

**ESTUDIO DE LOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD EN
POBLACIÓN NORMAL CON EL CUESTIONARIO
SALAMANCA**

DOCTORANDO:

Amaya Caldero Alonso

DIRECTOR: Prof. Dr. Antonio Pérez Urdániz

CODIRECTOR: Prof. Dr. Vicente Rubio Larrosa



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA MÉDICA,
MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA

Salamanca, España
2014

A mis padres, "PORQUE SE LO PROMETÍ".

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a:

Al Dr. D. Antonio Pérez Urdániz, director de esta investigación, en primer lugar, por su enorme interés y constante apoyo en general y en este proyecto que nos ocupa, en particular: sin su perseverancia no hubiese llegado a buen puerto.

Al Dr. D. Vicente Rubio Larrosa, codirector de la misma, al Dr. D. Manuel A. Franco Martín, jefe del servicio de Psiquiatría de Zamora, a José Martín Agreda García y a Pompeyo Franco Romo.

Al Dr. D. Quintín Martín Martín, por su colaboración en el arduo trabajo estadístico.

Por último, pero no menos importantes, me gustaría agradecerle a todas aquellas personas que relleno, el Cuestionario Salamanca, han hecho posible este estudio.

“Todo llega en esta vida”

J.L. Caldero 2006

1. ÍNDICE

1.	ÍNDICE	VI
2.	LISTA DE TABLAS	VII
3.	LISTA DE GRÁFICAS	IX
4.	FIGURAS	X
5.	ABREVIATURAS	XI
6.	JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	1
7.	INTRODUCCIÓN.	6
	7.1. REVISIÓN HISTÓRICA.	6
	7.2. NOSOLOGÍAS ACTUALES.	7
	7.3. LIMITACIONES Y DESAFÍOS DEL MODELO ACTUAL DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.	100
	7.4 ESTADO ACTUAL EN LA EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	101
	7.5. PRUEBAS DE SCREENING. INTENTOS PREVIOS AL CUESTIONARIO SALAMANCA.	104
	7.6. CUESTIONARIO SALAMANCA.	107
8.	MATERIAL Y MÉTODO.	110
	8.1 ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO.	110
	8.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y MÉTODO.	113
9.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	115
10.	CONCLUSIONES.	147
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	150
12.	ANEXOS	155

2. LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Congresos Nacionales de la SEETP	1
Tabla 2. Principales listas de síntomas	101
Tabla 3. Principales cuestionarios autoadministrados	102
Tabla 4. Principales entrevistas semiestructuradas	103
Tabla 5. Frecuencias de la muestra general.	115
Tabla 6. Frecuencias de la muestra general en mujeres	115
Tabla 7. Frecuencias de la muestra general en hombres.	115
Tabla 8. Prueba de Kolmogorov-Smirnov: Valoración de la normalidad	122
Tabla 9. Prueba de Mann-Whitney: Contraste de medias	122
Tabla 10. Frecuencias para rasgos/trastorno paranoide	123
Tabla 11. Frecuencias para rasgos/trastorno paranoide para mujeres	123
Tabla 12. Frecuencias para rasgos/trastorno paranoide para hombres	124
Tabla 13. Frecuencias para rasgos/trastorno esquizoide	125
Tabla 14. Frecuencias para rasgos/trastorno esquizoide para mujeres	125
Tabla 15. Frecuencias para rasgos/trastorno esquizoide para hombres	125
Tabla 16. Frecuencias para rasgos/trastorno esquizotípico	126
Tabla 17. Frecuencias para rasgos/trastorno esquizotípico para mujeres	127
Tabla 18. Frecuencias para rasgos/trastorno esquizotípico para hombres	127
Tabla 19. Frecuencias para rasgos/trastorno histriónico	127
Tabla 20. Frecuencias para rasgos/trastorno histriónico en mujeres	128
Tabla 21. Frecuencias para rasgos/trastorno histriónico en hombres	128
Tabla 22. Frecuencias para rasgos/trastorno antisocial	129
Tabla 23. Frecuencias para rasgos/trastorno antisocial para mujeres	129
Tabla 24. Frecuencias para rasgos/trastorno antisocial para hombres	130

