

## LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD ¿REALIDAD O FICCIÓN? EL SOMBRÍO FUTURO DE SU DIAGNÓSTICO

Vicente E. Caballo, Andrea López Fernández e Isabel C. Salazar  
*Universidad de Granada (España)*

### Resumen

El diagnóstico categorial de los trastornos de la personalidad (TTPP) ha sido criticado por diversas razones, entre las que se encuentran el solapamiento de síntomas entre distintos trastornos, su elevada comorbilidad o el carácter dicotómico de su diagnóstico. Estas críticas han llevado al desarrollo de un planteamiento dimensional en las últimas versiones de los sistemas de clasificación, DSM-5/DSM-5-TR y CIE-11, considerando dos aspectos: el funcionamiento de la personalidad y una serie de rasgos patológicos. A pesar de la cuantiosa literatura publicada desde principio de este siglo sobre esta propuesta dimensional, no está claro, a día de hoy, que tenga alguna utilidad clínica. La vaga, abstracta y poco operativizable exposición de lo que constituye el funcionamiento de la personalidad y la compleja y forzada designación de rasgos mayores y menores (facetas) en el DSM-5/DSM-5-TR o sólo mayores y opcionales en la CIE-11, complican el diagnóstico dimensional de los TTPP. En este trabajo se discuten todas estas cuestiones en un intento de aportar algo de luz para un futuro menos sombrío que el actual panorama de los TTPP.

**PALABRAS CLAVE:** *trastornos de la personalidad, diagnóstico dimensional, modelo alternativo (MATP), DSM-5, CIE-11.*

### Abstract

The categorical diagnosis of personality disorders (PDs) has been criticized for various reasons, among which are overlapping of symptoms between different disorders, their high comorbidity, and the dichotomous nature of their diagnosis. These criticisms have led to the development of a dimensional approach in the latest versions of the classification systems, DSM-5/DSM-5-TR and ICD-11, considering two substantial aspects for its new diagnosis: personality functioning, and a series of pathological features. Despite the large amount of literature that has been published since the beginning of this century on this dimensional proposal, it is not clear, to date, that this approach enhances clinical utility. The vague, abstract, and inoperative exposition of what constitutes personality functioning and the complex and forced designation of major and minor traits (facets) in the DSM-5/DSM-5-TR, and only major and optional traits in the ICD-11, complicate, in an unusual way, the dimensional diagnosis of PDs. This paper discusses all of these issues in an attempt to shed some light on the potentially dark future of the current PDs panorama.

KEY WORDS: *personality disorders, dimensional diagnosis, alternative model (AMPD), DSM-5, ICD-11.*

## Introducción

La clasificación de los trastornos de la personalidad (TTPP)<sup>1</sup> ha sido controvertida desde sus inicios. Así, desde el primer sistema de clasificación mínimamente fiable, como el DSM-III (APA, 1980), se les dedicó un apartado distinto al de todos los demás trastornos mentales, el Eje II. ¿Por qué? No parecía tener mucho sentido y, de hecho, en el DSM-5 (APA 2013) se eliminó dicho eje y se incluyó a los TTPP junto a los demás trastornos, sin separaciones artificiales. Se ha encontrado también un escaso grado de acuerdo entre diferentes métodos a la hora de determinar la presencia de TTPP, no sólo cuando se desea identificar la presencia de un trastorno de la personalidad (TP), sino también cuando se quiere averiguar si existe un trastorno específico de la misma. Otra cuestión controvertida, muy relacionada con la anterior, es la consideración de los TTPP desde una posición categorial o desde una posición dimensional (véase Millon y Escovar, 1996). La taxonomía categorial produce descripciones simples y claras, pero menos cercanas a la realidad, aunque es más similar a la forma en que trabajan los clínicos, mientras que un modelo dimensional presenta el potencial para una información más precisa, pero es también más compleja y difícil de interpretar. Claro que alguien podría pensar que, por una parte, se elimina el Eje II para asimilar mejor los TTPP al resto de los trastornos mentales, pero, por la otra, la propuesta dimensional los segrega al plantear una forma de diagnóstico (dimensional) totalmente diferente al resto de los trastornos clínicos (categorial). Además, la sección de los TTPP se ha subdividido desde hace mucho tiempo (DSM-III) en tres grupos: A (sujetos extraños o excéntricos), B (sujetos dramáticos, teatrales, emotivos o volubles) y C (sujetos ansiosos o temerosos), sin un claro apoyo empírico y sin que todos los trastornos incluidos en cada grupo cumplan esas características generales de agrupación. Por poner un ejemplo, los trastornos antisocial y narcisista de la personalidad, incluidos en el grupo B, no son “dramáticos, teatrales, emotivos o volubles”. Siguiendo con las diferencias entre los TTPP y el resto de los trastornos mentales, se señala que buena parte de los primeros son trastornos egosintónicos (versus trastornos egodistónicos de los segundos), es decir, que los individuos con ese tipo de problemas muchas veces se sienten cómodos con los síntomas característicos de dicho problema debido, quizás, a que los conceptos sobre sí mismos que poseen y los patrones de comportamiento que manifiestan son lo único que conocen y recuerdan (O'Connor y Dyce, 2001).

En resumen, los TTPP constituyen un grupo de problemas clínicos a los cuales se les ha querido diferenciar del resto de trastornos mentales, pero, al mismo tiempo,

---

<sup>1</sup> En el anexo 1 se recogen las abreviaturas frecuentemente utilizadas en este artículo.

intentado equipararse a estos últimos. En pocas palabras, diríamos que “son iguales, pero diferentes”. Así de complejo y así de controvertido. Por lo tanto, no es de extrañar que exista una serie de problemas sin resolver que tienen que ver con la conceptualización, el diagnóstico y el tratamiento de este grupo de trastornos. Dedicaremos el resto del artículo a revisar y discutir algunos de estos problemas.

## **Personalidad y trastornos de la personalidad**

Antes de abordar los TTPP en sí, podemos revisar brevemente algunas características de lo que los expertos consideran que es la personalidad. La Asociación Psicológica Estadounidense (APA, 2018) define la *personalidad* como el conjunto de características duraderas y el comportamiento que conforman la adaptación única de una persona a la vida, incluidos los rasgos principales, los intereses, los impulsos, los valores, el autoconcepto, las capacidades y los patrones emocionales. En este enfoque hacia la personalidad ya tenemos un primer problema y es que no está muy claro todo lo que abarcan las “características duraderas”. Otros autores se refieren a un conjunto de patrones de pensamientos, emociones y acciones que caracterizan a una persona desde épocas tempranas de la vida y que son estables, permanentes en el tiempo y a través de diferentes situaciones (McCrae y Costa, 2003; Ruiz *et al.*, 2012). Algo similar es la definición de personalidad planteada por Phares (1988) 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. O la de Millon y Everly (1985) como un patrón de rasgos cognitivos, afectivos y conductuales, profundamente enraizados y ampliamente manifestados, que persisten a lo largo de amplios periodos de tiempo. Por lo tanto, es de suponer que las disfunciones de la personalidad se encontrarían en esos pensamientos, emociones y acciones, algo, esta vez sí, claramente consensuado entre los psicólogos cognitivo conductuales, que constituye el objetivo de las intervenciones sobre los pacientes que acuden a terapia, algo generalizable a la mayoría de los problemas/trastornos clínicos por los que consultan. Pero otros profesionales de la salud tienen una visión de la personalidad muy diferente, como veremos más adelante, tanto a nivel de concepto como a nivel de intervención.

Teniendo en cuenta la noción de personalidad que acabamos de ver, ¿cómo describiríamos a los *trastornos de la personalidad*? Podemos decir que se caracterizan por ser patrones desadaptativos de pensamientos, sentimientos y conductas que comienzan muy temprano en la vida y se perpetúan a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones. Suelen constituir desviaciones importantes de lo que serían los patrones de vida normal y, especialmente, del comportamiento interpersonal del mismo grupo sociocultural al que pertenece el individuo (Caballo, 2009; Caballo *et al.*, en prensa). El desarrollo de un TP, al igual que el resto de los trastornos mentales, depende de la interacción de aspectos genéticos (predisposición biológica) y factores ambientales (incluyendo aquí la

educación parental y las vivencias del individuo desde su nacimiento). Los efectos de la biología siempre deben entenderse a la luz de sus interacciones con un contexto psicosocial. Por ejemplo, un determinado temperamento tiende a hacer más probable el desarrollo de un TP y determinaría el tipo o tipos de TP que puede(n) desarrollarse (Paris, 2015). Por otro lado, los *estilos de personalidad* marcarían una tendencia en el individuo por actuar, sentir o pensar de determinada manera, ya que la formación de un estilo de personalidad es inherente al desarrollo evolutivo de todo ser humano e influye en la interacción de la persona con su entorno. Estas características no serían consideradas como patológicas, pues no estarían acentuadas y serían lo suficientemente flexibles como para permitir que la persona modificase y adaptase sus respuestas a las demandas específicas de la situación y el contexto (Millon y Davis, 2000). Es decir, son funcionales y no ocasionan ningún deterioro en algún área vital (personal, social, profesional, etc.) Según los autores anteriores, la distinción entre *estilos*, como podríamos llamar a estas características, y TTPP radicaría en su nivel (grado) patológico. Los estilos y los TTPP formarían parte de un continuo, de manera que los primeros se mantendrían en el intervalo de la normalidad y los trastornos en el intervalo de la patología.

### **Clasificación de los trastornos de la personalidad**

Como ya señalamos al inicio de este trabajo, la clasificación de los TTPP ha estado plagada de problemas desde sus inicios. Desde la dedicación de un apartado distinto al resto de los trastornos mentales hasta el cuestionamiento de su forma tradicional de diagnóstico. Con la aparición del DSM-III se han ido incorporando una serie de TTPP, la mayoría de los cuales se ha mantenido en la parte oficial (sección II) de la última versión del DSM (DSM-5-TR; APA, 2022), pero otros han aparecido brevemente y luego han sido eliminados de la clasificación como trastornos específicos. Ejemplos de ello son los trastornos pasivo-agresivo, depresivo, autodestructivo y sádico, los cuales desaparecieron a partir del DSM-IV (APA, 1994). Adicionalmente, desde el DSM-III-R (APA, 1987) se ha presentado a los TTPP en tres grupos, A, B y C, con unas supuestas características comunes que distinguen a cada uno de dichos grupos. No obstante, como hemos indicado anteriormente, estos grupos no tienen un apoyo empírico y las supuestas características comunes no son tales. Por su parte, la CIE-10 (WHO, 1992) incluía básicamente los mismos TTPP específicos que el DSM-IV, excepto el trastorno narcisista y el trastorno esquizotípico de la personalidad, éste último incluido en el grupo de la esquizofrenia y no en el de los TTPP.

En las últimas versiones del DSM (DSM-5 y DSM-5-TR; APA, 2013, 2022) y de la CIE (CIE-11; WHO, 2024) hay algunas variaciones con respecto a las anteriores. La sección oficial del DSM-5 (sección II) incluye, sin ningún tipo de modificación, la clasificación del DSM-IV, pero en la sección III se añade una clasificación híbrida categorial-dimensional alternativa de este grupo de trastornos. Por su parte, la CIE-11 rompe drásticamente con el pasado y presenta como clasificación oficial su

modelo dimensional de los TTPP, en el que sólo mantiene el patrón límite como TP reconocible de la CIE-10. En resumen, la posición categorial es mantenida únicamente en la sección II del DSM-5, mientras que el modelo dimensional es el preferido por la sección III del DSM-5 y por la CIE-11.

## El planteamiento categorial versus el modelo dimensional

El diagnóstico de la mayoría de los trastornos mentales utiliza un *enfoque categorial*, es decir, trata de establecer categorías precisas con propiedades claramente definidas con el objetivo de definir la ausencia o presencia de un conjunto de síntomas. En otras palabras, el individuo tiene que satisfacer una serie de criterios (síntomas) para poder ser diagnosticado con un trastorno concreto. Si deja de cumplir alguno de ellos, no entraría en la categoría del trastorno. Este enfoque tendría, por lo tanto, un carácter dicotómico, es decir, se tiene o no se tiene el trastorno, no existen posiciones intermedias. Además, cada categoría diagnóstica (trastorno específico) es diferente del resto de las categorías (trastornos específicos). En resumen, estas categorías deberían cumplir tres criterios básicos: ser discretas, ser mutuamente excluyentes y ser exhaustivas. No obstante, ya el DSM-III (APA, 1980) alegaba que no hay ningún postulado que afirme que cada trastorno mental es una entidad discreta con límites precisos (discontinuidad) respecto a otros trastornos mentales y a la ausencia de trastorno mental. Y añadía que el sistema de clasificación de los trastornos mentales sirve para clasificar a los trastornos no a las personas. Por su parte, el *enfoque dimensional* intenta medir las diferencias cuantitativas de un mismo elemento, ordenando los síntomas según los diferentes grados de intensidad, es decir, identificaría y mediría las diferencias individuales respecto a diversos fenómenos psicológicos. De esta forma, se evaluaría el grado en el que se manifiesta un problema, teniendo en cuenta el número de síntomas, su intensidad y su variedad. Un sistema dimensional debería indicar también a partir de qué punto existe patología como para merecer atención clínica.

