

2008

Manual de Psiquiatría

Sección IV: Personalidad, Control de impulso y Ritmos biológicos

Capítulo XXIV. Trastornos de la Personalidad

Dr. Carlos Mirapeix. Psiquiatra.
Director Unidad de Trastornos de la Personalidad.
Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad
www.mirapeix.es
01/01/2008



CONCEPTO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

A estas alturas aun tenemos más preguntas que respuestas en lo relativo a los trastornos de la personalidad –como en otras muchas cosas- y no es para menos. Al fin y al cabo, comprender la personalidad humana y sus trastornos, es comprender al hombre y cómo funciona su mente. La historia de la Humanidad y del pensamiento ha intentado responder a esa pregunta desde el comienzo de los tiempos. Por lo tanto, sólo aspiro a una revisión de algunos aspectos de cómo están las cosas en este terreno y transmitir mi experiencia en el tratamiento de estos pacientes.

Comenzaré por revisar, de manera sucinta, y siguiendo el planteamiento que hace Livesley, la diferenciación entre personalidad, personalidad anormal y trastorno de la personalidad (1). La personalidad y sus desviaciones son comprendidas mejor, y actualmente cuenta con un mayor apoyo empírico, como una gradación entre lo normal y lo patológico. Entendemos por personalidad el conjunto de formas de comportarse, sentir, pensar, y en suma, de relacionarse, de un individuo concreto. Es lo que le diferencia de otro. Lo diferente, lo raro, lo anormal, tiene una justificación estadística y no necesariamente conlleva patología o supone el diagnóstico de trastorno. Mientras que la presencia de un diagnóstico de trastorno de personalidad supone que, más allá de la desviación estadística en los comportamientos normativos, el sujeto presenta dificultades adaptativas en relación al entorno, familiar o social, o bien un deterioro en sus capacidades de auto cuidado (de todas ellas puede ser consciente o no). Quiero resaltar este planteamiento no solo por las implicaciones conceptuales, sino por la repercusión en el abordaje terapéutico y, más aun, en la relación terapéutica con el paciente. No es cuestión pues de plantear al sujeto que tiene un trastorno de personalidad que le queremos tratar para volverle a la normalidad –asunto difícil y que produce un rechazo sistemático en el paciente– más bien es cuestión de aceptar su “diferencia” y ayudarle a ver las dificultades que estas le traen. El tratamiento irá dirigido a aminorar las conductas desadaptativas que hacen sufrir al paciente y al entorno, respetando sus “peculiaridades”.

Una concepción relacional de los trastornos de la personalidad.

Por otro lado, y más allá de una definición concreta de la personalidad y de sus trastornos, es necesaria la comprensión de los trastornos de personalidad como trastornos de las relaciones interpersonales. El mejor laboratorio experimental para identificar, evaluar e intervenir en un trastorno de personalidad, es la relación interpersonal que se pone en juego con el paciente. Para poder comprender en toda su profundidad y repercusión esta visión interpersonal, no queda otro remedio que cambiar de una visión unipersonal del paciente, en la que el paciente es el portador de los síntomas y el terapeuta es el que los observa, y evolucionar a otra posición con una concepción bipersonal de la salud mental y de la comprensión del paciente con trastornos de personalidad. Desde esta concepción bipersonal, el terapeuta forma parte de la díada relacional paciente-terapeuta y es en esta díada relacional, donde se van a poner en juego muchas de las manifestaciones psicopatológicas y de las características del comportamiento del paciente con un trastorno de personalidad. Por otro lado, va a ser en este contexto relacional en el que el paciente va a evocar en el terapeuta distintas reacciones emocionales, que con la salvedad y peculiaridad de aquellos componentes intrapsíquicos del terapeuta, en gran medida van a mantener ciertas similitudes con las reacciones emocionales que el paciente provoca en otras personas de su entorno. Quiero con esto decir, que el poder comprender el complejo mundo relacional del paciente con trastorno de personalidad, exige que el terapeuta en su proceso de evaluación se muestre también atento a sus reacciones



emocionales, pues estas le van a informar de cuales son los patrones relacionales que el paciente utiliza en su vida diaria.

CRITERIOS GENERALES PARA EL DIAGNÓSTICO.

La inclusión en el DSM-III de los trastornos de personalidad en un eje específico estuvo sustentada en la descripción de trastornos caracterológicos estables, basados en rasgos. Al contrario, el eje I recogía trastornos que inherentemente eran inestables y episódicos. Se entendían los trastornos de eje I como trastornos psiquiátricos "reales", con mecanismos psicobiológicos específicos, mientras que los trastornos de la personalidad eran considerados como el resultados de factores ambientales y psicológicos. Este planteamiento conllevaba asumir que los tratamientos del eje I eran biológicos y los del eje II psicoterapéuticos. Como sabemos, la situación es mas compleja y ambos tratamientos son eficaces en los trastornos de los dos ejes, pero con pesos específicos diferentes. Una de las grandes aportaciones de la inclusión de los trastornos de personalidad en el eje II, es la importancia que se le da a la personalidad, que obliga a los profesionales a pensar sistemáticamente en evaluarla, implicando una práctica clínica en salud mental y en psicoterapia en particular, orientada por la personalidad, como tendremos ocasión de ver al final de este capítulo.

Desde el inicio, este modelo de clasificación, aun con sus ventajas, tuvo muchas críticas y actualmente, con la evidencia de la falta de estabilidad de los trastornos de la personalidad – como veremos mas adelante- la diferenciación en dos ejes distintos es cuestionable. Las críticas fundamentales al sistema DSM de clasificación son: alta comorbilidad entre diferentes trastornos de la personalidad, umbrales diagnósticos arbitrarios, validez incierta de algunos diagnósticos y un exceso de clasificación de muchos sujetos como trastorno de personalidad no especificado. La mayor parte de los profesionales ven inconvenientes en la clasificación categorial actual del DSM-IV-TR, y hay un mayor apoyo a la aproximación dimensional. La visión integradora que sintetice dimensiones y categorías tiene cada vez mas apoyos y los planteamientos prototípicos cada vez cuentan con mas apoyo empírico y son mas cercanos a cómo, en la realidad clínica, los profesionales llegan al diagnóstico de un trastorno de personalidad.

Los trastornos de la personalidad, son patrones de comportamiento fijos, poco flexibles y que organizan la vida del sujeto en torno a ellos. En el DSM-IV-TR (2) los criterios generales para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad son:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
3. Actividad interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.



- C.** Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E.** El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F.** El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

El concepto de persistencia, que implica el mantenimiento a largo plazo y que es la esencia del concepto y diagnóstico de trastorno de personalidad, está siendo cuestionado actualmente (3) como tendremos ocasión de ver más adelante.

Como forma de resumir aspectos generales resulta de sumo interés la clasificación que realiza Tyrer de pacientes tipo S y tipo R (4). Se establecen unas diferencias muy significativas en torno a dos subgrupos de pacientes: pacientes tipo R (refusing), que rechazan el tratamiento y los pacientes tipo S (seeking) que buscan y/o aceptan el tratamiento. Estos últimos, los tipo S, tienen conciencia de presentar un problema, se implican en la evaluación y aceptan que tienen dificultades en sus relaciones personales, se sienten motivados para el cambio y aceptan eventualmente tomar medicación. Lo opuesto sucede con los primeros, el tipo R.

Esta clasificación tan simple, es de una gran utilidad, sobre todo por ponernos sobre aviso, de la necesidad de un abordaje psicopedagógico y motivacional en las primeras entrevistas.

Las modificaciones que se plantean para el próximo DSM-V, cuya aparición se anticipa para el 2012, son de gran calado y están influidas por el análisis de la complejidad de los trastornos de la personalidad. Para la próxima versión del sistema DSM, se deberán tener en cuenta diferentes aspectos: la elección sobre sistemas categoriales, dimensionales, prototípicos o mixtos; la incorporación de datos provenientes de los hallazgos de la genética de la conducta; mecanismos neurobiológicos de algunos trastornos, con hallazgos específicos en la neuroimagen y sus implicaciones terapéuticas; la importancia de los antecedentes de traumas psíquicos; aspectos transculturales en la patogénesis y patoplastia de los trastornos; la posible continuidad de los trastornos de eje I y II; la cobertura específica y los puntos de corte para cada uno de los trastornos y sus criterios diagnósticos; y por último, la utilidad clínica que puedan tener todas estas aportaciones.