Tabla 25. Frecuencias para rasgos/trastorno narcisista	130
Tabla 26. Frecuencias para rasgos/trastorno narcisista para mujeres	131
Tabla 27. Frecuencias para rasgos/trastorno narcisista para hombres	131
Tabla 28. Frecuencias para rasgos/trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite	132
Tabla 29. Frecuencias para rasgos/trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite para mujeres	132
Tabla 30. Frecuencias para rasgos/trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite para hombres	132
Tabla 31. Frecuencias para rasgos/trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo	133
Tabla 32. Frecuencias para rasgos/trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo para mujeres	134
Tabla 33. Frecuencias para rasgos/trastornos de inestabilidad emocional subtipo impulsivo para hombres	134
Tabla 34. Frecuencias para rasgos/trastorno anancástico	135
Tabla 35. Frecuencias para rasgos/trastorno anancástico para mujeres	136
Tabla 36. Frecuencias para rasgos/trastorno anancástico en hombres	136
Tabla 37. Frecuencias para rasgos/trastorno dependiente	137
Tabla 38. Frecuencias para rasgos/trastorno dependiente para mujeres	137
Tabla 39. Frecuencias para rasgos/trastorno dependiente para hombres	137
Tabla 40. Frecuencias para rasgos/trastorno ansioso	138
Tabla 41. Frecuencias para rasgos/trastorno ansioso para mujeres	138
Tabla 42. Frecuencias para rasgos/trastorno ansioso para hombres	139

3. LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Diagrama de barras apilados para las medias de los distintos rasgos/trastornos de personalidad.	123
Gráfica 2. Diagrama de cajas agrupado para la categoría A de personalidad	142
Gráfica 3. Diagrama de cajas agrupado para la categoría B de personalidad	144
Gráfica 4. Diagrama de cajas agrupado para la categoría C de personalidad	146

4. LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de la búsqueda bibliográfica

112

5. ABREVIATURAS

ANAN o anancástico

ANS o ansioso

ANT o antisocial

CIDI o The WHO Composite International Diagnostic Interview (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS)

CIE-10 o Clasificación Internacional de las enfermedades edición 10^a

DEP o dependiente

DIPD-IV o Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders

DSM-IV TR o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision (Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales edición 4^a texto revisado)

DSM-V o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales edición 5^a)

EE.UU. o Estados Unidos

ESQ o esquizoide

EQT o esquizotípico

FFM PD o Five-Factor Model Personality Disorder (Modelo de los Cinco Factores de los trastornos de Personalidad)

HIS o histriónico

IE LIM o inestabilidad emocional subtipo límite

IE IMP o inestabilidad emocional subtipo impulsivo

IIP o Inventory of Interpersonal Problems (Inventario de Problemas Interpersonales)

IPDE o International Personality Disorder Examination (Exámen Internacional de los trastornos de Personalidad)

IPDS o Iowa Personality Disorder Screen (Cribado de Trastornos de Personalidad de Iowa)

MCMI-III o Millon Clinical Multiaxial Inventory (Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon)

MMPI-2 o Minnessota Multiphasic Personality Inventory (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota)

MPDC o Lista Diagnóstica de la Personalidad de Millon (Millon Personality Diagnostic Checklist)

MSI-BPD o Mc Lean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (Instrumento Mc Lean para el cribado del Trastorno Límite de Personalidad)

N o número total de la muestra

NAR o narcisista

NEO-PI-R o NEO Personality Inventory Revised (Cuestionario de Personalidad NEO revisado)

OMNI o The Omnibus Personality Inventory (Cuestionario de Personalidad Omnibus)

PACL o Lista de Adjetivos de Personalidad (Personality Adjective Checklist)

PAR o paranoide

PAS o Personality Assessment Schedule (Cuestionario de Evaluación de la Personalidad)

PAS-Q o Quick Personality Assessment Schedule (Cuestionario Breve de Evaluación de la Personalidad)

PCL-R o Psychopathy Checklist Revised (Lista para la Psicopatía Revisada)

PDI-IV o Personality Disorder Interview-IV

PAS-R o Personality Assessment Schedule, Rapid version (Cuestionario de Evaluación de la Personalidad, versión Rápida)

PDQ-4 o Personality Diagnostic Questionnaire 4 (Cuestionario Diagnóstico de Personalidad 4)