Si aceptamos las supuestas ventajas del modelo dimensional, se consideraría que una evaluación dimensional, en vez de categorial, de los trastornos psicológicos se acercaría más a la realidad que viven las personas. Este enfoque se ha aplicado, en los últimos años tanto en la sección III del DSM-5 (APA, 2013) como en la CIE-11 (WHO, 2024). La justificación para adoptar el enfoque dimensional en ambos sistemas diagnósticos ha sido diversa, desde la mejora de la fiabilidad y la validez del diagnóstico de los TTPP (y no tanto el proporcionar un enfoque más sencillo, rápido y atractivo) (Bach y Tracy, 2022; Skodol, 2012) hasta la reducción del estigma que supone el diagnóstico de un TP categorial (WHO, 2024) (aunque pensamos que la mejor manera de cambiar el estigma sería a través de la educación, no dimensionando un problema). Seguidamente analizaremos el enfoque dimensional propuesto tanto por la sección III del DSM-5 como por la CIE-11.

La sección III del DSM-5 plantea un modelo alternativo para los TTPP (DSM-5-MATP) denominado modelo híbrido categorial-dimensional, mientras que la CIE-11

propone un modelo puramente dimensional. En ambos sistemas de clasificación, los TTPP se caracterizan por dificultades en el *funcionamiento* de la personalidad (criterio A) y por *rasgos* patológicos de la personalidad (criterio B), aunque el único criterio esencial de la CIE-11 es el deterioro del funcionamiento de la personalidad, sirviendo los rasgos como modificadores o descriptores que no son esenciales para el diagnóstico. Tanto el DSM-5-MATP como la CIE-11 requieren que, además, el individuo satisfaga varios criterios más, tales como que el deterioro sea relativamente inflexible, generalizado, estable, no explicado mejor por otro trastorno mental, ni por la etapa de desarrollo del individuo, etc. Queremos enfatizar, no obstante, la insistencia de la CIE-11 en centrar el diagnóstico de los TTPP, casi en exclusiva, en el inadecuado funcionamiento de la personalidad. La gravedad de esta disfunción determinará si la persona padece o no un TP en general, sin especificación del tipo de TP. Una vez diagnosticado que el paciente padece un TP, el clínico podría ir más allá y, opcionalmente, evaluar el tipo concreto de TP. Para ello dispone de cinco rasgos y un patrón adicionales. Veamos seguidamente en qué consisten tanto el funcionamiento de la personalidad como los rasgos patológicos de la misma.

### **Enfoque dimensional: el funcionamiento de la personalidad**

Las alteraciones en el *funcionamiento* de la personalidad constituyen el eje central del diagnóstico de los TTPP tanto en el DSM-5-MATP como en la CIE-11. ¿Pero a que se refiere dicho funcionamiento? El funcionamiento de la personalidad consta de dos elementos en el nivel superior: 1) el funcionamiento *del sí mismo*, que implica, a su vez, dos subapartados, la *identidad* (p. ej., la experiencia de uno mismo como único, la estabilidad de la autoestima, la precisión de la autoevaluación) y la *autodirección* (p. ej., el empleo de patrones internos constructivos y prosociales de comportamiento, la capacidad de autorreflexión productiva) y 2) el funcionamiento *interpersonal*, que incluye la *empatía* (p. ej., tolerancia ante diferentes perspectivas, entender los efectos del propio comportamiento sobre los demás) y la *intimidad* (p. ej., el deseo y la capacidad de cercanía, la consideración mutua reflejada en el comportamiento interpersonal). Estos cuatro subelementos se evalúan según el nivel de deterioro, desde 0 (funcionamiento saludable y adaptativo) hasta 4 (deterioro extremo en el funcionamiento). La CIE-11 varía un poco a la hora de determinar la gravedad del TP (ausencia de TP, disfunción de la personalidad, TP leve, moderado o grave). Uno de los problemas que plantea la introducción de una dimensión de gravedad de estas descripciones generales y abstractas del deterioro del funcionamiento es que aumenta el riesgo de estigmatización desde la primera impresión clínica en la comunicación entre paciente y terapeuta, ya que dicho funcionamiento no se basaría en criterios objetivos y fiables (Herpertz *et al.*, 2017). En resumen, las alteraciones en el funcionamiento interpersonal y del sí mismo constituyen el núcleo de la psicopatología de la personalidad, tanto en el DSM-5-MATP como en la CIE-11.

Llegados a este punto, podemos preguntarnos si esta propuesta sobre el funcionamiento de la personalidad representa un avance con respecto a la denostada clasificación categorial. Curiosamente, la decisión inicial de si un paciente tiene o no un TP es básicamente una decisión categorial. Luego el clínico tendrá que decidir si ese TP es de naturaleza leve, moderada, grave o extrema, lo que también correspondería a una decisión categorial (Bach *et al.*, 2022). Pero, además, el concepto que incluyen tanto el DSM-5-MATP como la CIE-11 sobre el funcionamiento de la personalidad es tan vago y poco operativo, que las opiniones sobre dicho concepto no pueden por menos que ser variadas y diversas. Así, Sharp y Wall (2021) sostienen que los déficits en el funcionamiento de la personalidad deben entenderse como el fracaso de un “sistema subjetivo intrapsíquico” para adaptarse y cumplir las tareas de la vida adulta. Otros investigadores han sugerido que la operacionalización de la disfunción necesita ser refinada para evaluar descripciones específicas y concretas de cómo se manifiesta la deficiencia (p. ej., Sleep y Lynam, 2022). Algunos defensores del modelo dimensional alegan que la disfunción de la personalidad debería identificar lo que es exclusivo de los TTPP. “Se pretende que el criterio A desempeñe un papel importante a la hora de distinguir lo que es un trastorno de la personalidad de lo que no lo es” (Morey, 2019, p. 1195). Otros autores alegan que “los déficits en el funcionamiento del sí mismo y en el funcionamiento interpersonal son la característica central de la patología de la personalidad y sería la centralidad de estas alteraciones en el funcionamiento del yo y de los demás lo que distinguiría a la patología de la personalidad de otras clases de psicopatología (p. ej., del estado de ánimo, ansiedad, etc.) (Pincus *et al.*, 2020). Pero lo que realmente se ha averiguado es que los déficits en el sí mismo/interpersonales se encuentran en personas con un trastorno mental que no tienen un TP. Sleep *et al.* (2019a) informaron que las deficiencias del criterio A estaban tan altamente correlacionadas con el estado de ánimo, la ansiedad y otros trastornos mentales como con los TTPP, algo inconsistente con la pretensión de que las alteraciones del funcionamiento de la personalidad sean únicas para los TTPP. Igualmente, si los déficits del funcionamiento de la personalidad constituyen el núcleo del TP, deberían ser evidentes en todos los síndromes. La investigación existente no ha respaldado esta expectativa (Widiger y Hines, 2022). Además, según estos autores, no está nada claro cómo los déficits o alteraciones intrapsíquicas del criterio A son diferentes de los rasgos de personalidad o incluso necesariamente intrapsíquicas.

Por otra parte, los defensores de la nueva propuesta dimensional de la CIE-11 están de acuerdo en que una determinación global de la gravedad, sin tener en cuenta la tipología, es el eje central del diagnóstico de los TTPP. Sin embargo, esta propuesta parece ser vaga, imprecisa y, por lo tanto, poco informativa, además de minimalista y poco sofisticada para la práctica clínica especializada (Bach *et al.*, 2022). Igualmente, se ha cuestionado la multidimensionalidad del funcionamiento de la personalidad planteada por el DSM-5-MATP, señalando que los cuatro factores propuestos para diagnosticar una disfunción de la personalidad se solapan entre

ellos (Sleep *et al.*, 2024) y que tal vez sería más útil considerar esa disfunción como unidimensional. Emery *et al.* (2023) insisten en que, a pesar de las aparentes distinciones entre estos dominios de funcionamiento de la personalidad, se hipotetiza que la disfunción de la personalidad es un constructo unidimensional que indicaría la gravedad de la patología de la personalidad. No obstante, si el constructo del funcionamiento de la personalidad fuera unitario, no queda claro por qué debería descomponerse en dos elementos de nivel superior con dos subelementos cada uno (Widiger y Hines, 2022).

Sleep *et al.* (2019b) señalan que la literatura existente sobre el rendimiento combinado del modelo híbrido del DSM-5-MATP ha puesto en duda la validez incremental del criterio A (funcionamiento de la personalidad), ya que no se ha encontrado que añada una varianza sustancial más allá de los rasgos patológicos (criterio B), probablemente debido al solapamiento sustancial entre los dos criterios, planteándose la cuestión de la escasa utilidad de tener dos componentes fuertemente interrelacionados (Miller *et al.*, 2018). El diagnóstico dentro del DSM-5-MATP requeriría niveles elevados de rasgos desadaptativos, según la definición del criterio B, así como pruebas de alteración de la personalidad, según la definición del criterio A. Teniendo en cuenta que ambos criterios se solapan en gran medida, parece que sólo el criterio B representaría una varianza única en la predicción de los diagnósticos tradicionales de TP (Emery *et al.*, 2023). No obstante, los defensores del papel del funcionamiento de la personalidad sugieren que era importante incluir este criterio porque su contenido ayudaría a distinguir la patología de la personalidad de otras formas de psicopatología. Sin embargo, parece poco probable que el criterio A distinga entre las formas de psicopatología basadas en la personalidad y las no basadas en la personalidad, dado el solapamiento sustancial entre los TTPP y el resto de los trastornos mentales y el hecho de que la personalidad bien puede constituir la fuente de la que surgen muchas formas de psicopatología. Por su parte, Morey *et al.* (2020) alegan que el deterioro en el funcionamiento de la personalidad proporciona un vínculo crítico entre los rasgos de rango normal y los desadaptativos mientras que Emery *et al.* (2023) no encontraron pruebas sólidas de que el funcionamiento deteriorado de la personalidad pudiera explicar estadísticamente la relación entre los rasgos de personalidad normales y los desadaptativos. No parece, por lo tanto, que el funcionamiento deteriorado de la personalidad sirva como proceso a través del cual los rasgos de rango normal ejerzan su efecto sobre los rasgos desadaptativos. Esos autores encontraron también que el solapamiento entre los rasgos desadaptativos de la personalidad no puede explicarse, de forma apreciable, por las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad. Más bien, otras variables deben contribuir al solapamiento que a menudo se observa entre los rasgos desadaptativos. Se señala igualmente que las características correspondientes al criterio A se asocian de forma importante con la angustia mental, un bienestar deficiente y problemas de relación (Bach y Tracy, 2022), lo que apoyaría la tesis de que el criterio A sobre la disfunción de la personalidad (leve, moderada o grave) se podría aplicar a gran parte de la población. Ese concepto podría tener el mismo



sesgo que el que tuvo el concepto de neurosis en su momento, es decir, que puede ser tan general que no identifique cuadros específicos de psicopatología, sino problemas de la vida habituales en el ser humano. Y, por lo tanto, con base en el criterio A, gran parte de la población podría ser diagnosticada con un trastorno o una disfunción de la personalidad, especialmente si utilizamos la CIE-11, que otorga el peso principal para el diagnóstico de los TTPP a tal criterio, mientras asigna un papel secundario y opcional a los rasgos patológicos de la personalidad.

Finalmente, queremos señalar que no disponemos de un punto claro de distinción entre el funcionamiento normal de la personalidad, las dificultades de personalidad y el trastorno de la personalidad, que es realmente la primera tarea del clínico cuando evalúa a un paciente. Necesitaríamos desarrollar puntos de distinción significativos que sean fácilmente reconocibles por un clínico, pero relevantes en términos de personalidad (Bateman, 2011). La falta de puntos de corte, definidos empíricamente, podría hacer dudar a los clínicos y -lo que podría ser más crítico- a los responsables de las políticas sanitarias y a los organismos de financiación a tomar las decisiones sobre si un paciente está lo suficientemente afectado o deteriorado como para justificar un servicio de intervención. En lugar de basar estas importantes decisiones clínicas en los dos niveles del proceso diagnóstico (disfunción de la personalidad y rasgos patológicos), se limitarán únicamente a la evaluación de la gravedad de la disfunción, separando así la decisión sobre si necesita tratamiento de la decisión de qué tratamiento específico ofrecer (p. ej., cuándo ofrecer hospitalización, cuándo recomendar qué método de psicoterapia y/o medicación o cuándo derivar a un paciente a un tratamiento especializado) (Herpertz *et al.*, 2017).

