para una exposición más extensa).

Trastorno pasivo-agresivo (negativista) de la personalidad (TPAP)

La característica esencial del TPAP es un patrón enraizado de actitudes de oposición (negativistas) y resistencia pasiva ante las demandas de una adecuada actuación en situaciones sociales y laborales, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con este trastorno presentan una resistencia pasiva a satisfacer los requerimientos de las tareas laborales y sociales diarias, se quejan de ser incomprendidos y menospreciados por los demás, son resentidos y discutidores, muestran desprecio y crítica poco razonables hacia la autoridad, manifiestan envidia y resentimiento hacia quienes son, aparentemente, más afortunados, expresan quejas constantes y exageradas de su desgracia y alternan entre amenazas hostiles y arrepentimiento.

La prevalencia del TPAP va del 0,5 al 3 % y es más frecuente en hombres que en mujeres (2,5 a1). Sobre su etiología se han planteado un patrón de mensajes contradictorios en la familia y factores biológicos de predisposición a la irritabilidad.

Trastorno depresivo de la personalidad (TDP)

La característica esencial del trastorno depresivo de la personalidad consiste en un patrón enraizado de conductas y cogniciones depresivas que comienza al inicio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con este trastorno muestran un estado de ánimo habitual dominado por el abatimiento, la tristeza, el desánimo, la desilusión y la infelicidad, el concepto de uno mismo se centra alrededor de creencias de inadecuación, inutilidad y baja autoestima, se critican, se acusan y se menosprecian, le dan vueltas a las cosas y tienden a preocuparse, llevan la contraria, critican y juzgan a los demás, son pesimistas y tienden a sentir culpa o remordimiento. Los individuos con un TDP son muy serios, incapaces de disfrutar o relajarse y carecen del sentido del humor. Ven el futuro negativamente, dudan que mejoren las cosas y anticipan lo peor. Su apariencia física a menudo refleja su estado de ánimo: expresión facial deprimida, postura hundida, voz hueca y retardo psicomotor.

Los sujetos con este tipo de trastorno corren un gran riesgo de sufrir un trastorno depresivo mayor o un trastorno distímico. Hay que diferenciar este último del trastorno depresivo de la personalidad, ya que éste es crónico y dura toda la vida, mientras que el trastorno distímico es transitorio, puede ocurrir en cualquier momento y suele estar provocado por un estímulo estresante. Se ha sugerido que el trastorno depresivo de la personalidad puede solaparse conceptualmente con los trastornos de la personalidad autodestructivo, por dependencia, obsesivo-compulsivo y por evitación (Phillips *et al.*, 1993).

Su prevalencia es desconocida y parece darse en igual proporción en hombres y en mujeres. Se ha planteado una posible relación genética con el trastorno depresivo. Además, se cuestiona si constituye un patrón de comportamiento distinto a la distimia.

Trastorno autodestructivo (masoquista) de la personalidad (TADP)

Según el DSM-III-R (APA, 1987), la característica esencial del trastorno autodestructivo de la personalidad es un patrón patológico de conducta autodestructiva que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. La persona puede evitar o descartar, a menudo, experiencias agradables, dejarse arrastrar a situaciones o relaciones con las que sufrirá e impedir que los demás le presten ayuda. Los sujetos con este trastorno eligen personas o situaciones que conducen a la frustración, al fracaso o al maltrato, incluso cuando existen claramente disponibles opciones mejores, rechazan o hacen inútiles los intentos de ayuda de los demás, después de acontecimientos personales positivos, responden con depresión o con una conducta que ocasiona dolor (p.ej., un accidente), suscitan respuestas de ira o de rechazo en los demás y luego se siente herida, frustrada o humillada, rechazan las ocasiones de experimentar placer o son reacios a reconocer que se divierten (a pesar de poseer unas habilidades sociales adecuadas y la capacidad para experimentar placer), fracasan en la consecución de tareas cruciales para sus objetivos personales, a pesar de una demostrada capacidad para hacerlo, no están interesados o rechazan a la gente que habitualmente les trata bien, se implican en un auto-sacrificio excesivo que no les es solicitado por los supuestos beneficiarios del sacrificio.