PSI o Psychological Screening Inventory (Inventario Psicológico de cribado)

SAPAS o Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale (Escala Abreviada para la Evaluación Estandarizada de la Personalidad)

SCATI o The Short-Form of The Coolidge Axis II Inventory (Versión Abreviada del Inventario Coolidge del Eje II)

SCID II o Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM, eje II)

SIDP-IV o Structured Interview for DSM-IV Personality- IV (Entrevista Estructurada para Trastornos de Personalidad del DSM Revisada)

Sig. asintót. o significación asintótica

SEETP o Sociedad Española para el Estudio de los Trastornos de Personalidad

TCI o Temperament and Character Inventory (Inventario de Temperamento y Carácter)

TAT o Test de apercepción Temática

TP o Trastorno de Personalidad

6. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente existe un aumento del interés clínico en los trastornos de la personalidad reflejado en el número de Congresos nacionales que la SEETP (Sociedad Española para el Estudio de los Trastornos de Personalidad, fundada en 1997) ha organizado:

Zaragoza 1998	Córdoba 2008
Salamanca 1999	Madrid 2010
Madrid 2000	Zaragoza 2012
Bilbao 2002	Barcelona 2014
Zaragoza 2004	¿Zaragoza 2016?
Oviedo 2006	...

Este creciente protagonismo es exigido por la clínica dado que aproximadamente en el 50% de los casos de Salud Mental existe comorbilidad con las grandes estructuras de la base psiquiátrica.

La correcta detección de los trastornos de personalidad (TP) en el medio clínico es esencial por varias razones:

- La prevalencia de personalidades desadaptadas es muy elevada en comparación con la de otros trastornos mentales: 9-13 % en población general y 24 % en atención primaria.

- El sufrimiento y el deterioro funcional asociados a estos trastornos son comparables a los causados por otros trastornos graves y crónicos como la depresión mayor.
- Incrementan el riesgo de aparición y empeoran la evolución de trastornos afectivos, ansiosos, psicóticos, alimentarios y por uso de sustancias (incluso de trastornos del comportamiento en niños y adolescentes) (1). Esto se demostró con el estudio que sobre la comorbilidad realizaron Y. Huang et al combinando los resultados obtenidos con la aplicación de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS (The WHO Composite International Diagnostic Interview) o CIDI y el Exámen Internacional de los trastornos de Personalidad (International Personality Disorder Examination) o IPDE en 2009 (2) .
- Por último, la presencia de patología de la personalidad afecta también al pronóstico y la adherencia al tratamiento en enfermedades médicas.

Así, no es extraño que los TP se asocien a una utilización de los servicios de salud y a un gasto sanitario muy superior a los de la media poblacional, tengan mayor probabilidad de ser percibidos como difíciles por sus médicos, y sean fuente de burnout (3).

Más aún, si se evalúan las posibilidades diagnósticas y de pronóstico (4), las perspectivas de futuro de los test de screening de la personalidad, son muchas y entre ellas podemos señalar:

- Salud pública:
 - a) ejercicio clínico habitual en Psiquiatría
 - b) ejercicio en Atención Primaria (5)

- Comorbilidad en Patología Dual
- Ámbito penitenciario (6)

Dentro del modelo multiaxial que agrupaba los síntomas en psiquiatría, los trastornos de personalidad en el Eje II proporcionaban el sustrato y el contexto (7) para comprender cómo enfermaba (o no) la persona en el Eje I, ya que cada estilo de personalidad poseía unos mecanismos de afrontamiento al estrés que eran los que determinaban si aparecía patología y además nos indicaban de qué tipo era ésta. De aquí la importancia que tiene poder realizar ya un primer diagnóstico aproximativo en las primeras consultas.

Tras la aparición del Manual DSM-V (Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales edición 5ª) hay que tener en cuenta que, si bien la clasificación y el criterio categorial utilizados en el mismo son los mismos que en el DSM-IV TR (Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales edición 4ª texto revisado), ha cambiado el hecho de que ya no figuran en el Eje II (8)

Las pruebas diagnósticas más respaldadas por la investigación se caracterizan por un elevado número de ítems (tablas 1 y 2), por lo que su cumplimentación lleva mucho tiempo, un tiempo del que no dispone el clínico en su quehacer diario.