### **Enfoque dimensional: los rasgos patológicos de la personalidad**

Además de la disfunción de la personalidad, el modelo dimensional requiere de unos rasgos patológicos, necesarios en el DSM-5-MATP (criterio B) y opcionales en la CIE-11. Los rasgos elegidos se han basado en el modelo de los cinco factores (*five-factor model, FFM*) (p. ej., Costa y McCrae, 1985; Costa y Widiger, 1994) y se organizan en cinco ámbitos en el DSM-5-MATP, cuatro provenientes de ese modelo, como son la *afectividad negativa* (neuroticismo), el *desapego* (baja extraversión), el *antagonismo* (baja amabilidad), la *desinhibición* (baja conciencia), y un quinto, el *psicoticismo*, añadido para poder diagnosticar el trastorno esquizotípico de la personalidad. Además, esos cinco grandes dominios de rasgos abarcan 25 *facetas de rasgos* específicas, como, por ejemplo, la ansiedad, la inseguridad de separación, la sumisión, la hostilidad, la depresión, la desconfianza, la impulsividad, etc. (APA, 2013). La CIE-11, por su parte, incluye seis calificadores de dominio de rasgos que se *pueden* utilizar (opcionalmente) en los TTPP o en las dificultades de la personalidad para describir las características de la personalidad del individuo que son más destacadas y que contribuyen a su deterioro. Los dominios de rasgos *no son categorías diagnósticas*, sino que representan un conjunto de dimensiones que

se corresponden con la estructura subyacente de la personalidad. La CIE-11 propone los mismos primeros cuatro grandes rasgos del DSM-5-MATP (aunque denominando al antagonismo como *comportamiento disocial*), más el rasgo *anancástico* y el *patrón límite*. Esta categoría de patrones o rasgos de personalidad ha de utilizarse únicamente junto con uno de los tres niveles de gravedad (leve, moderado o grave) de la disfunción de la personalidad o con las dificultades de personalidad.

Sobre los rasgos de la personalidad podemos decir que son estables a lo largo del tiempo. Se cree, de forma general, que los rasgos influyen directamente en la conducta (Matthews *et al.*, 2003). Una de las tareas principales de una psicología científica de los rasgos es distinguir las propiedades internas de la persona con respecto a las conductas manifiestas e investigar las relaciones causales entre ellos. Para evitar la circularidad, es esencial buscar *identificar las bases fisiológicas, psicológicas y sociales subyacentes de los rasgos*, que son las verdaderas influencias causales con respecto a la conducta (Matthews *et al.*, 2003). Aunque esta empresa pudiera estar algo limitada desde sus inicios. Por ejemplo, Jang y Choi (2022) señalan que “encontrar los genes que hacen que una persona se sienta ‘entusiasmada’, ‘indefensa’, ‘tímida’ o ‘culpable’ sería mucho más informativo y clínicamente relevante que el gen del neuroticismo que predecirían estas emociones” (p. 31). Y es que, a nivel de la práctica clínica, un rasgo se define por sus características cognitivas, conductuales y emocionales/fisiológicas. Si queremos tener una información más precisa sobre un rasgo, tendremos que evaluar dichas características. Por ello, se podría pensar que definir la personalidad por sus rasgos es circular. Decimos que un individuo tiene tal rasgo de personalidad con base en esas características y, una vez que hemos establecido que el individuo posee tal rasgo, volveremos a evaluar el nivel patológico de ese rasgo por medio de las mismas características.

Abordando con más detenimiento los rasgos patológicos de la personalidad, vemos que algunos defensores del sistema dimensional señalan que la preferencia general del sistema de rasgos se ha atribuido, de forma específica, a la facilidad de uso, a la exhaustividad, a la comprensión por parte del paciente, a la conceptualización de la patología de la personalidad, a la utilidad para la planificación del tratamiento, al potencial para mejorar la evaluación diagnóstica y a la asociación percibida con los resultados terapéuticos, entre otros factores. La mayor parte de estas afirmaciones no son ciertas (Bach y Tracy, 2022). Por ejemplo, que los pacientes entiendan mejor todo el entramado del sistema de rasgos es más que dudoso o que se hable de resultados terapéuticos, cuando no ha habido ninguna mejora en el tratamiento de los TTPP desde la publicación del DSM-5-MATP es, cuando menos, sorprendente. Igualmente, aunque los rasgos del modelo de los cinco factores (FFM) son bipolares, evaluando tanto los niveles altos como los bajos de cada rasgo, los dominios de rasgos desadaptativos se conceptualizan principalmente como unipolares y la estructura actual sugiere que el comportamiento desadaptativo existe predominantemente en un extremo, generalmente el extremo inferior, de un determinado dominio de rasgos (FFM).

Además, el patrón de interrelaciones entre los dominios de rasgos desadaptativos del DSM-5-MATP es diferente al patrón de interrelaciones entre los rasgos del FFM. Específicamente, los rasgos FFM se consideran ortogonales (o al menos muestran intercorrelaciones mínimas), mientras que los rasgos desadaptativos muestran una considerable saturación cruzada de facetas entre los dominios y, adicionalmente, correlaciones relativamente grandes entre los amplios rasgos de dominio (Emery *et al.*, 2023; Somma *et al.*, 2019).

Al evaluar los TTPP desde la posición dimensional no va a ser fácil, en muchas ocasiones, dar un nombre o diagnóstico específico con base en los rasgos, tanto en el DSM-5-MATP como en la CIE-11. Hay rasgos que son transversales para diversos TTPP. Por ejemplo, el rasgo del antagonismo (DSM-5-MATP) o comportamiento disocial (CIE-11) caracteriza tanto al trastorno narcisista como al trastorno antisocial. En el primer sistema puede ser más fácil, dado que se ha tomado como base las características de la sección II y se han traducido a rasgos. En la CIE-11 hay una falta de claridad al respecto, con lo que la utilización de etiquetas específicas se vuelve muy complicada. Lo lógico sería diagnosticar TP (leve, moderado o grave) con comportamiento disocial. Incluir, en este caso, la etiqueta de un TP específico (p. ej., narcisismo) sería ir más allá de lo que plantea la CIE-11, por lo que es dudoso que los profesionales de la salud encuentren su utilidad clínica. Otra cuestión relevante es que mientras la CIE-11 no ha sido capaz de describir al trastorno límite de la personalidad (TLP) con los cuatro grandes rasgos de la clasificación dimensional y ha tenido que proponer un quinto, como es el patrón límite, el DSM-5-MATP sí lo ha hecho. Como señala Livesley (2021), los rasgos son formas útiles de representar algunos aspectos de las diferencias individuales, pero la personalidad es mucho más que rasgos y los TTPP son mucho más que rasgos desadaptativos. Lo que resulta curioso, además, es que parece haber fuertes asociaciones de los rasgos patológicos del DSM-5-MATP con los TTPP categoriales de la sección II del DSM-5, así como la superposición entre estos últimos y los dominios de rasgos de la CIE-11 (Bach *et al.*, 2018; Fang *et al.*, 2021). No obstante, este asunto de las relaciones entre los TTPP categoriales de la sección II del DSM-5 con los rasgos patológicos de las propuestas dimensionales, DSM-5-MATP y CIE-11, no parece concitar demasiado entusiasmo entre los investigadores, especialmente entre los defensores del modelo dimensional (Levin-Aspenson *et al.*, 2023).

Para finalizar este apartado, queremos mencionar que algunos autores señalan que los modelos de rasgos son, en gran medida, descriptivos, ateóricos y no explican nada (p. ej., Livesley, 2021). Esta cuestión tiene importancia clínica porque refleja el fracaso de la teoría de los rasgos a la hora de proporcionar explicaciones sobre los orígenes, la estructura interna y las funciones de los rasgos, que son necesarias para desarrollar formas eficaces de tratar los rasgos patológicos. También existen problemas metodológicos sustanciales con los modelos de rasgos, sobre todo el basarse en una única estrategia de investigación (el análisis factorial de las valoraciones de uno mismo o de otros por parte de grandes muestras de participantes) y las dificultades que esto plantea, así como la manera en que estos

modelos se basan en la hipótesis léxica según la cual la estructura de los conceptos populares puede servir de base para una taxonomía científica. Los conceptos populares sobre los adjetivos de los rasgos son demasiado vagos, difusos y saturados de contenido evaluativo para ser útiles con fines científicos y las explicaciones de sentido común rara vez coinciden con las explicaciones científicas de los mismos fenómenos. También hay motivos para cuestionar si el lenguaje natural contiene realmente adjetivos que hagan referencia a algunos comportamientos clínicamente importantes (Livesley, 2021). En los TTPP los clínicos reconocen fenómenos que los legos en la materia no distinguen fácilmente.

### **¿Qué pasa con los estilos de la personalidad?**

Como hemos indicado anteriormente, ya Millon y Davis (2000) hablaban de una especie de continuo con respecto a los TTPP, desde el estilo hasta el trastorno. Oldham y Morris (1995) dedicaron todo un libro a la descripción de los estilos de personalidad, siguiendo la clasificación categorial del DSM-IV, e incluyendo una especie de cuestionario para su evaluación (aunque un poco complejo de puntuar). Nuestro equipo de investigación desarrolló también hace años una medida de autoinforme denominada “Cuestionario exploratorio de la personalidad” (CEPER-III; Caballo *et al.*, 2009, 2011) (véase una muestra de los ítems en el anexo 2). Este instrumento de autoinforme consta de 170 ítems que evalúan 14 estilos de personalidad con base en los síntomas diagnósticos de los TTPP planteados por el DSM-IV (10 estilos) y por otras versiones anteriores del DSM (pasivo-agresivo, depresivo, sádico y autodestructivo). Cada estilo es evaluado por 12 ítems que reflejan los síntomas específicos de cada TP correspondiente y cada ítem se responde sobre una escala Likert de 7 puntos, desde 1= Nada característico de mí hasta 7= Totalmente característico de mí. El CEPER fue validado por medio del “Inventario clínico multiaxial de Millon” (MCMI-III; Millon, 1994) y las correlaciones de cada estilo del CEPER con cada TP del MCMI-III iban desde 0,50 (la más baja, para el trastorno histriónico de la personalidad y el TOCP) hasta 0,70 en el caso del trastorno dependiente o el 0,72 en el caso del trastorno depresivo (Caballo *et al.*, 2011). Aunque el objetivo del CEPER era evaluar estilos de la personalidad en personas de la población en general es probable que, en muchos casos, las puntuaciones extremas estén indicando más un TP que un estilo. La utilización que del CEPER-III hacemos habitualmente en la clínica nos ofrece gran cantidad de información relativa a los pacientes que suelen acudir por un trastorno mental, en general.

Un valor añadido de esta línea de investigación, teniendo en cuenta la conceptualización dimensional de los TTPP, son algunos estudios sobre la relación entre los estilos de personalidad (evaluados con el CEPER-III) con algunos rasgos de personalidad y con comportamientos sociales que afectan a las relaciones interpersonales, como es el caso de las habilidades sociales. En el primer caso, examinamos las relaciones entre los cinco grandes rasgos (basados en el FFM) y los estilos de la personalidad (Caballo *et al.*, 2009) y encontramos que la *Apertura*

*mental* no tenía correlaciones elevadas con ninguno de los estilos. El rasgo de la *Conciencia* (o baja Desinhibición) sólo se relacionaba positivamente y de forma importante con el estilo obsesivo compulsivo. La *Amabilidad* (bajo Antagonismo) se relacionaba negativamente con casi todos los estilos, especialmente con el paranoide, el esquizoide, el antisocial, el pasivo-agresivo y el sádico. La *Extraversión* (bajo Desapego) se relacionaba positivamente con los estilos histriónico y narcisista y negativamente con los estilos esquizoide, límite, dependiente, depresivo y, especialmente, con el evitativo. Finalmente, la *Estabilidad emocional* (baja Afectividad negativa) se relacionaba negativamente con todos los estilos de la personalidad, en especial con el límite y el depresivo. Con respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, estas últimas puntuaban más alto, de forma significativa, en los estilos dependiente y límite y más bajo, de manera significativa, en los estilos narcisista y antisocial. Con respecto a los cinco grandes rasgos, los hombres puntuaban más alto que las mujeres en *Extraversión* y *Estabilidad emocional* mientras que las mujeres lo hacían en *Conciencia* y *Amabilidad*. No había diferencias en *Apertura mental* (Caballo *et al.*, 2009).

En lo que respecta a la segunda área de investigación, la relación con las habilidades sociales, encontramos que solamente dos estilos tenían correlaciones positivas significativas con las habilidades sociales de manera sistemática. En primer lugar se encontraba el estilo histriónico de la personalidad, claramente el estilo más altamente relacionado con las habilidades sociales y, en segundo lugar, el estilo narcisista. Por el contrario, los estilos menos habilidosos eran el estilo de la personalidad por evitación, situado claramente en primer lugar, seguido de los estilos dependiente, esquizoide y paranoide. No obstante, había también algún estilo que no se caracterizaba por tener elevadas habilidades sociales ni por ser deficitario en ellas. Estos estilos neutros eran el estilo obsesivo-compulsivo de la personalidad, en primer lugar y, luego, el estilo antisocial de la personalidad (Caballo *et al.*, 2014).

En resumen, este planteamiento de los TTPP considerándolos en el extremo de un continuo estilo-trastorno podría ser una opción, al menos a nivel clínico, a la hora de diagnosticar esta área de los trastornos mentales, sin la complejidad que presentan los modelos dimensionales o híbridos, pero incluyendo una cierta dimensionalidad en la evaluación de los TTPP. Dado que son bien conocidos los síntomas de cada uno de los TTPP clásicos, se puede establecer hasta qué punto el individuo satisface cada uno de esos síntomas en una escala Likert de 7 puntos (al estilo del CEPER-III) y establecer puntos de corte para cada TP (como se ha hecho, en muchos casos, para otros trastornos mentales).