Además, el DSM-III-R indica que las conductas que se acaban de describir no ocurren exclusivamente en respuesta a, o en anticipación de, ser objeto de abusos físicos, sexuales o psicológicos y que dichas conductas no se presentan únicamente cuando la persona está deprimida. El trastorno parece relativamente frecuente entre los pacientes psiquiátricos. Reich (1987) encontró una prevalencia del 18,3% en pacientes psiquiátricos ambulatorios y del 5% en la población no clínica. Kass (1987) encontró una prevalencia del 22% en pacientes ambulatorios, Freiman y Widiger (1989) del 8% en pacientes psiquiátricos y Spitzer, Williams, Kass y Davies (1989) del 7% en este mismo tipo de pacientes. La distribución por género parece ser mayor en la mujer que en el hombre, con una razón de 1,5 a 1 (Spitzer *et al.*, 1989), 3 a 1 (Kass, MacKinnon y Spitzer, 1986) o entre 3 a 2 y 2 a 1 (APA, 1987).

Con respecto a la etiología se han planteado abusos sexuales, físicos o psicológicos en la infancia.

Trastorno sádico de la personalidad (TSP)

Según el DSM-III-R (APA, 1987), la característica esencial del trastorno sádico de la personalidad consiste en un patrón patológico de conducta cruel, desconsiderada y agresiva, dirigida hacia los demás, que comienza al principio de la edad adulta. Los sujetos con este trastorno utilizan la violencia o la crueldad físicas con el fin de establecer la dominancia en una relación, humillan o dan un trato vejatorio a alguien en presencia de otras personas, tratan o castigan con excesiva dureza a alguien que está bajo su control, se divierten o disfrutan con el sufrimiento físico o psicológico de otros (incluidos los animales), mienten con el fin de causar daño o dolor a otros, consiguen que otras personas hagan lo que él/ella quiere atemorizándoles, limitan la autonomía de la gente con la que se tiene una íntima relación, está fascinados por la violencia, las armas, las artes marciales, las heridas o la tortura. Además, el DSM-III-R indica que las conductas anteriores no se han dirigido únicamente hacia una sola persona y no han tenido el exclusivo propósito de la excitación sexual.

Millon y Tringone (1989), es un estudio con una muestra de pacientes ambulatorios, encontraron una prevalencia del 3%, mientras que Spitzer, Fiestler, Gay y Pfohl (1991) hallaron una prevalencia del 2,5% en todos los casos evaluados por psiquiatras forenses durante el último año. Otro estudio encontró una prevalencia del 33% en un grupo de 21 delincuentes sexuales (pedófilos y violadores), la mayoría de los cuales estaba en prisión (Berger, 1991, en Fiestler y Gay, 1991).

En lo que respecta a la distribución por género, Gay (1989) encontró que el 67% de los casos estudiados eran hombres y el 33% mujeres. En el estudio de Spitzer *et al.* (1991) con casos de psiquiatras forenses, el 98% eran hombres. Fiestler y Gay (1991) señalan que, en general, la proporción de hombres a mujeres es de 5 a 1 para el trastorno sádico de la personalidad.

Con respecto a la etiología del trastorno, se ha planteado una posible misma base biológica que la conducta dominante o los comportamientos violentos y también la posibilidad de abusos sexuales, físicos o psicológicos en la infancia.

Conclusión

En este artículo hemos intentado exponer brevemente las características más importantes de los trastornos de personalidad, siguiendo la clasificación del DSM-IV-TR (APA, 2000). No hemos entrado en la discusión de los numerosos problemas que aquejan la clasificación y diagnóstico de estos trastornos, ni nos hemos detenido en las acusadas controversias que están presentes en este importante campo de la salud mental. No obstante, tenemos que señalar al lector que debe ser muy cauto a la hora de abordar estos temas y que lo que hoy presentamos aquí puede variar de forma notable en un futuro cercano.