Por eso, en 2004 (Pérez Urdániz A et al) se crea el Cuestionario Salamanca, una prueba de screening o cribado para evaluar rasgos/trastornos de personalidad en el contexto clínico diario, que permita una aproximación diagnóstica con el fin de discernir si conviene o no la aplicación de una prueba más extensa a un determinado paciente. El Cuestionario Salamanca consta de 22 ítems con tres posibilidades de respuesta que establecen un continuum (Siempre, con frecuencia y a veces) (9).

En el 2007 se realizan pequeñas modificaciones en el Cuestionario Salamanca utilizándose esta última versión en este trabajo. Para determinar la especificidad y sensibilidad del Cuestionario Salamanca, así como comprobar la validez del punto de corte de este test, se realizó un estudio de validación estadística correlacionando dicho Cuestionario con la entrevista IPDE en su versión abreviada y extensa (10).

Los datos preliminares indican que:

- Se detectaron el 100% de los casos de trastornos de personalidad diagnosticados por el Cuestionario IPDE (sensibilidad 100%).
- La sensibilidad respecto a la Entrevista IPDE fue de 94,34% (3 falso positivos)

En cuanto a la especificidad el resultado escala a escala es que la media de acuerdos es para el IPDE en versión cuestionario de 76,32% y para la versión entrevista de 64,84%, siendo la coincidencia entre ambas versiones de los dos IPDE de 62,44% (11).

Por lo tanto, actualmente nos encontramos con una prueba útil y precisa para el cribaje de los rasgos/trastornos de personalidad en la consulta psiquiátrica diaria.

El objetivo de este trabajo es, comprobar en una población normal la validez del punto de corte del test es decir, si el punto de corte establecido en dos es adecuado.

Esta puntuación de dos reflejaría: una respuesta de “siempre” o la combinación de una respuesta “con frecuencia” y otra de “a veces”.

Dado que los ítems explorados son patológicos y que el cuestionario tiene misión de screening una respuesta “siempre” así como una combinación de una respuesta de “a veces” y una “con frecuencia” podría ser indicativa de una patología de la personalidad que debe ser explorada con más atención.

7. INTRODUCCIÓN.

7.1. REVISIÓN HISTÓRICA.

Etimológicamente la palabra personalidad procede del término griego *persona*, que era la máscara que utilizaban los actores del teatro clásico.

Desde la Grecia antigua hasta la historia reciente muchas han sido las disciplinas, como la religión, la filosofía o el derecho, que se han interesado por el estudio del ser humano.

Durante el siglo XIX se utilizaron los términos *psicopatía* y *enfermedad de la personalidad* para referirse a las enfermedades mentales en su conjunto, sin otras distinciones.

Los grandes nombres de la Psiquiatría de principios del siglo XX, como Kraepelin (1904), Bleuler (1924) y Kretschmer (1926), se limitaron a describir tipos de personalidad o temperamentos (como el asténico, el autista, el esquizoide y el ciclotímico o cicloide). Pensaban que estos temperamentos eran precursores de otros trastornos menos graves como la esquizofrenia o la psicosis maníaco-depresiva. Por su parte, Schneider (1923) diferenció entre personalidades anormales y psicopáticas de manera que no todas las personalidades anormales deben ser, por norma, patológicas sino sólo aquellas que hacen sufrir a la persona o causan un sufrimiento a los demás (12).

Estos son los autores que más se recuerdan cuando se consulta el Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM) aunque en la primera mitad de este siglo fueron dejados de lado en EE.UU. (Estados Unidos) influenciados por el psicoanálisis freudiano. Pero su olvido llevó a una situación, por la propia concepción del psicoanálisis (que no consideró los trastornos de personalidad como alteraciones psicopatológicas “legítimas” sino como una

debilidad de carácter o una conducta socialmente desviada) de indefensión y desconcierto. El desconcierto aparece porque en los centros hospitalarios comienzan a aparecer cierto tipo de enfermos que no encajan dentro de los patrones de las grandes enfermedades pero que demandan una atención ya que sus síntomas les generan un gran malestar (lo que se definía como “neurosis sintomática”) en la que el psicoanálisis no había podido ayudarles. Otro grupo de personas con problemas de conducta quedaban exentos de servicio militar por “trastorno del carácter” pero sin beneficios económicos ni médicos por no tratarse de una enfermedad por mucho que esto afectase a su funcionamiento (13).