## **El planteamiento de la investigación versus el planteamiento clínico**

Numerosos trabajos publicados en los últimos años sobre los TTPP en la literatura científica se centran en los rasgos de la personalidad, tanto patológicos como normales. El desarrollo de la teoría de los rasgos se basa en el modelo de

factor latente que asume la ocurrencia de alguna entidad de orden superior que explica la covariación de rasgos en el nivel subordinado. Por ejemplo, se supone que las medidas de rasgos primarios como la ansiedad, la inseguridad en el apego y la dependencia son indicadores de una variable latente denominada neuroticismo, afectividad negativa o desregulación emocional, con el supuesto de que esta entidad regula el funcionamiento de los rasgos primarios (Livesley, 2021). La teoría de los rasgos suele suponer que las variables latentes son entidades reales. Sin embargo, se trata de una suposición: no hay razones, a priori, para suponer que las entidades estadísticas reflejen la estructura de los mecanismos psicobiológicos. Cabe señalar, no obstante, que son posibles modelos alternativos de relaciones entre rasgos. Por ejemplo, los rasgos primarios podrían covariar porque están funcionalmente relacionados y no porque formen parte de una entidad de orden superior o estén regulados por ella. Una cuestión importante para la aplicación clínica de los modelos de rasgos es la suposición de que la estructura factorial derivada de los datos de grandes muestras coincide con la forma en que la personalidad se organiza en el individuo (Livesley, 2021). Como ya hemos indicado anteriormente, la estructura de diferencias individuales de la población no es la misma que la estructura de personalidad del individuo. Los datos sobre las dimensiones en las que difieren los individuos no explican su comportamiento. Esto crea un problema para la aplicación clínica de tales modelos, porque a los clínicos no les preocupa la estructura del grupo, sino más bien cómo se organiza la personalidad en el individuo. La incertidumbre sobre el valor de la estructura grupal para comprender las personalidades individuales es una buena razón para ser precavidos a la hora de utilizar estas estructuras en una clasificación diagnóstica.

Pero ¿qué utilidad clínica tiene la profusa investigación sobre los rasgos? Si consideramos que la *utilidad clínica* se refiere a la utilidad práctica de un modelo, incluyendo aspectos como la facilidad de uso, la utilidad para la comunicación con otros profesionales y con el paciente, la utilidad para describir todos los problemas de personalidad y la utilidad para la *formulación de un tratamiento eficaz* (Bach y Tracy, 2022; First *et al.* 2004), podríamos decir que “utilidad clínica” tendría muy poca. First (2010) resalta las dificultades de concebir un esquema de clasificación que satisfaga las necesidades tanto de la comunidad clínica como de la investigadora. En el caso del DSM-5-MATP y en el de la CIE-11, el reto debería haber consistido en adaptar al uso clínico el complejo esquema de rasgos dimensionales desarrollado y utilizado casi exclusivamente por la comunidad investigadora. El DSM-5/DSM-5-TR señala que la sección oficial de su clasificación de los TTPP (sección II) debería servir para la práctica clínica mientras que el modelo alternativo (sección III) lo debería hacer para los planteamientos de investigación. Esto tendría cierto sentido, dada la dificultad para operativizar los TTPP desde la posición dimensional en la clínica diaria. Los conceptos abstractos que implica la evaluación desde dicha posición, especialmente en lo que respecta al funcionamiento de la personalidad (criterio A) y la multitud de facetas (25) que incluye el criterio B, hacen complicado el diagnóstico dimensional de los TTPP en el ámbito clínico, donde el tiempo suele

ser limitado y se requieren conceptos claros y precisos. La CIE-11 no mejora la claridad del diagnóstico, aunque no contemple las facetas que plantea el DSM5/DSM-5-TR, pero sí comparte el planteamiento del funcionamiento de la personalidad y los dominios de rasgos (al menos 4 de ellos). Conceptos como la identidad de uno mismo o la autodirección plantean problemas de operatividad y claridad. Tampoco es que aspectos como la empatía o la intimidad sean fáciles de evaluar, especialmente en el corto espacio de tiempo del que dispone un profesional de la salud mental en su trabajo. No mejora la evaluación clínica, pero tampoco el tratamiento, del que hablaremos más adelante.

Una de las limitaciones inherente a los modelos dimensionales se deriva del hecho de que estos sistemas de rasgos de personalidad utilizan los mismos descriptores para perfilar todos los casos y todos los tipos de personalidad. Los descriptores deberían ser lo suficientemente generales como para poder aplicarse a muchas categorías, por lo que son intrínsecamente ambiguos (First, 2010). Los rasgos de personalidad, en ausencia de contexto clínico, son demasiado confusos para que los clínicos los interpreten, lo que plantea serias dudas sobre la aplicabilidad clínica del enfoque dimensional de rasgos. Alguien podría pensar que por eso la CIE-11 ha eliminado en la práctica (o casi) la aportación de los rasgos patológicos al diagnóstico de TP. Bateman (2011) considera que esto es algo que parece desafortunado, si no descuidado, ya que la falta de investigación se toma ahora como falta de validez de las observaciones clínicamente relevantes. Este autor sigue diciendo que duda que el decir que alguien tiene un trastorno grave de la personalidad con problemas de desapego, desinhibición, afectividad negativa y comportamiento disocial transmita el mismo nivel de información clínicamente útil que la descripción categorial tradicional. El diagnóstico de los TTPP a nivel clínico debe ser más específico que la propuesta generalista del DSM-5-MATP y de la CIE-11. No es probable que los clínicos diagnostiquen que la persona tiene un sentido de sí misma que es perfeccionista y moralista, que se relaciona con los demás de forma que muestra una empatía limitada y que espera que se cumpla su forma de hacer las cosas y, además, que tiene rasgos anancásticos (Huprich, 2020). Algunos de los defensores del modelo dimensional se quejan de que uno de los problemas de la sección II del DSM-5/DSM-5-TR es que incluye muchos TTPP y que cada trastorno comprende muchos síntomas. Si comparamos los síntomas diagnósticos incluidos en la sección II (categorial) del DSM-5 con los elementos diagnósticos que establece la sección III (dimensional) del DSM-5-MATP (limitados, lógicamente, a los seis trastornos comunes), vemos que el número de criterios no es muy diferente, es decir, 49 síntomas de la sección categorial contra 54 elementos en la sección dimensional (a los que se añadirían 20 más si contamos las 5 opciones por cada subelemento del nivel de deterioro del funcionamiento de la personalidad). Si lo comparamos con las opciones que ofrece la CIE-11, estas aumentan de forma incontrolada hasta unas cantidades difíciles de asumir por un clínico (al menos 175 opciones diagnósticas) (p.ej., trastorno moderado de la personalidad con características prominentes de afectividad negativa, características disociales

prominentes, características prominentes de desinhibición, características anancásticas prominentes y características prominentes de desapego). Esto sí es insano para el profesional de la salud. No parece, por lo tanto, que haya disminuido mucho la complejidad a la hora del diagnóstico dimensional de los TTPP, sino más bien al contrario.

En resumen, que el número de investigaciones sobre aspectos del modelo dimensional de los TTPP haya aumentado exponencialmente en los últimos años está fuera de toda duda. Que el currículo de sus investigadores haya crecido de forma notable, también. Pero que todo ello tenga alguna transcendencia en el campo de los TTPP, especialmente en lo relativo a su evaluación y, especialmente, a su tratamiento, es algo que está por ver.

### **Algunos problemas en la evaluación y el diagnóstico de los trastornos de la personalidad**

La evaluación y posterior diagnóstico de los TTPP han sido siempre temas controvertidos. Parece claro que el diagnóstico ha de hacerse siempre por medio de alguna entrevista, con los cuestionarios o escalas sirviendo de información adicional. No obstante, si se considera que los TTPP son egosintónicos, es difícil pensar que el sujeto pueda considerar buena parte de sus comportamientos como inadecuados. Por ello, el entrevistador ha de interpretar muchas veces que lo que para el individuo es adecuado, para el entrevistador es inadecuado. TTPP como el narcisista o el antisocial son claros ejemplos.

En muchas ocasiones se señala que determinados sujetos padecen un TP (tanto profesionales de la salud como medios de comunicación de masas), pero no se especifica qué trastorno. Esto y nada, es lo mismo. ¿Qué tiene que ver un trastorno histriónico con un trastorno esquizoide? ¿O un trastorno paranoide con un trastorno de la personalidad por evitación? La diferencia entre muchos de los trastornos no es especialmente complicada, pero para ello hay que conocer claramente sus características. Así, por ejemplo, un trastorno narcisista no busca necesariamente llamar la atención, sino que se le admire (algo que el DSM-5-MATP no parece entender muy bien). Un trastorno histriónico no busca necesariamente que se le admire, sino llamar la atención (algo que no constituye un problema para el DSM-5-MATP porque eliminó ese TP). Pero, a veces, se plantea que una característica común de ambos trastornos es llamar la atención (p. ej., Dawood et al., 2020). Ahora, la CIE-11 suprime las diversas categorías diagnósticas tomando una única decisión sobre si existe o no un trastorno de la personalidad (sin especificar), luego su gravedad y, finalmente, su cualidad con base en los cinco grandes rasgos. Si nos detenemos en los criterios que tiene que cumplir un individuo para ser diagnosticado con un TP, entramos en el terreno de la incertidumbre y la interpretación. Si los profesionales se quejaban de que era difícil diagnosticar los TTPP con el sistema categorial, ahora se enfrentan a complicaciones adicionales. No sólo es difícil, sino que no hay conceptos claros y operativizables respecto al diagnóstico de un TP por



el sistema dimensional de la CIE-11 al centrar su diagnóstico en el funcionamiento de la personalidad. Y ya vimos anteriormente los numerosos problemas que arrastra dicho concepto.

Queremos también enfatizar, como ya señalamos anteriormente, que el DSM-5 eliminó el Eje II para situar a los TTPP al mismo nivel que el resto de los trastornos mentales, pero, al mismo tiempo, el criterio A (sin una base empírica mínimamente adecuada) pretende captar lo que es exclusivo de la patología de la personalidad o lo que la diferencia de otras formas de psicopatología. ¿En qué quedamos? A veces da la impresión de que hay un tira y afloja entre grupos de presión. Se incluye el criterio A, de base más psicoanalítica, a cambio de incluir el criterio B, de base más empírica. Y, al mismo tiempo, mantenemos algunos TTPP de la edición anterior para contentar también a los clínicos tradicionales.

### **A modo de ejemplo: el trastorno de la personalidad por evitación versus el trastorno de ansiedad social**

El trastorno de la personalidad por evitación (TPE), uno de los TTPP que se han mantenido en el DSM-5/DSM-5-TR, se caracteriza por la inhibición social y la hipersensibilidad a la evaluación negativa, síntomas que son también centrales en el trastorno de ansiedad social (TAS), especialmente cuando el problema es generalizado (TAS-G). Algunos estudios que han intentado diferenciar el TAS del TPE (p. ej., Lampe y Sunderland, 2015) no han tenido mucho éxito. El TAS-G y el TPE constituyen, básicamente, el mismo diagnóstico y no hay ninguna base empírica que permita separarlos como trastornos distintos. Las diferencias que puede haber entre el TAS y el TPE serían muy similares a las que se pudieran dar entre el TAS y el TAS-G.

El problema del doble diagnóstico que ya existía para un mismo grupo de síntomas, el TAS-G y el TPE (Caballo, 2009), no se ha solucionado con la nueva propuesta del DSM-5-MATP (en la CIE-11 ni siquiera aparecería). Cuando se describen los rasgos patológicos siguiendo ese sistema híbrido categorial-dimensional, el TPE se diagnosticaría con los dominios de rasgo de la *Afectividad negativa*, especialmente en las características de la ansiedad, vergüenza, baja autoestima, o del *Desapego*, con las características de evitación de las interacciones sociales, falta de amistades y evitación de la intimidad. Estos aspectos podrían estar describiendo perfectamente al TAS-G. Si el sistema categorial puede servir para diagnosticar este último trastorno, ¿por qué no habría de servir para hacerlo con el TPE? Alguien podría decir que en el caso del TPE se incluiría, además, la *disfunción de la personalidad*. Pero ya hemos visto que este criterio A es redundante respecto a los rasgos patológicos de los TTPP y no aporta nada nuevo. Y hemos visto también que no es exclusivo de los TTPP, sino que está muy relacionado con el resto de los trastornos mentales. ¿Hay algún distintivo clave que nos hemos perdido para poder distinguir ambos diagnósticos? Welander-Vatn *et al.* (2019) encontraron una

relación positiva con el neuroticismo y una asociación negativa con la extraversión tanto del TPE como del TAS en los análisis fenotípicos. Hallaron también un solapamiento genético del TAS y del TPE con estos dos rasgos. Sin embargo, señalan que existían algunas diferencias entre ambos trastornos. Así la correlación negativa con la extraversión era más fuerte para el TPE, mientras que se identificó una correlación positiva más fuerte entre el TAS y el neuroticismo. No obstante, tenemos que decir que la comparación con el TPE fue del TAS, no del TAS-G, con lo que este trabajo no arrojó ninguna luz para diferenciar ambos trastornos.