Por otro lado, hay trastornos como el Borderline que: por su complejidad, la diferencia entre el DSM y la CIE en su clasificación y las conexiones que se han encontrado con el trastorno bipolar y su espectro, condicionarán en donde situarlo. Los trastornos del espectro esquizoide tienen muchas similitudes fenomenológicas, neurobiológicas y de agregación familiar con el grupo de las esquizofrenias y por tanto su posicionamiento en un eje u otro será revisado, como lo ha sido en la CIE-10 el trastorno esquizotípico. Los trastornos fóbicos sociales y la personalidad evitativa tienen a su vez similitudes que requerirán un replanteamiento. Los profesionales expertos han sugerido para el próximo DSM-V la inclusión en él, al igual que en la CIE-10, de una categoría específica para la transformación de la personalidad debida a causa médica, o situaciones vitales adversas o como consecuencia de enfermedades psiquiátricas graves. En cualquiera de los casos y con todos los datos que se requieren, en el futuro DSM-V tendrán que



tomarse decisiones que afectarán a si los trastornos de personalidad se mueven al eje I, dejando el eje II para codificar otras variables (funcionales, genéticas...), o si se dejan en el eje II bien sustituyendo los sistemas categoriales por dimensionales o bien estableciendo modelos prototípicos o estratificados. Si tenemos en cuenta las preferencias de los profesionales que han sido preguntados en algunos estudios, un 76% prefieren mantener los trastornos de personalidad en el eje II y se sugiere la conveniencia de situar en primer lugar en los criterios diagnósticos, aquellos síntomas que tengan un valor predictivo mayor. (que tengan el mayor peso específico para el establecimiento del diagnóstico).

EPIDEMIOLOGIA

Aunque las cuestiones metodológicas de evaluación estandarizada de los trastornos de personalidad tengan sus críticas, nos encontramos con cifras muy dispares, pero en cualquiera de los casos con prevalencias muy elevadas en la población general. Los datos que tenemos en la actualidad, hacen que la problemática de los trastornos de personalidad sea un asunto de una gravedad evidente, por la seriedad de los mismos, así como por su alta prevalencia en la población general (5).

Prevalencia de los trastornos de personalidad a nivel comunitario.

ESTUDIO	PREVALENCIA (%)
Zimmerman y Coyrel 1989	14.3
Maier et al 1992	10.0
Black et al 1993	22.3
Moldin et al 1994	7.3
Klein et al 1995	14.8
Lezenweger et al 1997	6.7
Torgesen et al 2001	13.4
Samuels et al 2002	9.0
Coid et al	4.4
Prevalencia media	11.3

Según vemos en la tabla anterior, la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población general oscila entre un 4.4% y un 22.3%, con una tasa media estimada de prevalencia en torno al 11.3 % de la población.

Por otro lado, hay una problemática vinculada a la gran comorbilidad entre los diferentes trastornos de personalidad, de tal forma que es muy habitual que un mismo paciente pueda reunir criterios que le hagan recibir mas de un diagnóstico (6).

La revisión de los estudios epidemiológicos más importantes sobre la prevalencia de los diferentes trastornos de la personalidad (7) viene recogido en la siguiente Tabla.



Prevalencia de los diferentes trastornos de la personalidad.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD	PREVALENCIA (%)
Antisocial	0.6-3.0
Bordeline	0.7-0.2
Narcisista	0.4-0.8
Histriónica	2.1
Paranoide	0.7-2.4
Esquizoide	0.4-1.7
Esquizotípica	0.1-5.6
Evitativa	0.8-5.0
Dependiente	1.0-1.7
Compulsiva	1.7-2.2
TOTAL	4.4-13.0

Tomado de Coid 2003

En el mismo estudio mencionado (7), el autor presenta una serie de conclusiones acerca de la prevalencia y características sociodemográficas en relación a cada uno de los trastornos de personalidad.

El trastorno **paranoide** de la personalidad, es más frecuente en hombres de clase social baja y más común en familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia. Así mismo, en las muestras forenses es frecuente encontrar el trastorno paranoide con comorbilidad con el trastorno antisocial vinculado a crímenes violentos. El trastorno **esquizoide** de la personalidad es poco común en entornos clínicos pero es más prevalente en poblaciones carcelarias, donde a su vez es más frecuente en hombres. Los estudios de comorbilidad demuestran una asociación con el trastorno esquizotípico de la personalidad, pero de todas formas, se ha sugerido que esta categoría diagnóstica debe de ser clasificada en un futuro como un trastorno del desarrollo, más que como un trastorno de la personalidad. En relación al trastorno **esquizotípico** de la personalidad, de nuevo se encuentra que hay una mayor frecuencia en familiares de primer grado con esquizofrenia y que los estudios de comorbilidad han demostrado una clara asociación con este trastorno. En un futuro hay serias dudas de donde incluir la categoría de trastorno esquizotípico de la personalidad que actualmente se incluye con la esquizofrenia en la CIE-10.

El trastorno **narcisista** de la personalidad presenta una baja prevalencia en la población general y es diagnosticado con más frecuencia en varones, encontrándose con una mayor prevalencia en muestras forenses donde se encuentra una alta comorbilidad con el trastorno antisocial de la personalidad. El trastorno **histriónico** de la personalidad, en las investigaciones iniciales se encontró que la prevalencia era más común en mujeres. Los datos más recientes indican que la ratio según género es similar. Es más común en personas divorciadas y separadas, se encuentra asociado a conductas parasuicidas y es más frecuente en mujeres con trastornos de somatización y en hombres con uso inadecuado de sustancias. En relación al trastorno **límite** de la personalidad, es más frecuente en grupos jóvenes de edad, entre 19 y 35 años y en mujeres. Está asociado con una pobre adaptación sociolaboral, es más común en áreas urbanas y existe una comorbilidad con el abuso de sustancias, fobia, depresión, y trastornos de ansiedad, presentando una tasa de suicidios en ocasiones hasta el 10 %. El trastorno **antisocial** de la personalidad tiene una prevalencia media en las sociedades



occidentales del 2 al 3 % y es 4 ó 5 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La prevalencia más alta se sitúa en la horquilla de edad entre 22 y 44 años y los trastornos antisociales están asociados con abandonos prematuros de la escolarización y mayor mortalidad en la adolescencia. La prevalencia está incrementada en poblaciones urbanas y es mas baja en las áreas rurales y tiene una alta comorbilidad con el abuso de sustancias.

En relación al trastorno **evitativo** de la personalidad, en muestras clínicas, este trastorno es frecuentemente comorbido con el trastorno dependiente de la personalidad y con los trastornos fóbicos. Específicamente, la fobia social que tiene características clínicas muy similares. Esta similitud con la fobia social hace que la separación entre el eje 1 y el eje 2 en este trastorno específico sea muy cuestionada. El trastorno **dependiente** de la personalidad es comorbido frecuentemente con el trastorno borderline de la personalidad, pero así mismo se ha descrito una falta de límites claros desde el punto de vista psicopatológico con algunos trastornos de personalidad como concretamente el trastorno evitativo. El trastorno **obsesivo compulsivo** de la personalidad es más común en varones blancos, con un nivel educacional alto, casados y con empleo. Con frecuencia, presenta una alta comorbilidad con trastornos de ansiedad.

EL DEBATE CATEGORIAL VS. DIMENSIONAL:

Las limitaciones de espacio no permiten abordar en profundidad esta área tan debatida actualmente. La crítica a los modelos categoriales es mayoritaria entre los investigadores (8) y el descontento de los profesionales con el actual sistema clasificatorio llega a un 74% (9). Las propuestas giran en torno al desarrollo de modelos basados en prototipos diagnósticos, que sintetizan lo categorial y lo dimensional (10), así como una concepción integradora de ambos modelos clasificatorios basada en datos provenientes de las investigaciones de genética de la conducta (11).

Las síntesis de los modelos categoriales y dimensionales tendrá consecuencias en los futuros sistemas de clasificación (8;12;13) y provocara una aproximación entre los abordajes clásicamente vinculados a los estudios psicológicos de la personalidad normal y los abordajes psiquiátricos, mas de índole fenomenológica. Además, tendrá una mayor utilidad en lo referente al diseño de estrategias terapéuticas, tanto farmacológicas, como psicoterapéuticas, basadas en dimensiones de la personalidad.

Hasta que estos nuevos desarrollos integradores tengan vigencia nos tendremos que seguir guiando por lo que está actualmente en vigor.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

La comprensión y descripción de los trastornos de la personalidad como trastornos de las relaciones interpersonales, van a inspirar la descripción clínica que realizo. Describiré los criterios diagnósticos de los diferentes subtipos de trastornos de personalidad, describiendo a su vez cuales son los patrones relacionales que se derivan de cada uno de los trastornos, inspirado parcialmente en la aportaciones de Millon (14).



Así mismo, esta concepción interpersonal, nos servirá para comprender en mayor profundidad las peculiaridades de la relación interpersonal que se establece con cada uno de estos pacientes y establecer descripciones y recomendaciones acerca de cuál es la actitud más recomendable para el terapeuta en el abordaje de este tipo de trastornos y que describiré al final del capítulo.

Descripción de los trastornos de personalidad más frecuentes:

Los pacientes excéntricos y extravagantes del grupo A, presentan patrones persistentes de cognición, emoción y de relación interpersonal que dan la sensación de peculiaridad, extrañeza y rareza en su comportamiento. Iré describiendo siguiendo un orden que nos guíe desde lo intrapersonal hasta lo interpersonal en cada uno de los trastornos, de este y de otros subgrupos de los trastornos de personalidad.