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, en 1952, aparece el DSM, (influido por los sistemas previos establecidos por el ejército y la Administración de veteranos para la comprensión de los problemas de salud que presentaban los militares que volvían del frente). Este texto acabó convirtiéndose en una de las taxonomías fundamentales de los trastornos mentales (y dentro de los trastornos de personalidad).

Uno de los autores más influyentes actualmente en relación con los Trastornos de personalidad, *Millon* (7), comparte el planteamiento hecho por *Schneider*: no se trata de individuos enfermos sino de personas con anomalías en su personalidad que tienen una manera deficiente de comportarse y de relacionarse con los demás. Aporta una visión que podríamos definir como “de autor”, es decir, personal y creativa que plantea posiciones que no siempre coinciden con los consensos de la psiquiatría americana (12).

7.2. NOSOLOGÍAS ACTUALES.

Es conveniente recordar los criterios diagnósticos de las dos principales clasificaciones internacionales existentes en Psiquiatría: la DSM-V y la CIE-10.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades edición 10ª) (14) y los criterios generales del DSM-IV TR (15), y ya del DSM-V (16), para los trastornos de la personalidad son iguales en líneas generales.

Además, desde que se inició este estudio, ha salido este mismo año a la luz una nueva versión del manual DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría cuyos cambios en los criterios procedimos a comparar y no encontramos cambios apenas apreciables y por lo tanto sin influencia sobre en la formulación de nuestro test de cribado (16).

De este modo, en esta nueva versión igualmente encontramos tres clusters que agrupan los diez trastornos específicos de personalidad:

- a) *cluster* A (trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico), vinculado a personas con conductas extravagantes y excéntricas
- b) *cluster* B (trastornos antisocial, límite, histriónica y narcisista), relacionado con personas con conductas dramáticas, emocionales o erráticas;
y
- c) *cluster* C (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo), referido a personas con conductas de ansiedad (8).

Criterios diagnósticos generales para un trastorno

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 (amplitud de acuerdo al nuevo manual), intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)

(3) actividad (funcionamiento según DSM-V) 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).

Modelos dimensionales para los trastornos de la personalidad

El enfoque diagnóstico utilizado en este manual representa la perspectiva categorial de que los trastornos de la personalidad representan síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una alternativa al enfoque categorial es la perspectiva dimensional de que los trastornos de la personalidad representan variantes desadaptativas de los rasgos de personalidad que se imbrican imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos mismos.

Ha habido muchos intentos diferentes de identificar las dimensiones fundamentales que subyacen a la totalidad del campo del funcionamiento normal y patológico de la personalidad. Un modelo consiste en las cinco dimensiones

siguientes: neuroticismo, intraversión versus extraversión, rechazo o disponibilidad para experimentar, hostilidad versus amabilidad y escrupulosidad.

Otro enfoque describe áreas más específicas de la disfunción de la personalidad, pudiendo incluir 15 a 40 dimensiones (p. ej., reactividad afectiva, aprensión social, distorsión cognoscitiva, impulsividad, insinceridad, egocentrismo). Otras dimensiones que han sido estudiadas comprenden búsqueda de novedades, dependencia de recompensas, evitación del peligro, dominancia, afiliación, compulsividad, persistencia, emocionalidad positiva versus negativa, búsqueda del placer versus evitación del daño, acomodación pasiva versus modificación activa y autocrecimiento versus dependencia. Los grupos de trastorno de la personalidad del DSM-IV (p. ej., raro-excéntrico, dramático-emocional y ansioso-temeroso) también podían considerarse dimensiones que representaban el espectro de disfunciones de la personalidad en un continuum con los trastornos mentales del Eje I (2).

Las relaciones de los diferentes modelos dimensionales con las categorías diagnósticas de los trastornos de la personalidad y con diversos aspectos de la disfunción de la personalidad siguen siendo activamente investigadas.