Algunos estudios han explorado la posible relación entre el funcionamiento de la personalidad, propuesto por el enfoque dimensional del DSM-5, y el TPE. En uno de ellos se demostró una correlación prácticamente inexistente ( $r = 0,01$ ) entre la puntuación global del funcionamiento de la personalidad y los criterios para el TPE del DSM-IV (Hutsebaut *et al.*, 2017) y en otro se informó de correlaciones débiles y moderadas ( $0,17 \leq r \leq 0,44$ ) entre las puntuaciones de los cuatro elementos del funcionamiento de la personalidad y los criterios del DSM-IV para el TPE (Few *et al.*, 2013). Según Buer *et al.* (2020), en el caso de las personas con un diagnóstico de TPE con base en el DSM-IV, la *empatía* fue el elemento con la puntuación de menor deterioro. Este subdominio también ilustra una discrepancia entre la descripción del funcionamiento de la personalidad y los criterios específicos del TPE. Para el deterioro en *empatía*, el criterio diagnóstico A para el TPE es “preocupación por, y sensibilidad ante, la crítica y el rechazo, asociadas con la inferencia distorsionada sobre las perspectivas de los demás como negativas” (APA, 2022, p. 885). Esta declaración parece más descriptiva de las características típicas del TAS. La baja sensibilidad de las medidas del funcionamiento de la personalidad para el TPE cuestiona la idea de un umbral basado en una puntuación global de dicho funcionamiento con fines de cribado para el TPE.

Pasando al nivel clínico y con el objetivo de comprobar posibles ventajas del enfoque dimensional, podríamos intentar diagnosticar el TPE (asumiendo que fuera un trastorno diferente al TAS-G) siguiendo el DSM-5-MATP. Así, se supone que deberíamos evaluar, en primer lugar, el funcionamiento de la personalidad (a pesar de la nula relevancia que ya hemos visto que tiene para el diagnóstico dimensional). Un enfoque a la hora de evaluar los cuatro subelementos podría ser el siguiente:

1. *Identidad* (dominio del *sí mismo*): evaluación de la autoestima (por medio del “Cuestionario de autoestima” de Rosenberg, 1965) y de los sentimientos excesivos de vergüenza (por medio de sus respuestas a una de las dimensiones básicas de la ansiedad social, “Quedar en evidencia o en ridículo”, en la entrevista y en el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” [CASO] [Caballo *et al.*, 2012, 2015]).

2. *Autodirección* (dominio del *sí mismo*): no evaluable de forma explícita; planteamiento de los objetivos personales del tratamiento; la falta de asunción de riesgos personales que implique participar en actividades de contacto interpersonal es algo implícito en el diagnóstico del TPE y del TAS-G. No sería necesario considerar esta parte del funcionamiento de la personalidad.

3. *Empatía* (dominio *interpersonal*): esta área no se encontraría formulada correctamente para el TPE. No es una cuestión de empatía (los pacientes pueden ser muy empáticos con los problemas de los demás), sino que es un temor a la crítica o al rechazo, algo que ya evaluamos de forma rutinaria en el TAS-G.

4. *Intimidación* (dominio *interpersonal*): esta área tampoco está bien expresada para los pacientes con un TPE. El temor a interactuar con personas desconocidas o poco conocidas, así como con personas que les atraen emocionalmente son dos de las dimensiones básicas del TAS evaluadas rutinariamente por el CASO (Caballo *et al.*, 2012, 2015). No necesitamos acudir al funcionamiento de la personalidad para abordar estos temores, especialmente porque los sujetos pueden modificar sus comportamientos en estas dimensiones de forma clara, sin acudir a supuestos cambios en el funcionamiento de su personalidad.

Teniendo en cuenta los subelementos anteriores, deberíamos determinar si la persona presenta un deterioro moderado o superior en al menos dos de dichos elementos, algo que, con toda seguridad, cumplirían los pacientes con un TPE (o un TAS-G) porque son síntomas habituales del trastorno. Hasta aquí el diagnóstico dimensional no parece añadir nada nuevo. Una vez cumplido el criterio A, pasaríamos a decidir si satisface el criterio B con tres o más de los siguientes cuatro rasgos patológicos (uno de los cuales tiene que ser la *Ansiedad*):

1. *Ansiedad* (faceta de la *Afectividad negativa*): síntomas emocionales/fisiológicos y cognitivos típicos de la ansiedad. Común tanto en el TAS como en el TPE. Nada nuevo.

2. *Retraimiento* (faceta del *Desapego*): reticencia a participar en situaciones sociales y evitación de las mismas; falta de iniciación de contactos sociales. Común en el TAS y el TPE. Nada nuevo.

3. *Anhedonia* (faceta del *Desapego*) (esta faceta no parece estar bien formulada para el TPE): falta de disfrute, de participación o de energía en las experiencias de la vida; déficit en la capacidad para sentir placer o de interesarse por las cosas. Nos parece que estas características son más propias del trastorno esquizoide de la personalidad, eliminado del DSM-5-MATP. No creemos que esta sea una característica típica del TPE, aunque eso no impide que algunos sujetos la puedan padecer.

4. *Evitación de la intimidad* (faceta del *Desapego*): evita las relaciones interpersonales íntimas o románticas. Común tanto en el TAS como en el TPE. Nada nuevo.

No comentamos el diagnóstico de la CIE-11 para el TPE porque no tiene nada que ofrecer. Su diagnóstico sería el mismo que para cualquier otro TP basándose en la disfunción de la personalidad (de escasa relevancia para el TPE y, probablemente, para la mayoría de los TTPP). Si utilizáramos los rasgos patológicos opcionales, serían muy similares a los señalados anteriormente desde el DSM-5-MATP. En resumen, el planteamiento dimensional para el TPE no nos ofrece nada novedoso ni útil a la hora de aplicarlo clínicamente a pacientes con dicho trastorno. Si tiene utilidad clínica en

algún otro TP es algo que se tendrá que demostrar, lejos del fanatismo de defender el modelo dimensional de los TTPP a capa y espada.

Finalmente, vamos a describir brevemente una investigación realizada recientemente sobre el tratamiento del TAS en la que se incluyó también una medida del TPE y varias de síntomas relacionados (Caballo *et al.*, 2021; Salazar *et al.*, 2022). En un intento de ver si las características típicas del TPE podían modificarse de la misma forma que se modifican las del TAS al aplicar un programa de tratamiento para la ansiedad social (*Intervención multidimensional para la ansiedad social* [IMAS], Caballo *et al.*, 2018a, 2018b), incluimos una medida pre-postratamiento y seguimiento a los seis meses del TPE, que consistía en poner en una escala Likert de 5 puntos los 7 ítems correspondientes a las preguntas que evaluaban los criterios diagnósticos del TPE en el "Cuestionario de personalidad" (medida de cribado) de la "Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II según el DSM-IV" (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*, SCID-II; First *et al.*, 1997). Los resultados fueron que la puntuación en el TPE seguía las mismas pautas que el resto de las medidas que evaluaban síntomas definitorios del TAS (Caballo *et al.*, 2021) así como síntomas relacionados (p. ej., depresión, preocupaciones, autoestima, etc.), mejorando sus puntuaciones, de forma sustancial, en el postratamiento y en el seguimiento (Salazar *et al.*, 2022), con valores muy grandes del tamaño del efecto ( $d$  de Cohen) del pre al postratamiento ( $d= 1,31$ ) ( $N= 25$ ) y con mejoras incluso a los seis meses respecto al postratamiento (aunque no estadísticamente significativas). Además, las correlaciones de la medida de autoinforme del TPE en la evaluación pretratamiento con dos cuestionarios que evaluaban la ansiedad social en 104 pacientes diagnosticados con TAS fueron elevadas, de 0,66 con el "Cuestionario de ansiedad social" (CASO) y de 0,67 con la "Escala de ansiedad social, de Liebowitz" (LSAS, Liebowitz, 1997), mientras que la correlación entre el CASO y la LSAS era de 0,75 (datos no publicados). Si todos los sujetos que participaron en el programa IMAS hubieran sido diagnosticados con un TAS-G, es probable que las correlaciones entre las medidas de ansiedad social y la del TPE hubieran sido incluso superiores. Nunca hemos encontrado razones para diferenciar el TPE del TAS-G y los resultados de la intervención del programa IMAS parecen apoyar esta perspectiva.

### **Explorando algunos problemas en el tratamiento de los trastornos de la personalidad**

La posible presencia de factores biológicos en los trastornos mentales, en general, y en los TTPP, en particular, no tiene por qué tener implicaciones importantes para el tratamiento. De hecho, todavía no se ha desarrollado ningún fármaco con un efecto específico en ningún TP, ni siquiera para el TLP. Es más, la mayoría de los pacientes con TTPP evolucionan mejor sin medicación (Paris, 2015). En ausencia de tratamientos psicofarmacológicos eficaces específicos para los TTPP,

la terapia psicológica se mantiene como el tratamiento de elección. No obstante, dicho tratamiento se limita, en gran medida, a los pacientes con TLP, pero deja de lado al conjunto de los otros TTPP. Alguien podría pensar que la situación pudiera mejorar al trocear los TTPP en rasgos, facetas y características del funcionamiento de la personalidad. Algunos autores afirman que el considerar la gravedad del TP como eje central del diagnóstico en la CIE-11 permite a los servicios de salud enfocar sus intervenciones de forma más eficaz (Bach y Mulder, 2022). Y estos autores siguen diciendo que “se cree que aquellos con un TP leve tienen defensas más maduras y menos defensas inmaduras, mientras que las personas con TP grave tienen más defensas inmaduras y menos defensas maduras” (p. 554), retornando a una posición psicodinámica que parecía haberse superado en los tiempos de los tratamientos con base en la evidencia empírica. Además, parecería que no importa en absoluto el tipo de TP, sino si este es más grave o leve. Como ya hemos indicado en páginas anteriores, es complicado pensar que tendría que ver, por ejemplo, un trastorno narcisista con un trastorno límite a la hora de intervenir para su modificación, excepto que en la etiqueta de ambos se incluiría el término trastorno de la personalidad

Por otra parte, una de las paradojas de las clasificaciones actuales de los TTPP es que, aunque la razón de ser de su elaboración es facilitar el tratamiento, hay pocas pruebas de que los constructos diagnósticos actuales sean útiles para planificar la intervención o predecir los resultados (Livesley, 2021). Bateman (2011) escribe que está de acuerdo en que sería de gran utilidad para el clínico que el nuevo sistema dimensional ayudara a establecer fórmulas que indicaran tratamientos más específicos, pero, lamentablemente, esto no está sucediendo dado nuestro estado actual de conocimientos. Algunos autores (p. ej., Bach y Mulder, 2022) hacen la valiente sugerencia de que las propias agrupaciones de dominios podrían indicar un modelo de tratamiento, pero sólo citan tratamientos empíricamente validados hace tiempo para un único TP, el TLP. Es más, si nos situáramos en el modelo dimensional, es probable que sólo se ofreciera tratamiento a aquellas personas que se incluyeran en los niveles de trastorno grave de la personalidad (Bateman, 2011). Este autor señala que, casi por definición, esas personas presentarán alteraciones en cuatro o incluso cinco dominios, por lo que no encajarán perfectamente en uno solo. Incluso si algunos pacientes tienen mejor encaje, nuestros tratamientos actuales se han desarrollado para pacientes que cumplen un conjunto de criterios diferente, por lo que es poco probable que los pacientes que encajen en uno de los nuevos dominios pertenezcan al mismo grupo de pacientes que aquel en el que se probaron los tratamientos.