En la actualidad existen dos sistemas de clasificación principales, el DMS-IV (2) y el CIE-10 (15), promovidos por la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud, respectivamente. Actualmente, ambas clasificaciones constituyen un instrumento y un lenguaje común para los clínicos, y un importante punto de partida para el desarrollo de la investigación de los TP.

Hay diferencias significativas en ambos sistemas de clasificación, que sumario en la siguiente tabla:

Diferentes trastornos de personalidad en el DSM-IV y CIE-10

Comparación de los sistemas internacionales de clasificación			
DSM-IV-TR		CIE-10	
301.00	Paranoide	F 60.0	Paranoide
301.20	Esquizoide	F 60.1	Esquizoide
301.22	Esquizotípico	F 2	En el eje I
301.70	Antisocial	F 60.2	Disocial
301.81	Narcisista		No incluido
301.50	Histriónico	F 60.4	Histriónico
301.83	Límite		T. por inestabilidad emocional
		F 60.30	Tipo impulsivo
		F 60.31	Tipo limítrofe
301.40	Obsesivo-compulsivo	F 60.5	Anancastico
301.60	Dependiente	F 60.7	Dependiente
301.82	Evitativo	F 60.6	Ansioso
301.9	No especificado		

Debido a la mayor utilización del DSM entre los profesionales, y en la mayor parte de los proyectos de investigación, nos referiremos a éste a lo largo del capítulo.

Trastornos de personalidad del Cluster A:

El trastorno paranoide de la personalidad:

Este tipo de pacientes presentan, tal y como figura en los criterios diagnósticos DSM, un patrón persistente de desconfianza y suspicacia que facilita la interpretación maliciosa de las



intenciones de los demás. Esto en parte es coherente con la descripción que un paciente paranoide puede realizar de si mismo; el tiende a verse como una persona honrada y noble, incluso inocente, con facilidad para dejarse engañar y/o manipular, pudiendo hablar de si mismo como vulnerable; por el contrario, describe a los demás como sujetos amenazantes, invasivos, que realizan comentarios alusivos a el con suma frecuencia, considerándoles individuos entrometidos, insultantes, que con frecuencia tienden a discriminarle y manipularle, lo que le hace tener esas conductas defensivas. La proyección explica parte de sus argumentaciones y está detrás de ocasionales conductas violentas (16).

En la entrevista con el paciente paranoide, este se muestra defensor de las argumentaciones racionales, de los datos objetivos, pero obviamente, desde su punto de vista. Sus argumentaciones son muy repetitivas y sistemáticamente se sitúa como victima de las situaciones (17).

Criterios diagnósticos

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
4. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
5. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.
7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "preórbito", por ejemplo, "trastorno paranoide de la personalidad (preórbito)".

Diagnóstico diferencial

En primer lugar, debemos de diferenciarlo del trastorno delirante y de la esquizofrenia. La suspicacia y desconfianza de los demás, características de trastorno paranoide, están presentes antes de la presencia de los síntomas delirantes de los dos trastornos mencionados y persisten después de haber desaparecido. Le diferencia del trastorno esquizotípico, el que éste presenta un pensamiento mágico, experiencias perceptivas peculiares, extrañeza en el pensamiento y en el lenguaje. A diferencia del trastorno límite de personalidad, el paranoide no presenta la marcada inestabilidad emocional que presenta el TLP. El trastorno paranoide de la personalidad



y el evitativo, comparten cierta suspicacia hacia los demás, pero este último la tiene por el temor al rechazo. El trastorno narcisista puede presentar ideación autoreferencial y cierta suspicacia, ya que siente la necesidad de ocultar sus imperfecciones, complejos e inseguridades, y teme ser descubierto por los demás. La diferencia con el trastorno antisocial de la personalidad está vinculada a la ausencia de comportamientos antisociales en la infancia y en la adolescencia.

Trastorno esquizoide de la personalidad:

Este trastorno, se presenta con un patrón de desconexión del sujeto de las relaciones sociales y fundamentalmente interpersonales, con un serio déficit de su capacidad de expresión emocional. Estos pacientes tienden a verse a si mismos como autosuficientes y tener la sensación de estar separados del mundo, por lo cual desarrollan un comportamiento con una marcada tendencia a la soledad. Ven a los demás como sujetos a los que no necesitan, de los que es mejor mantenerse aislado y viéndoles específicamente como potenciales intrusos que vienen a perturbar su precaria estabilidad emocional. En la entrevista con el esquizoide este marca una distancia considerable que debemos respetar.

Criterios diagnósticos

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. No desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.
2. Escoge casi siempre actividades solitarias.
3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas actividades o con ninguna.
5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añádase "pre mórbido", por ejemplo, "trastorno esquizoide de la personalidad (pre mórbido)".

Diagnóstico diferencial

El trastorno esquizoide de la personalidad se diferencia de la esquizofrenia por no compartir, entre otras cosas, la presencia de antecedentes familiares ni trastornos formales del pensamiento. Aunque pueden presentarse síntomas psicóticos breves, estos son muy breves y vinculados a situaciones estresantes. Le diferencia fundamentalmente del trastorno de personalidad por evitación, que el esquizoide no desea mantener ningún tipo de relación interpersonal, hay un aislamiento social voluntario.



Trastorno esquizotípico de la personalidad:

Los pacientes esquizotípicos tienen un patrón de comportamiento que viene marcado también por un malestar en las relaciones interpersonales, pero a su vez viene asociado a distorsiones cognitivas y/o perceptivas, con marcadas excentricidades en su comportamiento. La visión que los pacientes esquizotípicos tienen de sí mismos, es de sentirse especiales y pueden asumir el que son sujetos raros con comportamientos que no son compartidos con las demás personas, sin que esto les preocupe mucho, por su interés de mantenerse distante de ellos. Tienden a ver a los demás como sujetos normativos, robots, que no tiene ningún interés mantener ninguna relación con ellos. En la entrevista, es frecuente verse sorprendido por las argumentaciones peculiares de estos pacientes.

Criterios diagnósticos

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes items:

1. Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).
2. Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
4. Pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobre elaborado o estereotipado).
5. Susplicia o ideación paranoide.
6. Afectividad inapropiada o restringida.
7. Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar.
8. Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "Trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)".

Diagnóstico diferencial

La presencia de antecedentes familiares de esquizofrenia es una característica que le diferencia del trastorno por evitación, junto con las rarezas cognitivas, perceptivas y comportamentales del trastorno esquizotípico de la personalidad. En caso de presentar síntomas psicóticos son breves y vinculados a situaciones estresantes lo que le diferencia de la esquizofrenia. No presenta la tendencia a la inestabilidad emocional del trastorno límite de la personalidad, aunque comparta con algunas otras características (por ejemplo los episodios psicóticos breves).



Trastornos de personalidad del Cluster B:

Los pacientes con trastornos de personalidad de este grupo, se denominan dramáticos, emotivos y desorganizados, y presentan patrones conductuales marcados por la inestabilidad emocional, por reacciones emocionales intensas y cambiantes, por una tendencia a los comportamientos impulsivos y por una deficiencia en su capacidad empática en la relación con los demás.

Trastorno antisocial de la personalidad:

Presentan estos pacientes, un patrón persistente de abuso, violación de los derechos y utilización del prójimo. Los pacientes antisociales tienden a verse asimismo como personas fuertes, autónomas, solitarias y con derechos a coger y usar a los demás a su placer. Tienden a ver a los demás como objetos, produciéndose una cosificación del otro, que le sume en un rol de individuo al cual se le puede explotar y que resulta vulnerable a sus manipulaciones y utilizaciones egoístas. Con frecuencia la entrevista con pacientes con este diagnóstico puede resultar fácil, pero esconde una manipulación sistemática del entrevistador para satisfacer los intereses, los que fueren, del entrevistado. La mayor prevalencia en el hombre (18) y la presencia de antecedentes de problemas conductuales en la infancia (19) son relevantes.

Criterios diagnósticos

A. Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

- 1.** Fracaso para adaptarse a las normas sociales respecto al comportamiento legal, como indica la perpetración repetida de actos que son motivo de detención.
- 2.** Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, o estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
- 3.** Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
- 4.** Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
- 5.** Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- 6.** Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
- 7.** Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o de un episodio maníaco.

Diagnóstico diferencial

A diferencia del antisocial, los pacientes con personalidades narcisistas no suelen presentar antecedentes de trastornos conductuales en la infancia, y lo que busca el narcisista es la utilización del otro para satisfacer sus necesidades de admiración. No presentan los narcisistas los comportamientos agresivos e impulsivos que presenta el antisocial y sobre todo le diferencian del antisocial, su sentimiento de superioridad y sentirse especiales (20). En

cuanto al paciente con un trastorno histriónico de la personalidad, éste puede presentar también conductas antisociales aunque se diferencia del antisocial en que la búsqueda es la de ser el centro de atención y gratificar sus necesidades de admiración. En el trastorno límite de la personalidad aparecen alteraciones severas de las relaciones interpersonales, pero el paciente límite busca en relación al otro, la necesidad de mantener la constancia en su presencia y evitar ser abandonado, mientras que el antisocial pretende una utilización del prójimo sacando un provecho en beneficio de sí mismo.