A este respecto, López-Santín et al en 2013, ya revisaron la relación entre los modelos dimensionales y el hecho de que su pondrían un avance en cuanto a la integración de la clínica habitual y la investigación afirmando que la estandarización de las evaluaciones psicopatológicas y los métodos estadísticos son herramientas útiles pero no suficientes para nuestra práctica clínica. Estos autores consideraron que la dimensionalidad ayuda mejor a entender la comorbilidad al integrar los síntomas del sujeto evaluado en un todo: “En este sentido, hemos visto que los modelos dimensionales de personalidad derivados de modelos factoriales permiten componer una totalidad más comprensible, organizada en una estructura, en tanto

que los síntomas se relacionan entre sí a través de una base común extraída factorialmente y que va subiendo jerárquicamente hasta conformar las grandes dimensiones” (17).

El enfoque categorial de los trastornos de personalidad presenta muchas limitaciones, tales como la comorbilidad frecuentemente registrada entre diversos TP o la presencia de características de más de un trastorno específico de la personalidad que no cumplen los criterios completos para ningún trastorno concreto y que llevan con frecuencia al diagnóstico de trastorno de personalidad no especificado. Por ello, el modelo alternativo presentado en la Sección III del DSM-V, basado en el funcionamiento de la personalidad y en criterios basados en rasgos, entronca más con la investigación en psicología de la personalidad y dota a los trastornos descritos de una mayor fundamentación empírica (8).

Pero todas las propuestas al respecto han terminado únicamente en la Sección III del DSM-V planteándose un modelo alternativo híbrido como guía para la investigación futura y que incluye la evaluación del funcionamiento de la personalidad y de los rasgos de personalidad patológicos en seis TP dando un enfoque más restrictivo que el perspectiva categorial; estos son: antisocial, evasivo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico así como un trastorno de personalidad-rasgo, referido a la presencia de un trastorno de personalidad que no encaja en los criterios diagnósticos para los trastornos específicos y que sustituye al trastorno de la personalidad no especificado del DSM-IV-TR.

De hecho, esto fue apoyado en años anteriores a su edición por numerosas publicaciones que validaban cuestionarios autoadministrados basados en el Five-Factor Model Personality Disorder (FFM PD) o modelo de los cinco factores de la

personalidad como uno más adecuados para este planteamiento alternativo de clasificación de la personalidad (18).

Trastornos de la personalidad del grupo A

F60.0 Trastorno de la personalidad paranoide [301.0]

- Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno de la personalidad paranoide es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y aparece en diversos contextos.

Los individuos con este trastorno dan por hecho que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar, aunque no tengan prueba alguna que apoye estas previsiones (Criterio A1). Con pocas o ninguna prueba, tienen base suficiente para sospechar que los demás están urdiendo algún complot en su contra y que pueden ser atacados en cualquier momento, de repente y sin ninguna razón. Frecuentemente, sin que haya prueba objetiva de ello, sienten que han sido ofendidos profunda e irreversiblemente por otra persona o personas. Están preocupados por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de sus amigos y socios, cuyos actos son escrutados minuciosamente en busca de pruebas de intenciones hostiles (Criterio A2). Cualquier desviación que perciban en la fidelidad o la lealtad sirve como prueba a sus suposiciones. Cuando algún amigo o socio se muestra leal con ellos, están tan sorprendidos, que no pueden tener confianza o creer en él. Si se encuentran con problemas, piensan que lo que van a hacer sus amigos o socios es atacarles o ignorarles.

Los sujetos con este trastorno son reacios a confiar o intimar con los demás, porque temen que la información que compartan sea utilizada en su contra (Criterio

A3). Pueden negarse a contestar preguntas personales diciendo que esa información «no es asunto de los demás». En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbran significados ocultos que son degradantes o amenazantes (Criterio A4). Por ejemplo, un sujeto con este trastorno puede malinterpretar un error legítimo de un dependiente de una tienda como un intento deliberado de no dar bien el cambio o puede ver una observación humorística de un compañero de trabajo como si fuera un ataque en toda regla. Los halagos son frecuentemente malinterpretados (p. ej., un elogio de algo que acaban de comprar puede malinterpretarse como una crítica por ser egoísta; un halago por algún logro se malinterpreta como un intento de coartar una actuación mejor). Pueden ver una oferta de ayuda como una crítica en el sentido de que no lo están haciendo suficientemente bien ellos solos.