Siguiendo con la propuesta dimensional, algunos autores han alegado que el tratamiento de la disfunción de la personalidad debería dirigirse, generalmente, a los aspectos globales de la disfunción, como los problemas de mentalización, las alteraciones de la identidad y la alexitimia, más que a los rasgos propiamente dichos (Bach y Mulder, 2022). Es decir, que el tratamiento abordaría la comprensión (que no la modificación) de los rasgos, mientras intentaría cambiar la disfunción y las

manifestaciones en términos de la gravedad del TP. No obstante, como ya hemos indicado anteriormente, pensamos que elementos del funcionamiento de la personalidad, como la modificación del SÍ MISMO, centrado en la *identidad* y la *visión de uno mismo*, no parecen ser unos objetivos adecuados del tratamiento farmacológico o del cognitivo conductual. Tampoco el funcionamiento INTERPERSONAL parece ser un objetivo razonable, tal y como está formulado, al centrarse en la *empatía* y la *intimidad*. Ya hemos indicado que se podría pensar que al plantear el área interpersonal como parte esencial del funcionamiento de la personalidad podríamos estar hablando de las habilidades sociales. Este sí sería un objetivo adecuado y operativizable. Pero no, nada más lejos de la realidad. Hablamos de empatía e intimidad, dos conceptos que no forman parte de las dimensiones que conforman habitualmente el constructo de las habilidades sociales (Caballo 1997; Caballo *et al.*, 2017) y que, probablemente, no constituyan los elementos más característicos del funcionamiento interpersonal. Como señalan Gunderson y Zanarini (2011), hacer que un TP se centre en las relaciones interpersonales sería algo lógico, pero esta propuesta es sólo teoría, ya que depende del juicio del clínico el que las relaciones de los pacientes “consigan o no la consideración mutua” (un aspecto de la *intimidad*). Pudiera parecer simple, pero es una evaluación vaga y demasiado subjetiva. Mientras que los terapeutas cognitivo conductuales disponemos de una extensa literatura sobre la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales para numerosos problemas psicológicos, el entrenamiento en empatía o en intimidad no parece disponer de una base mínimamente adecuada. Y es que, por ejemplo, aspectos de esa *intimidad*, como el deseo y la capacidad de cercanía o la consideración mutua reflejada en el comportamiento interpersonal o de la *empatía*, como la comprensión y valoración de las experiencias y motivaciones de los demás (DSM-5-MATP), son objetivos inadecuados y de difícil planteamiento desde la óptica cognitivo conductual (y no digamos nada desde la psicofarmacología). Sin embargo, hay autores que plantean que el criterio A de la propuesta dimensional puede utilizarse de forma dinámica para realizar un seguimiento del funcionamiento clínico, mientras que los rasgos del criterio B permanecen relativamente estables debido a su naturaleza temperamental. Por lo tanto, los rasgos tenderían a ser más o menos resistentes al cambio, mientras que el deterioro funcional de la personalidad sería más maleable (Bach y Tracy, 2021; Wright *et al.*, 2016). En pocas palabras, para estos y otros autores que ya hemos citado anteriormente, la práctica clínica debería prestar cierta atención a la *comprensión* de los rasgos (es decir, el criterio B), mientras se centraría esencialmente en el *cambio* del funcionamiento básico de la personalidad (criterio A).

Es difícil de entender que algunos autores esperen que el funcionamiento general de la personalidad sea especialmente útil para la gestión clínica y la toma de decisiones (p. ej., el pronóstico y el mejor tratamiento) (Bach y Simonsen, 2021). Entonces nos planteamos si los tratamientos basados en la evidencia sirven para algo o si nos tenemos que replantear las intervenciones en el caso de los TTPP y considerar

sólo el juicio clínico para así poder decir que el tratamiento ha funcionado y que el funcionamiento de la personalidad ha mejorado. Pero, además, cuando esos autores plantean la posible nueva utilidad clínica de abordar el funcionamiento de la personalidad como objetivo de la terapia en los TTPP, no consideran el tratamiento de los trastornos narcisista, antisocial u obsesivo compulsivo de la personalidad, para los que no hay actualmente tratamientos empíricamente validados y donde se podría comprobar la supuesta ventaja de abordar el funcionamiento de la personalidad, sino que se dirigen al único TP donde ya tenemos tratamientos validados, el TLP, y para el que la inclusión del funcionamiento de la personalidad, como parte de esos tratamientos, tendría que demostrar, si eso fuera posible, su utilidad. Que la nueva propuesta dimensional mejore en algo tratamientos claramente eficaces, como la terapia dialéctica conductual para el TLP, necesitaría mucha investigación y no está nada claro que los terapeutas cognitivo conductuales estén dispuestos a incluir en su práctica clínica conceptos tan etéreos como es el “funcionamiento de la personalidad”, con sus elementos constitutivos. Y más aún si se supone, como señalan algunos autores (p. ej., Bach y Simonsen, 2021), que un alto nivel de funcionamiento de la personalidad se basa en conceptos (tan difusos) como defensas maduras, integración de la identidad, relaciones objetales y pruebas de realidad. ¿Qué terapeuta cognitivo conductual va a asumir estas ideas? Es más, los autores anteriores proponen unos conceptos sobre la gravedad del funcionamiento de la personalidad centrada en el sí mismo, según la CIE-11, que se plantearía de la siguiente manera: la gravedad leve sería cuando la experiencia de uno mismo está hasta cierto punto mal integrada - algo incoherente, superficial o discontinua, y contradictoria, con distorsiones significativas, mientras que la gravedad moderada sería cuando la experiencia de uno mismo está mal integrada, es inestable, incoherente, extremadamente superficial o sistemáticamente grandiosa o devaluada y, finalmente, la gravedad extrema sería cuando la experiencia de uno mismo está desintegrada - es muy incoherente, especialmente superficial, discontinua y caóticamente inestable, con poca o ninguna sensación de tener un “yo” central. Y la gota que colma el vaso es la propuesta adicional de que los clínicos pueden beneficiarse de la supervisión y la terapia personal cuando trabajan con pacientes con TTPP graves, algo que sería menos aplicable si hablamos de TTPP más leves. Es de suponer que esta propuesta se refiere a la terapia psicodinámica, porque, aunque Linehan (2015) hace una propuesta similar en su terapia dialéctica conductual, no es fácil encontrar a psicólogos que trabajen con personas con TLP y que asuman una terapia personal después de tratar a pacientes con TLP especialmente graves.

A pesar de las críticas que tiene la propuesta del funcionamiento de la personalidad, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los TTPP, todavía hay autores que insisten en que el modelo dimensional propuesto por la CIE-11 es no solamente completo sino clínicamente útil (Famam y Zamanlu, 2018; Figueroa, 2018; Hopwood *et al.*, 2020). Autores convencidos de que la propuesta de la CIE-11 conecta la clasificación psiquiátrica de las manifestaciones de los TTPP con la evidencia científica. ¿En serio? Para ellos, los cambios en la CIE-11 mejorarán

la eficacia diagnóstica y la atención a los pacientes, al tiempo que estimularán la investigación para seguir mejorando la evaluación y el tratamiento de la psicopatología. Volvemos a repetir, ¿en serio? Algunos autores van más allá y entre los mecanismos de cambio que proponen desde el planteamiento dimensional de los TTPP se encuentra mejorar el ambiente social de la persona con un TP, incluyendo la situación socioeconómica, las condiciones de vida y de trabajo, los apoyos sociales formales e informales, la red social, la integración social, así como la calidad de las relaciones interpersonales en la vida profesional y personal (Kramer *et al.*, 2022). En definitiva, estos autores proponen que se debería adoptar cada vez más un enfoque teórico-integrativo cuyo objetivo fuera utilizar conceptos pertenecientes a multitud de teorías, prácticas clínicas y contextos. Esto parece más bien un enfoque tóxico-integrativo.

Para finalizar este apartado, quisiéramos resaltar la confusa perspectiva que manifiestan muchos de los defensores del nuevo modelo dimensional de los TTPP. Creemos que ese no es el camino para encontrar tratamientos más sólidos y eficaces. La mayoría de las intervenciones clínicas actuales no se dirigen a dominios de rasgos amplios, como el neuroticismo, sino más bien a cambiar los comportamientos más específicos representados por “rasgos de orden inferior”, como la ansiedad, la evitación, la inestabilidad emocional o la impulsividad (Livesley, 2021). Pero resulta que habitualmente estos son síntomas no sólo de los TTPP sino de muchos trastornos mentales para los que la terapia cognitivo conductual se ha mostrado muy eficaz, con intervenciones empíricamente validadas. Pero lo que hemos visto hasta ahora como aportación al tratamiento de los TTPP desde el enfoque dimensional es francamente decepcionante. ¡Para este viaje no hacían falta tantas alforjas!

### **¿Cómo hemos llegado a la situación actual?**

La ineficacia de los tratamientos, tanto psicológicos como farmacológicos, la comorbilidad de los síntomas de algunos TTPP y la dificultad de su estudio han conducido a una insatisfacción con el área. En el caso de los psiquiatras, es difícilmente soportable mantener todo un grupo de trastornos para los que no existen tratamientos farmacológicos. En el caso de los psicólogos, la consideración de la personalidad (y, concomitantemente, de sus trastornos) como algo que suele mantenerse constante a lo largo de la vida y que es difícilmente modificable, no encaja muy bien con la concepción de tratamiento de los problemas que no tienen una base biológica demostrada. Hay que decir, no obstante, que en el estudio de los rasgos de la personalidad siempre se ha mantenido una base biológica -todavía por descubrir- como parte de su explicación. Otra cuestión es que hay psicólogos que cuestionan la existencia de la personalidad o de rasgos biológicamente determinados.

Curiosamente, existen numerosas publicaciones, tanto bajo el formato de artículos como de libros, dedicados a la clasificación dimensional de los TTPP, especialmente en los últimos años. No entendemos muy bien la razón de esta



acumulación de escritos que no tienen una aplicación clínica clara, salvo en lo que podría suponer un campo relativamente inexplorado que es capaz de contener y disparar numerosas investigaciones, sin saber muy bien si es para el progreso del área o para satisfacer la curiosidad (y, en ocasiones, aumentar el currículo) de los investigadores.

Una de las críticas que ha recibido la clasificación categorial de los TTPP, como hemos señalado anteriormente, ha sido el importante solapamiento de los diferentes trastornos y que, por lo tanto, muchos pacientes diagnosticados con un TP tienen, además, otros TTPP comórbidos. Se critica también que la clasificación de la CIE-10 (y, por extensión del DSM-IV) ha conllevado el infradiagnóstico de los TTPP en personas con otros trastornos mentales, que aunado al entrenamiento especializado que se requiere para su aplicación por parte de los profesionales de la salud mental, ha llevado a cuestionar el uso de estas categorías diagnósticas discretas por su falta de validez e insuficiente utilidad clínica (Tyrer *et al.*, 2015). Este es un problema artificial. La falta de conocimiento de los profesionales sobre los síntomas de los TTPP no debería poner en cuestión el diagnóstico de éstos. Esta situación se remedia con más estudio y entrenamiento, no cambiando un sistema de clasificación categorial por un modelo dimensional más complejo, más difuso y, una vez más repetimos, con dudosa utilidad a la hora de la práctica clínica.

### **¿Es útil mantener el diagnóstico de los trastornos de la personalidad?**

Desde nuestro punto de vista, creemos que se debería mantener el diagnóstico de TTPP específicos. La utilidad de diagnósticos concretos como los trastornos antisocial, narcisista o límite parece clara. La falta de tratamiento eficaz de los dos primeros sólo revelaría nuestra ignorancia actual para abordarlos, pero no por ello tendrían que dejar de diagnosticarse. Es como si enfermedades médicas para las que no existe tratamiento hoy día dejasen de ser diagnosticadas. El mantenimiento de esos diagnósticos ayudaría a que siguiera la investigación sobre ellos para que algún día pudiéramos conseguir unos tratamientos adecuados y eficaces. Como señalan algunos autores, la psicopatía es una construcción social de psicólogos y psiquiatras clínicos y/o forenses en su esfuerzo por describir un síndrome de personalidad de importancia social sustancial. “El síndrome psicopático es probablemente la constelación más peligrosa y virulenta de rasgos de personalidad que uno pueda imaginar, de ahí el interés, desde hace tiempo, en identificar su presencia” (Crego y Widiger, 2015, p. 674). Algo parecido se podría decir del trastorno narcisista de la personalidad. Y aunque no sean tratables, al menos por ahora, su diagnóstico sería de gran utilidad para proteger a la sociedad. Por ejemplo, impedir que un sujeto con un TP antisocial o narcisista sea presidente de un país o de una gran empresa o que tenga puestos importantes de mando en el ejército o en la policía. No es baladí que los profesionales de la salud mental pudiéramos anticipar las nefastas consecuencias que una figura pública, con este tipo de TP, en puestos relevantes de una sociedad, pudiera causar a la misma. Y aunque se podría objetar sobre la utilización del

término trastorno, el cambio de nombre sería de menor importancia, siempre que la investigación avanzara en el conocimiento, prevención y posible tratamiento de esas condiciones psicológicas.

Por otra parte, tenemos que insistir en la utilización de criterios conductuales específicos como aspectos clave para diagnosticar los TTPP, especialmente los trastornos antisocial y narcisista. Los autoinformes de este tipo de sujetos son poco fiables y la única forma de conseguir un diagnóstico veraz son los comportamientos observables, que pueden obtenerse también mediante la información de personas de su entorno. El nuevo modelo dimensional no parece ir por ese camino. Widiger y Hines (2022) señalan que los conjuntos de criterios híbridos del DSM-5-MATP constituyen un alejamiento de los criterios conductualmente específicos del DSM-IV hacia descriptores de rasgos de la personalidad. Y esto no nos parece la mejor manera de avanzar en el diagnóstico aplicado de los TTPP y menos con los trastornos que hemos señalado anteriormente. Los defensores del modelo dimensional reconocen, al menos una gran parte, que no existen terapias empíricamente validadas para abordar tanto los rasgos psicopatológicos como la disfunción de la personalidad.