Trastorno límite de la personalidad:

Los pacientes con un trastorno límite de la personalidad presentan un patrón de comportamiento con una marcada inestabilidad en sus emociones, con relaciones interpersonales complejas, con una mala autoimagen y con una impulsividad en sus reacciones emocionales y manifestaciones conductuales. La visión que el paciente límite tiene de sí mismo viene marcada por una profunda sensación subjetiva de vacío, de confusión en relación a su identidad, a sus objetivos vitales y generalmente vinculada a tristeza y a malestar con respecto a sí mismo a lo largo de un tiempo. La visión que tienen de los demás, son como sujetos distantes, que no responden adecuadamente a sus demandas, que pueden ser amenazantes y que responden de forma arbitraria. La entrevista se caracteriza por el vaivén en los cambios de ritmo emocional de la relación terapéutica y el entrevistador ha de ser cauto en no desestabilizar al entrevistado. El alto riesgo de suicidio en estos pacientes, siempre debe de ser evaluado (21;22).

Criterios diagnósticos

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1.** Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
- 2.** Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3.** Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- 4.** Impulsividad en al menos dos áreas, potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria y atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
- 5.** Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- 6.** Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez días).
- 7.** Sentimientos crónicos de vacío.
- 8.** Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante y peleas físicas recurrentes).
- 9.** Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.



Diagnóstico diferencial

La presencia de síntomas psicóticos breves puede confundirse con la esquizofrenia o con un trastorno delirante. Que los síntomas sean breves, vinculados a situaciones estresantes y con una resolución de los mismos sin ningún síntoma residual, los diferencian de los síntomas psicóticos de los dos trastornos mencionados. Aunque comparta con el trastorno paranoide la suspicacia y desconfianza hacia los demás, le diferencia del primero la presencia de conductas autolesivas y las relaciones interpersonales tan difíciles e inestables. El paciente con un trastorno histriónico de la personalidad, no presenta los sentimientos de vacío crónico que presenta el paciente límite, comparte el temor a ser abandonado, pero no presenta ninguna de las otras características de inestabilidad emocional, comportamientos impulsivos o sensación de vacío crónica. En cualquiera de los casos, algo que caracteriza al trastorno límite de la personalidad es presentar una altísima comorbilidad con otros trastornos de la personalidad, en que el paciente con un trastorno límite a su vez es portador de distintos rasgos que le hacen merecedor para cumplir criterios diagnósticos de otros trastornos de la personalidad (23;24).

Trastorno histriónico de la personalidad:

Los pacientes con este trastorno, presentan un patrón persistente de una excesiva tendencia a la teatralidad, con comportamientos superficiales, intensas reacciones emocionales, deseo de ser el centro de atención y manipulación los demás. Tienen una visión de si mismos como personas especiales, fascinantes, que merecen la atención de los demás. Tienden a ver a los demás como sujetos que pueden manipular para seducirles, conseguir que les admiren y que son sujetos a los que pueden embaucar con sus maniobras finas de seducción y manipulación interpersonal. En la entrevista se produce una clara diferencia de género en relación al entrevistador: el mismo género evoca competitividad y diferente género comportamientos vinculados a la seducción.

Criterios diagnósticos

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

Diagnóstico diferencial

El trastorno límite de la personalidad presenta problemas vinculados a la identidad personal, a las conductas impulsivas, y la presencia de episodios psicóticos breves, ninguno de los cuales suele estar presente en el trastornos histriónico de la personalidad. Un trastorno muy



vinculado al trastorno histriónico de la personalidad es el trastorno por somatización con una correlación muy alta reconocida en múltiples estudios desde hace años (25).

Trastorno narcisista de la personalidad:

Estos pacientes presentan un patrón de grandiosidad, de necesidad de admiración de los demás y falta de empatía. Tienden a verse así mismos con derechos especiales, excepcionales, únicos, y que merecen un trato especial por parte de los demás (26). De manera explícita o implícita, hay una visión de sí mismos como individuos superiores y que están por encima de las reglas establecidas. Implícitamente supone que la visión que tienen de los demás es de sujetos inferiores que están a su servicio y que pueden usar y que esperan de ellos comportamientos de admiración por las características especiales que ellos presentan.

En la entrevista con un paciente narcisista el entrevistador o se siente cuestionado o examinado o tiene la sensación de ser un honor para él que el paciente le confíe sus problemas. Cualquier desliz puede lesionar gravemente la alianza terapéutica (27).

Criterios diagnósticos

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y las capacidades, y espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido o relacionarse con otras personas (o instituciones) que sean especiales o de alto status.
4. Exige una admiración excesiva.
5. Es muy pretencioso; por ejemplo, tiene expectativas irracionales de recibir un trato de favor o piensa que se van a cumplir automáticamente sus expectativas.
6. Es interpersonalmente explotador; por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y las necesidades de los demás.
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

Diagnóstico diferencial

El trastorno narcisista no suele presentar síntomas psicóticos breves, es raro que presente intentos de suicidio, ni están presentes los comportamientos autolesivos que presenta el paciente límite. Las conductas exhibicionistas y manipuladoras de los demás, son comunes al histriónico y al narcisista, pero les diferencia el hecho de que el narcisista tiene una necesidad de mostrar la superioridad sobre los otros, y no hay un autentico deseo de desarrollar unas relaciones íntimas. El histriónico necesita mas jugar el juego de la seducción y sentirse foco de atracción, no tanto sentirse superior. El deseo del paciente narcisista de sentirse especial y superior a los demás (20) le hace desarrollar conductas de explotación del otro, cuyo objetivo



es gratificar las necesidades de sentirse especial, no tanto la explotación y utilización del otro como pudiera hacer un paciente con un trastorno antisocial.

Trastornos de personalidad del grupo C,

Los denominamos ansiosos y temerosos, los pacientes de este grupo presentan un patrón de comportamiento con manifestaciones ansiosas que infiltran su vida cotidiana, con temor y necesidad de control que se manifiesta fundamentalmente en las relaciones sociales.

Trastorno de la de la personalidad por evitación:

Estos pacientes presentan un patrón persistente de evitación social, con sentimientos subjetivos de incompetencia y excesiva hipersensibilidad a la evaluación negativa por parte del otro (28). Estos pacientes tienden a verse a si mismos como muy vulnerables ante conductas despectivas por parte de los demás y especialmente cuando son objeto de rechazo. Se ven a si mismos como incompetentes y con serias dificultades para el desempeño de conductas sociales adaptadas. Tienden a ver a los demás como personas exigentes, críticas, orgullosas y amenazantes, en el sentido de que pueden ser aquellos que realicen el rechazo.

En la entrevista, lógicamente, el paciente está muy atento a cualquier signo procedente del entrevistador que pueda suponer rechazo y eso nos ha de hacer ser cautos en el trato, evitando cualquier crítica que pueda lesionar la confianza.

Criterios diagnósticos

Patrón general de inhibición social, sentimientos de incapacidad e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante, debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agrandar.
3. Demuestra represión en las relaciones íntimas, debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas, a causa de sentimientos de incapacidad.
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades, debido a que pueden ser comprometedoras.

Diagnóstico diferencial

Uno de los diagnósticos diferenciales más complejos del trastorno de personalidad por evitación es con un trastorno del eje I, el trastorno de ansiedad social específicamente cuando este es de su modalidad generalizada (29;30). Hay algunas características relativas al trastorno evitativo de la personalidad como son la baja autoestima, los sentimientos de inferioridad, y el deseo crónico de aceptación por parte de los demás, que no están presentes en el trastorno fóbico. Por otro lado, los pacientes con fobia social suelen presentar una capacidad mas elevada para establecer relaciones interpersonales satisfactorias en relación al trastorno evitativo de la



personalidad. A diferencia del trastorno esquizoide de la personalidad, el trastorno evitativo desea establecer relaciones interpersonales, mientras que sus temores se lo impiden. Quizás el diagnóstico diferencial más complejo, sea con un trastorno dependiente de la personalidad; con el que existe una elevada comorbilidad y solapamiento, y grandes similitudes en las manifestaciones clínicas. El paciente evitativo tiene dificultades para establecer y mantener relaciones sociales, cosa que no sucede con el paciente con un trastorno dependiente de la personalidad. La tendencia al distanciamiento de los demás es más marcada en un paciente evitativo, mientras que en el paciente dependiente hay una tendencia a la sumisión para evitar el abandono.