Los individuos con este trastorno suelen albergar rencores y son incapaces de olvidar los insultos, injurias o desprecios de que creen haber sido objeto (Criterio A5). El menor desprecio provoca una gran hostilidad, que persiste durante mucho tiempo. Puesto que siempre están pendientes de las malas intenciones de los demás, sienten a menudo que su persona o su reputación han sido atacadas o que se les ha mostrado desconsideración de alguna otra manera. Contraatacan con rapidez y reaccionan con ira ante los ultrajes que perciben (Criterio A6). Los sujetos con este trastorno pueden ser patológicamente celosos, sospechando a menudo que su cónyuge o su pareja les es infiel sin tener una justificación adecuada (Criterio A7). Pueden reunir «pruebas» triviales y circunstanciales para confirmar sus sospechas, quieren mantener un control total sobre las personas con las que tienen relaciones íntimas para evitar ser traicionados y constantemente pueden hacer preguntas y

cuestionar los movimientos, los actos, las intenciones y la fidelidad del cónyuge o la pareja.

No debe diagnosticarse el trastorno de la personalidad paranoide si el patrón de comportamiento aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico o si es debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad neurológica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal) o de otro tipo (Criterio B).

- Características asociadas que apoyan el diagnóstico:

Los sujetos con trastorno de la personalidad paranoide son personas con las que generalmente es difícil llevarse bien y suelen tener problemas en las relaciones personales. Su suspicacia y hostilidad excesivas pueden expresarse mediante las protestas directas, las quejas recurrentes o por un distanciamiento silencioso claramente hostil. Puesto que están excesivamente atentos a las posibles amenazas, pueden comportarse de una forma cautelosa, reservada o tortuosa y aparentan ser «fríos» y no tener sentimientos de compasión. Aunque a veces parecen objetivos, racionales y no emotivos, con mayor frecuencia muestran una gama afectiva lábil en la que predominan las expresiones de hostilidad, obstinación y sarcasmo. Su naturaleza combativa y suspicaz puede provocar en los demás una respuesta hostil, que, a su vez, sirve para confirmar al sujeto sus expectativas iniciales.

Como los individuos con trastorno de la personalidad paranoide no confían en los demás, tienen una necesidad excesiva de ser autosuficientes y un fuerte sentido de autonomía. A menudo son rígidos, críticos con los demás e incapaces de colaborar, aunque tienen muchas dificultades para aceptar las críticas. Son capaces

de culpar a los demás de sus propios errores. Debido a su rapidez para contraatacar en respuesta a las amenazas que perciben a su alrededor, pueden ser litigantes y frecuentemente se ven envueltos en pleitos legales. Los sujetos con este trastorno tratan de confirmar sus concepciones negativas preconcebidas respecto a la gente o las situaciones que les rodean atribuyendo malas intenciones a los demás que son proyecciones de sus propios miedos. Pueden mostrar fantasías de grandiosidad no realistas y escasamente disimuladas, suelen estar pendientes de los temas de poder y jerarquía y tienden a desarrollar estereotipos negativos de los otros, en especial de los grupos de población distintos del suyo propio. Se sienten atraídos por las formulaciones simplistas del mundo y frecuentemente recelan de las situaciones ambiguas. Pueden ser vistos como «fanáticos» y formar parte de grupos de «culto» fuertemente cohesionados, junto a otros que comparten su sistema de creencias paranoides.

En particular, en respuesta al estrés, las personas con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves (que duran minutos u horas) sobre todo en respuesta al estrés. En algunos casos el trastorno de la personalidad paranoide aparece como antecedente premórbido de un trastorno delirante o la esquizofrenia. Los sujetos con este trastorno pueden presentar un trastorno depresivo mayor y tener un mayor riesgo de presentar agorafobia y trastorno obsesivo-compulsivo. Es frecuente el abuso o la dependencia del alcohol o de otras sustancias. Los trastornos de la personalidad que con más frecuencia se presentan conjuntamente con el trastorno de la personalidad paranoide parecen ser el esquizotípico, el esquizoide, el narcisista, el evasivo y el límite.

- Prevalencia:

Una estimación de la prevalencia tomada de una submuestra probabilística de la Parte II de la National Comorbidity Survey Replication indica que existe un 2.3 % de las personas con personalidad paranoide, mientras que los datos de la National Epidemiologic Survey on Alcohol And Related Conditions señalan un 4.4 % de las personas con un trastorno de la personalidad paranoide.