### **El sombrío horizonte del diagnóstico de los trastornos de la personalidad**

Que algunos TTPP caracterizan y explican, con relativa claridad, el comportamiento de toda una serie de personas parece algo obvio. O al menos lo parecía, hasta la propuesta del modelo dimensional. Los prototipos de los trastornos narcisista, antisocial, límite, evitativo y obsesivo-compulsivo de la personalidad describen y anticipan, en buena medida, el comportamiento de los individuos diagnosticados con esos trastornos. Pero los eliminamos porque no somos capaces de abordarlos con eficacia o los describimos con base en características forzadas y distorsionadas para que encajen en un modelo (el modelo de los cinco factores, FFM) que hemos convertido en la panacea para explicar un campo que se nos hace difícil manejar. A lo mejor la solución es otra. El modelo dimensional propuesto por el DSM-5-MATP y la CIE-11 no parece la mejor opción para ayudar a los clínicos a diagnosticar y tratar los TTPP. Es una forma compleja, rebuscada y difícil de poner en práctica por los profesionales de la salud, tanto a nivel de evaluación como de tratamiento. Y, de hecho, desde la aparición del DSM-5-MATP en el año 2013, no hemos encontrado aportaciones relevantes para mejorar la intervención sobre los TTPP. Es más, aceptando la inane aportación del modelo dimensional al tratamiento de dichos trastornos, su evaluación tampoco es que se vea mejorada. El confuso, vago y poco operativo criterio A del DSM-5-MATP o característica principal (y casi única) de la CIE-11 convierten al diagnóstico dimensional de los TTPP en una tarea infructuosa, sesgada e innecesariamente complicada y poco práctica. Da la impresión de que el propósito de la CIE-11 es que cualquier médico general pueda diagnosticar un TP con base en el funcionamiento de la personalidad y luego, si hay tiempo y algún especialista en salud mental, se pueda definir un poco más, con los

rasgos patológicos en juego, el tipo concreto de TP que la persona padece. Realmente parece una propuesta poco operativa, difícilmente pragmática. No creemos que el criterio del funcionamiento de la personalidad sirva para diagnosticar nada patológico. Tal vez que el individuo no funciona todo lo bien que sería de desear (siempre desde la perspectiva subjetiva del evaluador). Pero hasta ahí, nada más. Y esto no parece que se pueda considerar como un avance científico en el diagnóstico de los TTPP.

Por otra parte, el criterio B del DSM-5-MATP o los rasgos patológicos opcionales de la CIE-11, no parecen solucionar algunas de las deficiencias que tanto se criticaban del diagnóstico categorial de la sección II del DSM-5 o de la CIE-10. Por ejemplo, se denostaba el solapamiento que había entre diferentes TTPP y que, con frecuencia, un paciente no sólo era diagnosticado con un solo TP, sino con varios. En el diagnóstico dimensional por medio de rasgos patológicos, los dominios de rasgos (cinco en el DSM-5-MATP y seis en la CIE-11) constituyen una base común para el diagnóstico de todos los TTPP, con lo que el solapamiento entre ellos y el diagnóstico de varios TTPP al mismo tiempo se convertirá en algo consuetudinario. Da la impresión de que más que solucionar el problema que nos ocupa, se va a agravar.

Por todo lo anterior, el horizonte que se presenta para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los TTPP parece bastante sombrío. No se pueden solucionar los déficits que presenta un área de la salud mental añadiendo nuevos problemas y no resolviendo los antiguos. Por todo ello, creemos que el planteamiento dimensional de los TTPP no ayuda a mejorar el tratamiento de los TTPP y convierte a su evaluación y diagnóstico en una tarea confusa. Bien es cierto que dicho planteamiento da pie a numerosas investigaciones, a nivel más teórico que práctico. Pero que todo ello sirva para avanzar en el terreno del tratamiento de los TTPP es algo que todavía está por ver. Y no parece que estas posibles aportaciones se den mucha prisa. Los clínicos se enfrentan a un futuro dimensional sombrío, salvo que hagan oídos sordos a esta propuesta y continúen con el diagnóstico categorial de los TTPP, tal y como mantiene la sección II del DSM-5, que es lo que parece que están haciendo a la hora del tratamiento (p. ej., Emmelkamp y Meyerbröcker, 2020; Feinstein, 2022; Sperry, 2016; Welander-Vatn *et al.*, 2019). Y no sólo a la hora del tratamiento, sino que, cuando se compara el diagnóstico categorial con el dimensional a nivel de estudiantes o usuarios (pacientes y familias), el primero es mejor valorado que el segundo (p. ej., Cano y Sharp, 2023). Estos autores alegan que sus hallazgos hablan del valor de una etiqueta diagnóstica clara y sugieren que las futuras revisiones del DSM deberían seguir centrándose en la simplicidad de la comunicación, algo que el modelo dimensional no parece tener. La propuesta que nuestro equipo de investigación realizó con el "Cuestionario exploratorio de la personalidad" (CEPER) (Caballo *et al.*, 2011) podría ayudar en ese camino de la simplicidad y, hasta cierto punto, dimensionalidad en la evaluación de los TTPP. Esa es nuestra aportación. Animamos a los investigadores a que hagan las

suyas y no se limiten a considerar al modelo de los cinco factores (FFM) como la panacea para el diagnóstico de los TTPP, porque no lo es.

## Conclusiones

A través de las líneas anteriores hemos intentado expresar nuestra perspectiva sobre cómo se está desarrollando el área de los TTPP y no somos muy optimistas. Existen numerosas investigaciones, pero se desenvuelven más a un nivel teórico que práctico. Pocas aportaciones realistas, si es que hay alguna, se han hecho a nivel de tratamiento. Y cuando se aborda este tema, todas sacan a la luz los tratamientos que ya conocíamos, desde antes de la propuesta dimensional, de un único TP, el TLP. Insistimos en lo que ya dijimos anteriormente, “para este viaje no hacían falta tantas alforjas”. Pero lo que es peor aún, nos dirigimos a un diagnóstico temprano y generalizado de TP si seguimos el requisito principal de la CIE-11. Una gran parte de la población podría ser diagnosticada con una disfunción de la personalidad desde la más tierna infancia, por sorprendente que esto pueda parecer. Algunos investigadores abogan por ese diagnóstico temprano de dificultades de la personalidad y por el consiguiente tratamiento desde la infancia, a través de la adolescencia y hasta la vida adulta (p. ej., Newton-Howes *et al.*, 2015). El argumento es que la disfunción de la personalidad pudiera estar asociada con la mayor parte de los trastornos mentales, por lo que el tratamiento mataría dos pájaros de un tiro (por poco ecológico que pueda parecer). Impediría, por un lado, que la disfunción de la personalidad se convirtiera en un TP y, por otro, estaría dificultando el desarrollo de otros trastornos mentales. Su propuesta sería la de una sociedad utópica, donde la atención psicológica estaría a disposición de todo el mundo, todo el tiempo y con todos los recursos.

Con base en el criterio del funcionamiento de la personalidad el diagnóstico de TP podría ser generalizado y si una persona no tiene un TP, raro es que se salve de tener una dificultad de la personalidad. Cuando no sepamos que le pasa a una persona, pero tiene algún problema leve, siempre nos queda el recurso de diagnosticarle un problema de personalidad. Y si es un paciente que sigue un tratamiento, pero mejora lentamente, puede ser que tenga un problema de personalidad. O si, a pesar del tratamiento, no mejora, puede ser que tenga un problema de personalidad. Es más, podemos retrotraernos a la época en la que se hablaba de la “personalidad neurótica de nuestro tiempo” y, modificando un poco el título, podríamos actualizarlo para diagnosticar masivamente la “personalidad disfuncional de nuestra época”.

Para finalizar este trabajo, quisiéramos reflexionar un poco y señalar que, si bien es cierto que existen toda una serie de problemas con el diagnóstico categorial de los TTPP, también existen con el resto de los trastornos mentales. Y si queremos considerar a los TTPP al mismo nivel que los demás trastornos, debemos hacerlo también a la hora de la evaluación y el tratamiento. Como ya se ha dicho, la clasificación de los TTPP tiene que dirigirse hacia un modelo ateorico con base

empírica, que ha sido durante mucho tiempo el objetivo de la nomenclatura psiquiátrica (Widiger y Hines, 2022). Muchos psicólogos cognitivo conductuales utilizamos el análisis funcional como la herramienta principal de evaluación (y comprensión) de los problemas psicológicos, incluyendo los TTPP. Como señalaban Westen y Arkowitz-Westen (1998), una evaluación funcional de la personalidad sería compatible tanto con el enfoque categorial como con el dimensional y ante un determinado comportamiento del paciente se plantearían cuestiones del tipo, ¿bajo qué circunstancias es probable que ocurran patrones cognitivos, afectivos, motivacionales o conductuales disfuncionales? o preguntas más específicas para comportamientos concretos, como ¿es vulnerable a sentirse humillado o avergonzado?, ¿esto sucede principalmente con los iguales, las figuras de autoridad o las relaciones románticas? ¿Responde el paciente a la vergüenza o a la humillación devaluando a los demás, devaluándose a sí mismo o ambas cosas? Este enfoque sería clínicamente útil y podría constituir una evaluación fiable, utilizando métodos de diagnóstico que reflejan la forma en que los clínicos valoran la personalidad en la práctica. No obstante, la ayuda de una clasificación diagnóstica útil, sencilla, amigable y de fácil comunicación sería siempre bienvenida en este campo. Esperemos que el futuro del área de los TTPP sea un poco más diáfano que el sombrío panorama que se nos presenta actualmente.

## Referencias

- American Psychological Association (2018). *APA dictionary of psychology*. <https://dictionary.apa.org/personality>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III; 3ª ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III-R; 3ª ed. rev.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV; 4ª ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5; 5ª ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.- Text Rev; DSM-5-TR). American Psychiatric Association.
- Bach, B., Kramer, U., Doering, S., di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., De Panfilis, C., Schmahl, C., Swales, M., Taubner, S. y Renneberg, B. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: a European perspective on challenges and opportunities. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9, 12. doi: 10.1186/s40479-022-00182-0
- Bach, B. y Mulder, R. (2022). Clinical implications of ICD-11 for diagnosing and treating personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 24, 553-563.
- Bach, B., Sellbom, M., Skjernov, M. y Simonsen E. (2018). ICD-11 and DSM-5 personality trait domains capture categorical personality disorders: finding a common ground. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(5), 425-434. doi: 10.1177/0004867417727867

- Bach, B. y Simonsen, S. (2021). How does level of personality functioning inform clinical management and treatment? Implications for ICD-11 classification of personality disorder severity. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(1), 54-63. doi: 10.1097/YCO.0000000000000658.
- Bach, B. y Tracy, M. (2022). Clinical utility of the alternative model of personality disorders: a 10th year anniversary review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4), 369-379.
- Bateman, A. W. (2011). Throwing the baby out with the bathwater? *Personality and Mental Health*, 5, 274-280. doi: 10.1002/pmh.184
- Buer Christensen, T., Hummelen, B., Paap, M. C. S., Eikenaes, I., Germans Selvik, S., Kvarstein, E., Pedersen, G., Bender, D. S., Skodol, A. E. y Nysæter, T. E. (2020). Evaluation of diagnostic thresholds for criterion A in the alternative DSM-5 model for personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 34 (Supl. C), 40-61.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (dir.) (2009). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Síntesis.
- Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Hofmann, S. G. y CISO-A Research Team (2015). Psychometric properties of an innovative self-report measure: the Social Anxiety Questionnaire for adults. *Psychological Assessment*, 27(3), 997-1012.
- Caballo, V. E., Guillén, J. L. y Salazar, I. C. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40, 319-327.
- Caballo, V. E., Guillén, J. L., Salazar, I. C. y Irurtia, M. J. (2011). Estilos y trastornos de personalidad: características psicométricas del "Cuestionario exploratorio de personalidad-III" (CEPER-III). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19(2), 277-302.
- Caballo, V. E., Ruiz, E. y Salazar, I. C. (en prensa). Trastornos de la personalidad. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (3ª ed.). Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Curtiss, J., Gómez Araujo, R. B., Rossitto, A. M., Coello, M. F., Herrera Puente, J. S., Gamarra, O., Sanguino Andrés, R., Arias, V. B., Hofmann, S. G. y Equipo de investigación IMAS (2021). Aplicación internacional del programa "Intervención multidimensional para la ansiedad social" (IMAS): I. Eficacia del tratamiento en pacientes con ansiedad social. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(3), 517-547. doi: 10.51668/bp.8321301s
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y CISO-A España, Equipo de Investigación (2017). Desarrollo y validación de un nuevo instrumento para la evaluación de las habilidades sociales: el "Cuestionario de habilidades sociales (CHASO)". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(1), 5-24.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Garrido, L. (2018). *Programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS): libro del paciente*. Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Garrido, L., Irurtia, M. J. y Hofmann, S. H. (2018). *Programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS): libro del terapeuta*. Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y CISO-A Research Team (2012). The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of