Trastorno dependiente de la personalidad:

Los pacientes con este trastorno, presentan un patrón persistente de comportamiento sumiso, con tendencia a vinculaciones simbióticas, todo ello relacionado con una excesiva necesidad de protección y de ser cuidado. El paciente dependiente se ve asimismo como frágil, desvalido, incompetente, con múltiples carencias y necesitando la protección de figuras seguras que a su vez le hagan sentirse seguro de sí mismo. Es por esto, que tienden a ver a los demás, especialmente a aquellos de quienes dependen, como personas competentes, fuertes, capaces de dar apoyo y contenerles emocionalmente (31). En la entrevista el paciente busca la aprobación y facilita el desarrollo de la alianza, que tiende a ser pegajosa e incómoda.

Criterios diagnósticos

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1.** El sujeto tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un asesoramiento y una reafirmación excesivos por parte de los demás.
- 2.** Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de la vida.
- 3.** Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. No se incluyen los temores reales a un castigo.
- 4.** Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
- 5.** Lleva demasiado lejos el deseo de lograr la protección y el apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
- 6.** Se siente incómodo o desamparado cuando está solo, debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
- 7.** Cuando termina una relación importante, el sujeto busca con urgencia otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
- 8.** Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Diagnóstico diferencial

Existe una gran comorbilidad con trastornos del eje I (32), como el trastorno depresivo, de angustia, y la agorafobia. En todos ellos hay una dificultad en la toma de decisiones con sentimientos de incapacidad y búsqueda de protección y apoyo en situaciones de malestar.



En relación al trastorno límite de la personalidad, las diferencias se establecen en torno a que el trastorno de personalidad por dependencia, no presenta los comportamientos agresivos que en ocasiones tienen un paciente límite, no son tan inestables desde el punto de vista emocional.

Trastorno Obsesivo de la personalidad:

Los pacientes con este trastorno presentan un patrón persistente de preocupación por el orden, con una gran tendencia al perfeccionismo y el control. Su tendencia es a verse a si mismos como responsables, competentes, intolerantes con los errores y exigentes consigo mismos y con los demás. Esto le hace ver a los demás como irresponsables, inseguros, incompetentes y con tendencia a cometer errores. La entrevista puede hacerse tediosa, la multitud de detalles, la racionalización y el control emocional son manifiestos. La presencia de un trastorno obsesivo de la personalidad empeora la evolución de trastornos de eje I, como por ejemplo la anorexia nerviosa (33), llegando a incrementar el riesgo de intentos graves de suicidio en pacientes con depresión (34).

Criterios diagnósticos

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
4. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
6. Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

Diagnóstico diferencial

No predominan los comportamientos ritualísticos ni actos compulsivos propios de trastorno obsesivo compulsivo con perfil ritualista con un trastorno de eje I y existe una gran comorbilidad con otros trastornos de personalidad (35).

Evolución y pronóstico de los trastornos de la personalidad

El concepto de estabilidad ha sido siempre el principio central de los trastornos de personalidad a lo largo de las varias ediciones del DSM, comenzando desde la primera de ellas, publicada en



1952, hasta la actual edición DSM-IV-TR. Todas ellas coinciden en la estabilidad de los trastornos de la personalidad.

Los estudios longitudinales sobre los trastornos de la personalidad tienen un antes y un después entre la literatura previa a 1999 y la literatura del siglo XXI. Los estudios anteriores al año 2000 presentan datos que apuntan hacia la estabilidad a lo largo del tiempo de los trastornos de personalidad, con alguna excepción puntual. A partir de 1999, coinciden varios estudios longitudinales muy importantes en Estados Unidos (36-39) que constatan que la estabilidad de los trastornos de personalidad no es como se planteaba. En el caso del trastorno límite de la personalidad, las tasas de remisión llegan a un 60% a los 6 años de evolución y a un 85% a los 10 años (39).

Hay una variación sobre que síntomas son más sensibles a la desaparición y cuales no, y los sintetizo en la siguiente tabla.

Síntomas sensibles y resistentes al cambio en la evolución del trastorno límite de la personalidad.

SÍNTOMAS SENSIBLES	SÍNTOMAS RESISTENTES
Pensamiento cuasi psicótico	Sentimientos crónicos de depresión
Abuso y dependencia de sustancias	Desesperanza/impotencia
Promiscuidad sexual	Hostilidad
Automutilación	Ansiedad
Intentos manipulativos de suicidio	Soledad/vacío
Relaciones tumultuosas	Forma extraña de pensamiento
Devaluación/manipulación/sadismo	Experiencias perceptiva inusuales
Conductas demandantes	Paranoidismo
Regresiones terapéuticas	Intolerancia a la soledad
Problemas contratransferenciales	Tendencia a la impulsividad
Relaciones terapéuticas especiales	Preocupación por el abandono
Inestabilidad afectiva	Experiencias de aniquilación
Trastorno severo de la identidad	Actitudes contradependientes
	Dependencia/masoquismo

Evidentemente, hay unas preguntas inmediatas, ¿en que beneficia el tratamiento al proceso de mejoría de los síntomas? Y en relación a los síntomas resistentes, ¿qué aportan los tratamientos en su resolución? Como sabemos, estamos en la infancia de la investigación de los trastornos de la personalidad en general y de su tratamiento en particular. Pero cabe pensar y tenemos datos que los tratamientos eficaces, facilitan una recuperación más rápida que la evolución natural (40).

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Introducción:

Tenemos evidencia que la psicoterapia es el tratamiento de elección de los trastornos de la personalidad (41-43). Pero a su vez sabemos que no hay un solo tratamiento eficaz y que la

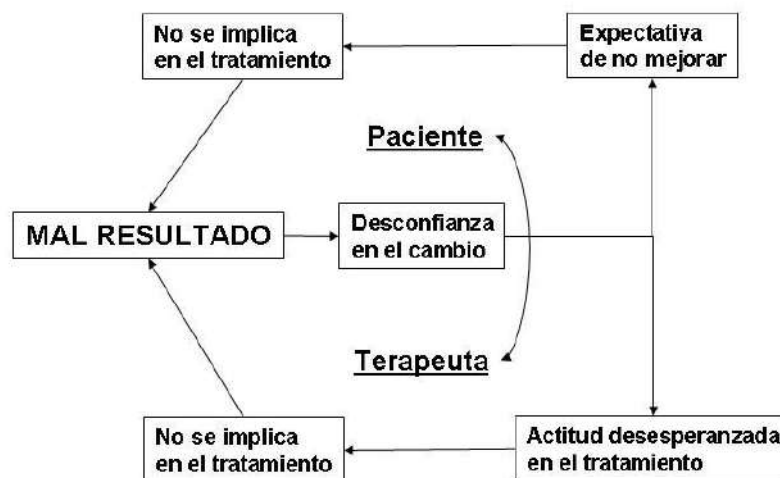


investigación en abordajes terapéuticos de los trastornos de la personalidad está en su infancia (42). La complejidad de esta patología exige una perspectiva integradora que conlleve una auténtica visión bio-psico-social para su comprensión y abordaje del tratamiento(44). Este, no puede ser de otra forma que un tratamiento multicomponente (45), en el que distintos tipos de abordaje: psicoterapia y medicación, aplicados en diferentes settings –hospitalario, hospital de día, ambulatorio-, con diferentes formatos –individual, grupal, pareja, familiar-, y distintas orientaciones –psicodinámica, cognitivo conductual, integradora- permitan el diseño de intervenciones secuenciales e integradas que aborden la complejidad clínica de los trastornos de personalidad (46). Iré describiendo todo lo anterior ordenadamente y con los datos empíricos disponibles hasta la actualidad.

Antes de continuar con más aspectos del tratamiento de los trastornos de personalidad, quiero señalar una situación clínica harto frecuente y que denomino el refuerzo negativo bidireccional, que gravita sobre los resultados terapéuticos y que afecta tanto al paciente como al terapeuta. Lo recojo a continuación en la figura 1:

Figura 1

El refuerzo negativo bidireccional



La actitud negativa implícita y las expectativas negativas en el éxito del tratamiento, no sólo influyen a nivel individual, sino que se trasmite bidireccionalmente de paciente a terapeuta y viceversa. Con este a priori el fracaso está garantizado.

Niveles asistenciales, formatos y orientaciones en el tratamiento de los trastornos de la personalidad

Una revisión reciente, aporta datos sobre la eficacia del tratamiento de los trastornos de personalidad en diferentes settings y formatos terapéuticos (43).



Eficacia de la psicoterapia aplicada en un hospital de día: La psicoterapia psicodinámica en un hospital de día, aplicada en formatos de corta duración, parece ser particularmente efectiva, especialmente cuando van seguidas de psicoterapias de seguimiento tanto individuales como de grupo.

Psicoterapia en régimen de hospitalización: Las psicoterapias a largo plazo, de entre 6 y 12 meses, orientadas psicodinámicamente en pacientes tratados en régimen de hospitalización, es una intervención eficaz para la reducción de síntomas de trastornos de la personalidad (43;47). La evidencia sugiere que la psicoterapia psicodinámica a corto plazo (entre 3 y 6 meses) en régimen de hospitalización, es una intervención psicoterapéutica eficaz para la reducción de síntomas en los trastornos de personalidad.