Referencias

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3ª edición revisada (DSM-III-R)*. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ª edición-Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: Autor.
- Andreasen, N. C. y Black, D. W. (1995). *Introductory textbook of psychiatry, 2ª edición*. Washington: American Psychiatric Press.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Bernstein, D. P. (1996). Trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad: El grupo extraño del DSM-IV. En V. E. Caballo, G. Buela y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2 (pp. 35-61). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1996). Trastornos de la personalidad por dependencia, obsesivo-compulsivo y no especificados. En V. E. Caballo, G. Buela y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2 (pp. 159-202). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2 (pp. 509-549). Madrid: Siglo XXI.
- Cloninger, C. R. y Gottesman, I. I. (1987). Genetic and environmental factors in antisocial behavior disorders. En S. A. Mednick, T. E. Moffitt y S. A. Stack (dirs.), *The causes of crime: New biological approaches*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Derksen, J. (1995). *Personality disorders: Clinical and social perspectives*. Chichester: Wiley.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Fiestner, S. J. y Gay, M. (1991). Sadistic personality disorder: A review of data and recommendations. *Journal of Personality Disorders*, 5, 376-385.
- Freiman, K. y Widiger, T. (1989). Co-ocurrence and diagnostic efficiency statistics. Datos sin publicar.
- Gay, M. (1989). *Personality disorders among child abusers*. Comunicación presentada en el Symposium on Psychiatric Diagnosis, Victimization and Women, American Psychiatric Association, Washington.
- Gunderson, J. G., Zanarini, M. C. y Kiesel, C. L. (1991). Borderline personality disorder: A review of data of DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorders*, 5, 340-352.
- Kagan, J. y Snidman, N. (1991). Temperamental factors in human development. *American Psychologist*, 46, 856-862.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry, 7ª edición*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Kass, F. (1987). Self-defeating personality disorder: An empirical study. *Journal of Personality Disorders*, 1, 168-173.
- Kass, F., MacKinnon, R. A. y Spitzer, R. L. (1986). Masochistic personality: An empirical study. *American Journal of Psychiatry*, 143, 216.
- Kety, S. S. (1976). Genetics aspects of schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 6, 14-32.
- Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 137-147.
- Livesley, W. J. (2001). Conceptual and taxonomic issues. En W. J. Livesley (dir.), *Handbook of personality disorders* (pp. 3-38). Nueva York: Guilford.
- Livesley, W. J. y Jang, K. L. (2000). Toward an empirically based classification of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 14, 137-151.
- Meissner, W. W. (1995). Paranoid personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatments of psychiatric disorders, 2ª edición* (pp. 2249-2259). Washington: American Psychiatric Press.

- Millon, T. y Escovar, L. A. (1996b). El trastorno de la personalidad por evitación. En V. E. Caballo, G. Buéla-Casal y J. A. Carroble (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2 (pp. 3-34). Madrid: Siglo XXI.
- Millon, T. y Tringone, R. (1989). Co-occurrence and diagnostic efficiency statistics. Datos sin publicar.
- Oldham, J. M. y Skodol, A. E. (2000). Charting the future of Axis II. *Journal of Personality Disorders*, 14, 17-29.
- Oldham, J. M. y Morris, L. B. (1995). *New personality self-portrait*. Nueva York: Bantam Books.
- Pfohl, B., Stangl, D. y Zimmerman, M. (1984). The implications of DSM-III personality disorders for patient with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 7, 309-318.
- Phares, E. J. (1988). *Introduction to personality* (2ª edición). Glenview, Il: Scott, Foresman and Co.
- Phillips, K. A., Hirschfeld, R. M. A., Shea, M. T. y Gunderson, J. G. (1993). Depressive personality disorder: Perspectives for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 7, 30-42.
- Reich, J. (1987). Prevalence of DSM-III-R self-defeating (masochistic) personality disorder in normal and outpatient populations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 52-54.
- Raine, A., Lencz, T., Bihrie, S., LaCasse, L. y Colletti, P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 119-127.
- Siever, L. J., Bernstein, D. P. y Silverman, J. M. (1995). Schizotypal personality disorder. En W. J. Livesley (dir.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 71-90). Nueva York: Guilford.
- Spitzer, R. L., Fiester, S., Gay, M. y Pfohl, B. (1991). Is sadistic personality disorder a valid diagnosis?: The results of a survey of forensic psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 148, 875-879.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kass, F. y Davies, M. (1989). National field trial of the diagnostic criteria for self-defeating personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1561-1567.
- Turner, R. M. (1996). El grupo dramático/impulsivo del DSM-IV: los trastornos límite, narcisista e histriónico de la personalidad. En V. E. Caballo, G. Buéla-Casal y J. A. Carroble (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2 (pp. 63-84). Madrid: Siglo XXI.
- Widiger, T. A. (1993). The DSM-III-R categorial personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry*, 4, 75-90.
- Widiger, T. A. (2000). Personality disorders in the 21st century. *Journal of Personality Disorders*, 14, 3-16.
- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (1993). Borderline and narcissistic personality disorders. En P. B. Sutker y H. E. Adams (dirs.), *Comprehensive handbook of psychopathology*, 2ª edición (pp. 371-394). Nueva York: Plenum.
- Wolff, S. y Chick, J. (1980). Schizotypal personality in childhood: a controled follow-up study. *Psychological Medicine*, 10, 85-100.