- social anxiety: the Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior Therapy*, 43, 313-328.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 401-422.
- Cano, K. y Sharp, C. (2023). A consumer perspective on personality diagnostic systems: one size does not fit all. *Journal of Personality Disorders*, 37(3), 263-284.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Psychological Assessment Resources
- Costa, P. T. y Widiger, T. A. (1994). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. American Psychological Association. doi: 10.1037/10140-000
- Crego, C. y Widiger, T. A. (2015). Psychopathy and the DSM. *Journal of Personality*, 83(6), 665-677.
- Dawood, S., Wu, L. Z., Bliton, C. F. y Pincus, A. L. (2020). Narcissistic and histrionic personality disorders. En C. W. Lejuez y K. L. Gratz (dirs.), *The Cambridge handbook of personality disorders* (pp. 277-291). Cambridge University Press.
- Emery, L. T., Evans, C. M., Dimitrova, J., O'Keefe, C. y Simms, L. J. (2023). Understanding the association between normal and maladaptive personality traits: replication and extension of Morey et al. (2020). *Journal of Personality*, 00, 1-15. doi: 10.1111/jopy.12904
- Emmelkamp, P. M. G. y Meyerbröcker, K. (2020). *Personality disorders* (2ª ed.). Routledge.
- Fang, S., Ouyang, Z., Zhang, P., He, J., Fan, L., Luo, X., Zhang, J., Xiong, Y., Luo, F., Wang, X., Yao, S. y Wang, X. (2021). Personality Inventory for DSM-5 in China: evaluation of DSM-5 and ICD-11 trait structure and continuity with personality disorder types. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 635214. doi: 10.3389/fpsy.2021.635214
- Farnam, A. y Zamanlu, M. (2018). Personality disorders: the reformed classification in International Classification of Diseases-11 (ICD-11). *Indian Journal of Social Psychiatry*, 34, S49-53.
- Feinstein, R. E. (2022). *Personality disorders*. Oxford University Press.
- Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. P., Collins, B. y MacKillop, J. (2013). Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 1057-1069. doi: 10.1037/a0034878
- Figueroa Cave, G. (2018). Una nueva propuesta de clasificación de los trastornos de personalidad: la clasificación internacional de enfermedades CIE-11. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(4), 260-268.
- First, M. B. (2010). Commentary on Krueger and Eaton's "Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology": real-world considerations in implementing an empirically based dimensional model of personality in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(2), 123-126.
- First, M. B., Pincus, H. A., Levine, J. B., Williams, J. B. W., Ustun, B. y Peele, R. (2004). Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 161(6), 946-954. doi: 10.1176/appi.ajp.161.6.946
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. American Psychiatric Association.

- Gunderson, J. G. y Zanarini, M. C. (2011). Commentary: deceptively simple - or radical shift? *Personality and Mental Health, 5*, 260-262.
- Herpertz, S. C., Huprich, S. K., Bohus, M., Chanen, A., Goodman, M., Mehlum, L., Moran, P., Newton-Howes, G., Scott, L. y Sharp, C. (2017). The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 31*(5), 577-589.
- Hopwood, C. J., Bagby, R. M., Gralnick, T., Ro, E., Ruggero, C., Mullins-Sweatt, S., Kotov, R., Bach, B., Cicero, D. C., Krueger, R. F., Patrick, C. J., Chmielewski, M., DeYoung, C. G., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Ivanova, M. Y., Litzman, R. D., Pincus, A. L., ... Zimmermann, J. (2020). Integrating psychotherapy with the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *Journal of Psychotherapy Integration, 30*(4), 477-497. doi: 10.1037/int0000156
- Huprich, S. K. (2020). Personality disorders in the ICD-11: opportunities and challenges for advancing the diagnosis of personality pathology. *Current Psychiatry Reports, 22*, 40. doi: 10.1007/s11920-020-01161-4
- Hutsebaut, J., Kamphuis, J. H., Feenstra, D. J., Weekers, L. C. y De Saeger, H. (2017). Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Personality Disorders, 8*, 94-101. doi: 10.1037/per0000197
- Jang, K. L. y Choi, F. (2020). Issues and new directions in personality disorder genetics. En C. W. Lejuez y Gratz, K. L. (dirs.), *The Cambridge handbook of personality disorders*. Cambridge University Press.
- Kramer, U., Eubanks, C. F., Bertsch, K., Herpertz, S. C., McMain, S., Mehlum, L., Renneberg, B. y Zimmermann, J. (2022). Future challenges in psychotherapy research for personality disorders. *Current Psychiatry Reports, 24*, 613-622.
- Lampe, L. y Sunderland, M. (2015). Social phobia and avoidant personality disorder: similar but different? *Journal of Personality Disorders, 29*(1), 115-130.
- Levin-Aspenson, H. F., Khoo, S., Stanton, K., King, B. y Zimmerman, M. (2023). A bridge between DSM-5 Section II personality disorder criteria and ICD-11 personality disorder trait domains. *Journal of Personality Disorders, 37*(3), 317-336. doi: 10.1521/pedi.2023.37.3.317
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry, 22*, 141-173. doi: 10.1159/000414022
- Linehan, M. M. (2015). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford.
- Livesley, W. J. (2021) Why is an evidence-based classification of personality disorder so elusive? *Personality and Mental Health, 15*, 8-25. doi: 10.1002/pmh.1471
- Matthews, G., Deary, I. J. y Whiteman, M. C. (2003). *Personality traits* (2ª ed.). Cambridge University Press.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T., Jr. (2003). *Personality in adulthood: a five-factor theory perspective* (2ª ed.). Guilford.
- Miller, J. D., Sleep, C. y Lynam, D. R. (2018). DSM-5 alternative model of personality disorder: testing the trait perspective captured in criterion B. *Current Opinion in Psychology, 21*, 50-54.
- Millon, T. (1994). *MCMI-III. Manual. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. National Computer Systems.
- Millon, T. y Davis, R. (2000). *Personality disorders in modern life*. Wiley.



- Millon, T. y Escovar, L. A. (1996). La personalidad y los trastornos de la personalidad: una perspectiva ecológica. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (vol. 2; pp. 3-33). Siglo XXI.
- Millon, T. y Everly, G. S. (1985). *Personality and its disorders*. Wiley.
- Morey, L. C. (2019). Thoughts on the assessment of the DSM-5 alternative model for personality disorders: comment on Sleep *et al.* (2019). *Psychological Assessment, 31*(10), 1192-1199. doi: 10.1037/pas0000710
- Morey, L. C., Good, E. W. y Hopwood, C. J. (2020). Global personality dysfunction and the relationship of pathological and normal trait domains in the DSM-5 alternative model for personality disorders. *Journal of Personality, 90*, 34-46. doi: 10.1111/jopy.12560
- Newton-Howes, G., Clark, L. A. y Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. *Lancet, 385*, 727-734.
- Oldham, J. M. & Morris, L. B. (1995). *The new personality self-portrait*. Bantam.
- O'Connor, B. P. y Dyce, J. A. (2001). Personality disorders. En M. Hersen y V. B. van Hasselt (dirs.), *Advances in abnormal psychology* (2ª ed., pp. 399-417). Kluwer/Plenum.
- Paris, J. (2015). Clinical implications of biological factors in personality disorders. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 56*(2), 263-266
- Phares, E. J. (1988). *Introduction to personality* (2ª ed.). Scott, Foresman and Co.
- Pincus, A. L., Cain, N. M. y Halberstadt, A. L. (2020). Importance of self and other in defining personality pathology. *Psychopathology, 53*(3-4), 133-140. doi: 10.1159/000506313
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Ruiz, E., Salazar, I. C. y Caballo, V. E. (2012). Inteligencia emocional, regulación emocional y estilos/trastornos de personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 20*(2), 281-304.
- Salazar, I. C., Caballo, V. E., Arias, V. B., Curtiss, J., Rossitto, A. M., Gómez Araujo, R. B., Herrera Puente, J. S., Coello, M. F., Gamarra, O., Sanguino Andrés, R., Hofmann, S. G. y Equipo de investigación IMAS (2022). Aplicación internacional del programa "Intervención multidimensional para la ansiedad social" (IMAS): II. Eficacia del tratamiento para problemas relacionados con la ansiedad social. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 30*(1), 19-49. doi: 10.51668/bp.8322102s
- Sharp, C. y Wall, K. (2021). DSM-5 level of personality functioning: refocusing personality disorder on what it means to be human. *Annual Review of Clinical Psychology, 17*(1), 313-337. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*(1), 317-344. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131
- Sleep, C. E. y Lynam, D. R. (2022). The problems with criterion A: a comment on Morey *et al.* (2022). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 13*(4), 325-327. doi: 10.1037/per0000585
- Sleep, C. E., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Crowe, M. L. y Miller, J. D. (2019a). Difficulties with the conceptualization and assessment of criterion A in the DSM-5 alternative model of personality disorder: a reply to Morey (2019). *Psychological Assessment, 31*(10), 1200-1205. doi: 10.1037/pas0000758
- Sleep, C. E., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Crowe, M. L. y Miller, J. D. (2019b). An evaluation of DSM-5 section III personality disorder criterion A (impairment) in accounting for Psychopathology. *Psychological Assessment, 31*(10), 1181-1191.

- Sleep, C. E., Phillips, N. L., Du, T. V., Vize, C., Lynam, D. R. y Miller, J. D. (2024). Examining the structure of personality dysfunction. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 15(2), 110-121. doi: 10.1037/per0000648
- Somma, A., Krueger, R. F., Markon, K. E. y Fossati, A. (2019). The replicability of the Personality Inventory for DSM-5 domain scale factor structure in U.S. and non-U.S. samples: a quantitative review of the published literature. *Psychological Assessment*, 31(7), 861-877. doi: 10.1037/pas0000711
- Sperry, L. (2016). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-5 personality disorders* (3ª ed.). Routledge.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R. y ICD-11 Working Group for the Revision of Classification of Personality Disorders (2011). Reclassifying personality disorders. *Lancet*, 377(9780), 1814-1815. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61926-5
- Tyrer, P., Reed, G. M. y Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*, 385, 717-726.
- Welander-Vatn, A., Torvik, F. A., Czajkowski, N., Kendler, K. S., Reichborn-Kjennerud, T., Knudsen, G. P. y Ystrom, E. (2019). Relationships among avoidant personality disorder, social anxiety disorder, and normative personality traits: a twin study. *Journal of Personality Disorders*, 33(3), 289-309.
- Westen, D. y Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1767-1771. doi: 10.1176/ajp.155.12.1767
- Widiger, T. A. y Hines, A. (2022). The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: alternative model of personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4), 347-355. doi: 10.1037/per0000524
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research*. World Health Organization.
- World Health Organization (2024). *ICD-11. International classification of diseases 11th revision. The global standard for diagnostic health information (version: 01/2024)*. <https://icd.who.int/en>
- Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., Skodol, A. E. y Morey, L. C. (2016). Longitudinal validation of general and specific structural features of personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(8), 1120-1134. doi: 10.1037/abn0000165

RECIBIDO: 10 de enero de 2024

ACEPTADO: 3 de marzo de 2024

**Anexo 1**  
**Abreviaturas utilizadas con frecuencia en el artículo**

Abreviatura	Significado
CIE	Clasificación internacional de enfermedades
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
DSM-5-MATP	Modelo alternativo de los trastornos de la personalidad del DSM-5
FFM	Modelo de los cinco factores ( <i>Five-factor model</i> )
TPE	Trastorno de la personalidad por evitación
TAS	Trastorno de ansiedad social
TAS-G	Trastorno de ansiedad social de tipo generalizado
TLP	Trastorno límite de la personalidad
TTPP	Trastornos de la personalidad
TP	Trastorno de la personalidad

## Anexo 2

### Muestra de ítems del CEPER-III

#### CUESTIONARIO EXPLORATORIO DE PERSONALIDAD-III (CEPER-III)

(Caballo, Guillén, Salazar e Irurtia, 2011)

Responde señalando con una **X** en la casilla correspondiente el grado en que cada uno de los comportamientos, pensamientos o sentimientos incluidos en el cuestionario son característicos o propios de ti, siguiendo la siguiente puntuación:

- 1 = *Nada* característico de mí  
 2 = *Muy poco* característico de mí  
 3 = *Poco* característico de mí  
 4 = *Moderadamente* característico de mí  
 5 = *Bastante* característico de mí  
 6 = *Muy* característico de mí  
 7 = *Totalmente* característico de mí

1. Creo que hay personas que intentan aprovecharse de mis ideas o de lo que hago para su propio beneficio.	1	2	3	4	5	6	7
2. No me atraen las fiestas ni las reuniones sociales.	1	2	3	4	5	6	7
3. Con frecuencia tengo pensamientos extraños de los que me gustaría poder librarme.	1	2	3	4	5	6	7
4. Cuando quiero algo intento conseguirlo como sea, sin importar si alguien sale perjudicado.	1	2	3	4	5	6	7
5. A veces tengo explosiones de ira o de cólera que no puedo controlar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Cuando estoy en reuniones sociales me gusta llamar la atención, que la gente se fije en mí.	1	2	3	4	5	6	7
7. Considero que mi inteligencia es superior a la de la mayoría.	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy una persona tímida que habitualmente le cuesta establecer relaciones con los demás.	1	2	3	4	5	6	7
9. Me encuentro cómodo/a cuando los demás toman decisiones importantes por mí.	1	2	3	4	5	6	7
10. Lo más importante para mí es seguir un procedimiento y un orden estricto a la hora de hacer las cosas.	1	2	3	4	5	6	7