Tanto para los tratamientos breves en Hospital de día, como en los ingresos hospitalarios de corta estancia, hay una cuestión relevante que comentar. Los periodos tan cortos de tratamiento no permiten el desarrollo de un apego lo suficientemente sólido para la mayor parte de los pacientes muy trastornados. Por lo que se debe de realizar una diferenciación en la duración del tratamiento para los pacientes mas graves (48).

Formatos terapéuticos:

Eficacia de la psicoterapia individual en régimen ambulatorio: Está demostrado que las psicoterapias individuales ambulatorias, cognitivo conductuales y psicodinámicas son eficaces en la intervención para reducir los síntomas de la patología de personalidad (49). No habiéndose encontrado diferencias en la eficacia entre el tratamiento cognitivo conductual y psicodinámico (50).

Eficacia de la psicoterapia grupal ambulatoria: La investigación sugiere que la psicoterapia grupal psicodinámica a largo plazo en un setting ambulatorio, es un tratamiento efectivo para pacientes con varios trastornos de personalidad; los grupos de psicoterapia psicodinámica a largo plazo en un entorno ambulatorio, es un tratamiento eficaz como intervención terapéutica de continuación después de un tratamiento en régimen de hospital de día o en psicoterapia realizada en régimen de hospitalización (51).

En relación a las modalidades de tratamiento exclusivamente grupal, en Hospitales de día, se ha observado que se presuponen una buena alianza terapéutica en el tratamiento. Para muchos pacientes éste no es el caso. Actualmente se propone en este tipo de abordajes añadir una sesión de psicoterapia individual semanal (48).

Orientaciones terapéuticas:

Las orientaciones psicoterapéuticas se refieren a cuestiones de escuela y a los modelos terapéuticos desarrollados desde cada una de ellas. Describiré en primer lugar los modelos terapéuticos sobre los que disponemos datos empíricos de primer nivel sobre su eficacia y posteriormente mencionare aquellos otros tratamientos que han dado datos sobre su eficacia aunque no dispongan aún de estudios randomizados.

El primer modelo que tuvo apoyo empírico en el tratamiento de pacientes borderline fue la psicoterapia dialéctico conductual de Marsha Linehan (52). Un abordaje integrado que sintetiza aportaciones cognitivo conductuales con técnicas derivadas de la meditación Zen. Es un modelo muy estructurado con limitaciones en la resolución de aspectos estructurales del trastorno



borderline. La terapia basada en la mentalización, es un modelo de inspiración psicoanalítica que ha demostrado su eficacia (53;54) y los autores se muestran muy críticos con la utilización de intervenciones de corte puramente psicoanalítico, sin que se tenga en cuenta la capacidad de mentalización del paciente, llegando a considerarlas iatrogénicas (55). Enfoques más puramente dinámicos son los desarrollados por el grupo de la Cornell University, liderados por Otto Kernberg y su terapia focalizada en la transferencia, con un estudio muy reciente que demuestra su eficacia (56). La importancia de las relaciones tempranas y el foco técnico en la relación terapéutica son elementos fundamentales. Desde una perspectiva más cognitiva y con un modelo de intervención centrado en la modificación de los esquemas disfuncionales, se encuentra un modelo derivado de la terapia cognitiva de Beck y desarrollado por Young, que ha publicado recientemente un estudio sobre la eficacia del mismo, comparándole con la TFP mencionada anteriormente (57). Por último, un abordaje netamente cognitivo conductual (58) dirigido a modificar patrones cognitivo afectivos distorsionados y mejorar las conductas adaptativas ha demostrado su eficacia en la mejora de los intentos autolíticos, pero no en otras medidas, especialmente en lo relativo al coste beneficio del modelo (59). Sintetizo los modelos presentados en la siguiente tabla.

Comparación de los diferentes modelos terapéuticos con evidencia empírica en el tratamiento del TLP.

ESTUDIO	FOCO TERAPEUTICO	PROCEDIMIENTO
DBT (Linehan)	Inestabilidad emocional Impulsividad	Entrenamiento en habilidades Validación de la experiencia
MBT (Bateman)	Déficit de mentalización	Incremento de la auto-observación
TFP (Kernberg)	Diadas relacionales internalizadas	Intervenciones relacionales
TE (Young)	Esquemas disfuncionales	Reestructuración cognitiva
CBT (Davidson)	Déficit de habilidades	Entrenamiento en habilidades

DBT: terapia dialéctico conductual; MBT: terapia basada en la mentalización; TFP: terapia focalizada en la transferencia; TE: terapia de esquemas; CBT: terapia cognitivo conductual.

Hay otros abordajes terapéuticos que son importantes, y aunque aún no dispongan de estudios randomizados que los avalen, aportan datos y nuevas posibilidades terapéuticas a tener en cuenta. Los modelos psicoeducativos tienen su máxima aportación en el modelo STEPPS (60), con un modelo ambulatorio, muy estructurado y directivo. La psicoterapia cognitivo analítica, presenta grandes similitudes con la terapia de mentalización de Bateman (61) y es reconocida como un modelo de interés en los trastornos de personalidad (62), dispone de algún estudio de eficacia (63), estando actualmente en curso dos estudios randomizados. Este modelo ha sido introducido en España por el autor de este capítulo (64;65). Se han desarrollado intervenciones breves y estructuradas para las conductas autolesivas en el TLP y han sido evaluadas con éxito (66). El entrenamiento en resolución de problemas ha sido ensayado recientemente y cuenta con buenos resultados (67).



Los tratamientos farmacológicos.

Los tratamientos psicofarmacológicos cubren un papel de suma relevancia, no sólo por su eficacia en el tratamiento de algunos clusters sintomáticos de los trastornos de la personalidad, sino porque sin una adecuada contención de muchos de los graves síntomas de los trastornos de la personalidad y especialmente del TLP, la psicoterapia sería impracticable.

La eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos se centra en la intervención en tres áreas concretas: la inestabilidad afectiva, la impulsividad y los síntomas psicóticos. Un meta análisis sobre la eficacia de los diferentes estudios farmacológicos ha sido realizada recientemente (68) y aporta los siguientes datos. Los antidepresivos y los estabilizadores del estado de ánimo, fueron eficaces en el tratamiento de la inestabilidad afectiva y la ira, pero no produjeron efectos significativos en la impulsividad y la agresividad. Los antipsicóticos, sí mejoraron estas dos últimas dimensiones, así como las relaciones interpersonales y el funcionamiento global.

Las recomendaciones para el tratamiento farmacológico son las siguientes (69):

- 1) Considerar el complejo sintomático primario en términos por ejemplo de: desregulación afectiva, impulsividad, y trastornos cognitivo perceptivos.
- 2) Discutir la prescripción terapéutica con el equipo.
- 3) Educar al paciente y explicarle las razones para tomar medicación, los posibles efectos secundarios y los efectos positivos que se esperan.
- 4) Hacer una recomendación e indicación clara pero permitir al paciente que tome la decisión; no intentar persuadir al paciente que tome la medicación si él no quiere.
- 5) Llegar a un acuerdo acerca de la duración del ensayo terapéutico con medicación, teniendo en cuenta los efectos secundarios, y no prescribir otra medicación durante este tiempo, incluso aunque el paciente haya suspendido la toma del tratamiento.
- 6) Realizar las prescripciones teniendo en cuenta los límites de seguridad (prescripciones semanales).
- 7) Ver al paciente en intervalos acordados, para discutir la medicación y sus efectos.
- 8) No tener miedo de sugerir suspender la medicación si no hay beneficios observados y el paciente no experimenta mejoría.

Una visión integradora del tratamiento de los trastornos de la personalidad.

La evidencia sugiere que no hay una forma simple de tratamiento de los trastornos de la personalidad. Actualmente se defiende una aproximación más ecléctica que permita llevar a cabo un tratamiento en el que se combinen los tratamientos psicofarmacológicos con intervenciones psicoterapéuticas provenientes de diferentes escuelas (70).

En el abordaje integrado que plantea Livesley, se describen una serie de estrategias generales y fases en el tratamiento. Las primeras suponen: 1.- construcción y mantenimiento de una relación terapéutica, 2.- mantenimiento de un proceso terapéutico consistente, 3.- un proceso terapéutico validador de las experiencias del paciente, y 4.- mantenimiento de la motivación para el cambio.

Si cualquiera de estas condiciones no se cumple, el esfuerzo terapéutico debe de ser dirigido hacia remediar cualquiera de estos problemas antes que la implementación de intervenciones específicas.



Asimismo, el autor mencionado (70), propone una serie de fases estándar en el tratamiento de los TP que hay que reconocer y respetar y que se recogen en la siguiente tabla:

Fases del tratamiento según Livesley.

FASE	OBJETIVOS
Seguridad	Intervenciones que garantizan la seguridad del paciente y de los otros
Contención	Intervenciones que primariamente están basadas en estrategias terapéuticas generales para contener la inestabilidad conductual y afectiva, con el suplemento de la medicación cuando es necesario
Control	Intervenciones farmacológicas, conductuales y cognitivas para reducir los síntomas y mejorar la regulación del self, de impulsos y afectos
Exploración y cambio	Intervenciones cognitivas, interpersonales y psicodinámicas para cambiar los factores cognitivos afectivos y situacionales que contribuyen a los problemas conductuales
Integración y síntesis	Intervenciones diseñadas para abordar la patología nuclear y crear un nuevo sentido del self y un sistema más integrado y adaptativo de los sistemas interpersonales y del self

Las unidades especializadas de tratamiento:

El conocimiento cada vez más detallado del tratamiento de los trastornos de personalidad, las peculiaridades de las manifestaciones de esta población clínica, las dificultades de prestar una atención especializada en los dispositivos actuales, todo ello ha hecho que se desarrollen unidades especializadas de tratamiento.

Las recomendaciones internacionales defienden estos dispositivos especializados y hay una serie de recomendaciones acerca de las características especiales que deben tener los programas terapéuticos especializados para trastornos de personalidad (71).

Actualmente en España, existen varias unidades de tratamiento especializado en trastornos de personalidad, unas ambulatorias, otras en régimen de hospitalización, otras como hospital de día, otras como comunidad terapéutica. Las características organizativas y criterios de asignación a diferentes dispositivos han sido descritas recientemente (72).

El manejo clínico orientado por la personalidad.

He tenido la ocasión de resaltarla la importancia de la personalidad en el tratamiento psicoterapéutico en algún otro lugar (73). Un buen tratamiento, solo puede ser bien planificado y adecuadamente manejado si tenemos en cuenta la personalidad del paciente que tratamos.

Quiero volver sobre la importancia del componente relacional en los trastornos de personalidad y ver sus implicaciones prácticas.

Una evolución sana nos permite identificar adecuadamente lo que el otro siente y es un marcador para regular nuestra interacción con él/ella. Piénsese en cualquier situación relacional cotidiana, en la que un adecuado proceso de interacción con el otro, conlleva ajustar la relación



a los marcadores emocionales de la relación. La mirada, los gestos de la cara, los movimientos corporales, en definitiva, multitud de mensajes no verbales, nos informan de la situación emocional del otro con quien nos relacionamos. Esto es tan automático, que apenas si le prestamos atención, forma parte de las conductas genéticamente determinadas de regulación homeostática de los procesos relacionales, en base a los cuales somos capaces de sobrevivir desde bebés y lo percibimos subliminalmente, sin prestar atención consciente a ello. Sin embargo, ser médico, ser un profesional sanitario supone tener que entrenar y mejorar habilidades innatas y sobre todo aprender a utilizarlas en un contexto terapéutico. Aprendemos a escuchar latidos, palpar irregularidades, sentir calor...etc. Al igual que entrenamos funciones generales en habilidades específicas, así mismo, tenemos que entrenar nuestra capacidad de percibir el estado emocional del paciente para una adecuada identificación de su "temperatura emocional" o de cómo se está relacionando con nosotros.

En el tratamiento de los trastornos de la personalidad, o en el manejo clínico cotidiano de cualquier otro trastorno, la personalidad del paciente y sus patrones relacionales se van a poner en juego. Nos es necesario reconocerlos para saber abordar adecuadamente las demandas en el terreno relacional que formulan y saber dar una orientación específica en función de los diferentes diagnósticos y de manera individualizada. Cada persona se enfrenta a la enfermedad, la que sea, de una forma diferente y el manejo clínico ha de ser específico para cada patrón de personalidad (74).

Las estrategias de manejo interpersonal varían dependiendo del diagnóstico y rasgos específicos. Como ejemplo y síntesis de todo ello lo resumo en la siguiente tabla.

El papel de la personalidad del paciente en el manejo clínico:



TRASTORNO DE PERSONALIDAD	COMPORTAMIENTOS PROBLEMÁTICOS EN SITUACIONES MÉDICAS	ESTRATEGIAS DE MANEJO RECOMENDADAS
Paranoide	Miedo al profesional, puede ser dañino, argumentativo, conflictivo.	Adoptar una postura profesional, dar explicaciones claras, ser empático con los miedos, evitar la confrontación directa con la ideación paranoide
Esquizoide	Demora en buscar ayuda, distancia de los problemas.	Adoptar una postura profesional, dar explicaciones claras, evitar sobre-implicación en cuestiones personales y sociales
Esquizotípico	Demora en buscar ayuda, creencias y preocupaciones extrañas.	Adoptar una postura profesional, dar explicaciones claras, tolerar creencias y comportamientos peculiares, evitar sobre-implicación en cuestiones personales y sociales.
Antisocial	Hostilidad, comportamiento impulsivo, engaño, comportamiento manipulativo	Evaluar detenidamente preocupaciones y motivos, comunicarse de manera clara y no punitiva, establecer límites claros
Borderline	Miedo al rechazo y al abandono, actos destructivos hacia sí mismo, idealización y devaluación del profesional.	Evitar excesivas familiaridades, fijar visitas regulares, dar explicaciones claras y no técnicas, tolerar estallidos de enfado, pero marcar límites claros, estar alerta de las reacciones emocionales personales, no actuarlas.
Histriónico	Teatral, demandante de atención, incapacidad para focalizar en hechos y detalles, somatización.	Evitar excesiva familiaridad, mostrar interés profesional por los sentimientos, enfatizar en detalles objetivos.
Narcisista	Exigente, actitud prepotente, negación de la enfermedad, alternancia entre alabanzas y desvalorización del profesional.	Validar las preocupaciones, dar respuestas atentas y objetivas a las preguntas, canalizar las habilidades de los pacientes al manejo de la enfermedad.
Evitativo	Se guarda información, evita cuestionar o desagradar al profesional.	Dar apoyo, validar las preocupaciones, animar a contar síntomas y preocupaciones.
Dependiente	Demandas urgentes de atención, prolongación del comportamiento de enfermedad para obtener más atención y cuidado.	Dar apoyo, establecer citas de forma regular, establecer límites realistas en la disponibilidad, implicar a otros como apoyo para el paciente, evitar el rechazo del paciente.
Obsesivo-compulsivo	Miedo a renunciar al control, excesivas preguntas y atención a los detalles, se enfada con la ruptura de sus rutinas.	Completar totalmente la historia y exámenes complementarios, dar explicaciones claras, no sobreenfatizar la incertidumbre, animar al paciente a participar en el tratamiento.

Una limitación de espacio como la de este capítulo, deja en el tintero mucha información relevante. Aquellos interesados en profundizar en la temática de los trastornos de la personalidad, les será útil las siguientes lecturas recomendadas:



- Trastornos de la personalidad.

COORDINADOR: Miguel Roca Bennasar. Ed. Ars Medica 2003

- Tratado de los trastornos de la personalidad.

Oldham, JM; Skodol, AE; Bender, DS. Ed. Elsevier Masson 2007

- Practical management of personality disorders.

Livesley, JW. Ed. The Guilford Press 2003.

Reference List

- (1) Livesley WJ, Jang KL. Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality* 2005 Jun;19(4):257-68.
- (2) American Psychiatric Association APA. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Masson; 2001.
- (3) Lee AC. Stability and change in personality pathology: revelations of three longitudinal studies. *Journal of Personality Disorders* 2005 Oct;19(5):524.
- (4) Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, Ranger M. Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S. *J Personal Disord* 2003 Jul;17(3):263-8.
- (5) Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry* 2006 May;188:423-31.
- (6) Casey PR, Tyrer PJ. Personality, functioning and symptomatology. *J Psychiatr Res* 1986;20(4):363-74.
- (7) Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *Br J Psychiatry Suppl* 2003 Feb;44:S3-10.
- (8) Tyrer PM, Coombs NM, Ibrahimi FM, Mathiakath AM, Bajaj P, Ranger M, et al. Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry Assessment, risk and outcome in severe personality disorder* Edited by peter tyrer May 2007;190:suppl-sus59.
- (9) David PB, Cuneyt I, Jack M, Paul L, Per V, Patricia J, et al. Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of Personality Disorders* 2007 Oct;21(5):536.
- (10) Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006 May;163(5):846-56.



- (11) Livesley WJ. A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 2007 Apr;21(2):199.
- (12) Krueger RF, Skodol AE, Livesley WJ, Shrout PE, Huang YUEQ. Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: refining the research agenda for DSM-V Axis II. [Article]. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2007 Jun;16 Supplement S1:S65-S73.
- (13) Paul TC, Jr., Nicholas S Patriciu, Robert RM. Lessons from longitudinal studies for new approaches to the dsm-v: the FFM and FFT. *Journal of Personality Disorders* 2005 Oct;19(5):533.
- (14) Millon T. *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Masson; 2006.
- (15) World Health Organization WHO. CIE-10, Decima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. *Trastornos mentales y del comportamiento*. 1992.
- (16) Boxer PA. Assessment of potential violence in the paranoid worker. *JOM Journal of Occupational Medicine* 1993 Feb;35(2):127.
- (17) Giampaolo S, Giuseppe N, Giancarlo D. Impoverished Dialogical Relationship Patterns In Paranoid Personality Disorder. *American Journal of Psychotherapy* 2005;59(3):247.
- (18) Cale EM, Lilienfeld SO. Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder. A review and integration. *Clin Psychol Rev* 2002 Dec;22(8):1179-207.
- (19) Farrington DP. Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions. *Behav Sci Law* 2000;18(5):605-22.
- (20) Gunderson JG, Ronningstam E. Differentiating narcissistic and antisocial personality disorders. *J Personal Disord* 2001 May;15(2):103-9.
- (21) Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Personal Disord* 2004 Jun;18(3):226-39.
- (22) Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2004 Aug;161(7):1296-8.
- (23) Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2000;157(12):2011-6.
- (24) Grilo CM, Sanislow CA, McGlashan TH. Co-occurrence of DSM-IV personality disorders with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2002 Sep;190(8):552-4.

- (25) Lilienfeld SO, Van Valkenburg C, Larntz K, Akiskal HS. *The Relationship of Histrionic Personality Disorder to Antisocial Personality and Somatization Disorders. The American Journal of Psychiatry* 1986 Jun;143(6):718.
- (26) Perry JD, Perry JC. *Conflicts, defenses and the stability of narcissistic personality features*
98. *Psychiatry* 2004;67(4):310-30.
- (27) Britton R. *Narcissistic disorders in clinical practice. J Anal Psychol* 2004 Oct;49(4):477-90.
- (28) Alden LE, Laposa JM, Taylor CT, Ryder AG. *Avoidant personality disorder: current status and future directions. J Personal Disord* 2002 Mar;16(1):1-29.
- (29) Boone ML, McNeil DW, Masia CL, Turk CL, Carter LE, Ries BJ, et al. *Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. J Anxiety Disord* 1999 May;13(3):271-92.
- (30) Ted R, Nikolai C, Svenn T, Michael CN, Ragnhild E ĩrstavik, Kristian T, et al. *The Relationship Between Avoidant Personality Disorder and Social Phobia: A Population-Based Twin Study. The American Journal of Psychiatry* 2007 Nov;164(11):1722.
- (31) Gude T, Hoffart A, Hedley L, Ro O. *The dimensionality of dependent personality disorder. J Personal Disord* 2004 Dec;18(6):604-10.
- (32) Ng HM, Robert FB. *Comorbidity of Dependent Personality Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review. Clinical Psychology: Science and Practice* 2005;12(4):395.
- (33) Anna MC, Marion E Roberts, Janet T. *Are obsessive-compulsive personality traits associated with a poor outcome in anorexia nervosa? A systematic review of randomized controlled trials and naturalistic outcome studies. International Journal of Eating Disorders* 2007 Nov;40(7):581.
- (34) Michele R, Antonella A. *The Impact of Obsessive-Compulsive Personality Disorder on the Suicidal Risk of Patients with Mood Disorders. Psychopathology* 2007 Mar;40(3):184.
- (35) Torres AR, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Bhugra D, Coid JW, et al. *Obsessive-compulsive disorder and personality disorder : Evidence from the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006 Nov;41(11):862.



- (36) John GG, Maria TD, Carlos MG, Thomas HM. Predictors of 2-Year Outcome for Patients With Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry* 2006 May;163(5):822.
- (37) Mark FL. The longitudinal study of personality disorders: history, design considerations, and initial findings. *Journal of Personality Disorders* 2006 Dec;20(6):645.
- (38) Mary CZ, Frances RF, John H, Reich DB, Kenneth RS. Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry* 2006 May;163(5):827.
- (39) Mary CZ, Frances RF, Reich DB, Kenneth RS. The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. *The American Journal of Psychiatry* 2007 Jun;164(6):929.
- (40) Perry JC, Banon E, Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999 Oct;156(9):1312-21.
- (41) Anna B, Dj'ra IS, Roel V, Jan J, V. Strengthening the Status of Psychotherapy for Personality Disorders: An Integrated Perspective on Effects and Costs. *Canadian Journal of Psychiatry* 2007 Dec;52(12):803.
- (42) Clarkin J. Conceptualization and treatment of personality disorders. *Psychotherapy Research* 2006;16(1):1-11.
- (43) Roel V, Marjolein H. The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: A systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry* 2007 Feb;19(1):25.
- (44) LIVESLEY WJ. Handbook of personality disorders theory, research, and treatment. New York: Guilford Press; 2001.
- (45) Mirapeix C. De la multicausalidad Biopsicosocial a una concepcion integradora de la psicoterapia. Editorial en: *Arch de Neurobiologia*; vol 60 (1):1-3, 1997.
- (46) Mirapeix C. Tratamiento ambulatorio intesivo de los trastornos limite de la personalidad. V Congreso Nacional y VI Congreso Europeo de Trastornos de la Personalidad. 16 al 19 de Junio 2004. Zaragoza . 2004. Ref Type: Abstract
- (47) Chiesa M, Fonagy P, Holmes J, Drahorad C. Residential versus community treatment of personality disorders: a comparative study of three treatment programs. *Am J Psychiatry* 2004 Sep;161(8):1463-70.



- (48) Sigmund K, Theresa W. From general day hospital treatment to specialized treatment programmes. *International Review of Psychiatry* 2007 Feb;19(1):39.
- (49) Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003 Aug;160(7):1223-32.
- (50) Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004 Jun;161(5):810-7.
- (51) Wilberg T, Karterud S, Pedersen G, Urnes O, Irion T, Brabrand J, et al. Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *J Personal Disord* 2003 Dec;17(6):510-21.
- (52) Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry* 1993 Dec;50(12):971-4.
- (53) Bateman A, Fonagy P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2003 Feb;160(1):169-71.
- (54) Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000 Sep;177:138-43.
- (55) Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006 Jan;188:1-3.
- (56) Clarkin JFP, Levy KNP, Lenzenweger MFP, Kernberg OFM. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry* 2007 Jun;164(6):922-8.
- (57) Giesen-Bloo JM, van Dyck RMP, Spinhoven PP, van Tilburg WMP, Dirksen CP, van Asselt TM, et al. Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. [Article]. *Archives of General Psychiatry* 2006 Jun;63(6):649-58.
- (58) Kate D, John N, Peter T, Andrew G. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders* 2006 Oct;20(5):450.



- (59) Stephen P, Kate D, Peter T, Andrew G. *The cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the BOScot trial. Journal of Personality Disorders* 2006 Oct;20(5):466.
- (60) Donald WB, Nancee B, Bruce P, Don S. *The STEPPS Group Treatment Program for Outpatients with Borderline Personality Disorder. Journal of Contemporary Psychotherapy* 2004;34(3):193.
- (61) Anthony WB, Anthony R, Peter F, Ian BK. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Therapy and Cognitive Analytic Therapy Compared. International Review of Psychiatry* 2007 Feb;19(1):51.
- (62) Ryle A. *The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. J Personal Disord* 2004 Mar;18(1):3-35.
- (63) Ryle A, Golyunkina K. *Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. Br J Med Psychol* 2000 Jul;73 (Pt 2):197-210.
- (64) Mirapeix C. *Psicoterapia Cognitivo Analítica. In: Caro I, editor. Psicoterapias Cognitivas. Paidós; 2003.*
- (65) Mirapeix C, Urízar-Aldaca M, Landin S, Nieto A. *Tratamiento multicomponente, de orientación cognitivo analítica del TLP. Revista electronica: Psiquiatria com* 200610-1. Marzo Available from: URL: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/168/26289/?++interactivo>
- (66) Igor W, John GG, John H, Christopher JC, Jr. *Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. Journal of Personality Disorders* 2006 Oct;20(5):482.
- (67) Huband N, McMurrin M, Evans C, Duggan C. *Social problem-solving plus psychoeducation for adults with personality disorder: pragmatic randomised controlled trial. Br J Psychiatry* 2007 Apr;190:307-13.
- (68) Nose M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. *Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. International Clinical Psychopharmacology* 2006 Nov;21(6):345-53.
- (69) Tyrer P, Bateman AW. *Drug treatment for personality disorders. Adv Psychiatr Treat* 2004 Sep 1;10(5):389-98.
- (70) Livesley WJ. *Progress in the treatment of borderline personality disorder. Can J Psychiatry* 2005 Jul;50(8):433-4.



- (71) NIMH (E). *Personality disorders: no longer a diagnostic of exclusion*. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/42/30/04054230.pdf> . 2003.
Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (72) Lana Moliner F, Gonzalez Torres M, Mirapeix C. *Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los trastornos de personalidad*. *Revista electronica psiquiatria com* 2006;10,1 Marzo. Available from: URL: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/168/26268/?++interactivo>
- (73) Mirapeix C. *El tratamiento psicoterapeutico*. In: Vazquez-Barquero J, editor. *Psiquiatria en Atencion Primaria*. Grupo Aula Medica.; 2007.
- (74) Ward RK. *Assessment and management of personality disorders*. *Am Fam Physician* 2004 Oct 15;70(8):1505-12.