- Factores de riesgo y pronóstico:

Genéticos y fisiológicos. Existe cierta evidencia de un aumento de la prevalencia de este trastorno en los familiares de los sujetos con esquizofrenia, sobre todo en aquellos con relación familiar con el trastorno delirante de tipo persecutorio.

- Desarrollo y curso:

El trastorno de personalidad paranoide puede ser evidente desde la infancia y la adolescencia, con soledad, escasas relaciones con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento en la escuela, hipersensibilidad, pensamiento y lenguaje peculiares y fantasías idiosincrásicas. Estos niños suelen parecer “extraños” o “excéntricos”, y son objeto de burlas. En las muestras clínicas, este trastorno se diagnostica en hombres con más frecuencia.

- Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo:

Algunos comportamientos que están influidos por los contextos socioculturales o por determinadas circunstancias de la vida pueden ser calificados equivocadamente como paranoides e incluso pueden ser reforzados por el proceso de evaluación clínica. Los miembros de los grupos minoritarios, los inmigrantes, los refugiados políticos y económicos o los sujetos con diferentes antecedentes étnicos pueden mostrar comportamientos recelosos o defensivos debido al desconocimiento (p. ej., por las barreras lingüísticas o la ignorancia de las normas o las leyes) o a la percepción de desprecio o de indiferencia por parte de la sociedad mayoritaria. A su

vez, estos comportamientos pueden generar ira y frustración en las personas que tratan con ellos, creándose así un círculo vicioso de desconfianza mutua, que no se debe confundir con el trastorno de la personalidad paranoide. Algunos grupos étnicos presentan también comportamientos relacionados con su cultura que pueden malinterpretarse como paranoides.

- Diagnóstico diferencial:

El trastorno de la personalidad paranoide puede diferenciarse del trastorno delirante, tipo persecutorio, la esquizofrenia, y de un trastorno bipolar o trastorno depresivo con rasgos psicóticos, porque todos estos trastornos están caracterizados por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., ideas delirantes y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad paranoide, el trastorno de la personalidad debe haberse manifestado antes de iniciarse los síntomas psicóticos y ha de persistir cuando los síntomas psicóticos estén en remisión. Cuando un individuo presenta un trastorno mental persistente (p. ej., esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno de la personalidad paranoide, el trastorno de la personalidad paranoide debe codificarse también seguido de, seguido por «previo» entre paréntesis.

El trastorno de la personalidad paranoide ha de distinguirse del cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, en el que los rasgos aparecen debido a los efectos directos de una enfermedad del sistema nervioso central.

También ha de ser diferenciada de los síntomas que pueden aparecer asociados al consumo crónico de sustancias.

Finalmente, también se ha de distinguir de los rasgos paranoides asociados a la aparición de minusvalías físicas (p. ej., deterioro auditivo).

Se puede confundir el trastorno de la personalidad paranoide con otros trastornos de la personalidad que tienen alguna característica en común. Por tanto, es importante diferenciar estos trastornos en base a las diferencias de sus síntomas característicos. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, además del trastorno paranoide de la personalidad, pueden diagnosticarse todos esos trastornos. El trastorno de la personalidad paranoide y el trastorno de la personalidad esquizotípica comparten los rasgos de suspicacia, distanciamiento interpersonal o ideación paranoide, pero el trastorno de la personalidad esquizotípica también incluye síntomas como pensamiento mágico, experiencias perceptivas poco habituales y rarezas del pensamiento y el lenguaje. Los sujetos cuyo comportamiento cumple los criterios para un trastorno de la personalidad esquizoide suelen ser percibidos como extraños, excéntricos, fríos y distantes, pero no suelen presentar una ideación paranoide importante. La tendencia de los sujetos con un trastorno de la personalidad paranoide a reaccionar con ira a pequeños estímulos se observa también en el trastorno de la personalidad límite y en el trastorno de la personalidad histriónica. Sin embargo, estos trastornos no están necesariamente asociados a una suspicacia generalizada. Las personas con trastorno de la personalidad evasivo pueden asimismo ser remisas a confiar en los demás, si bien más por miedo a encontrarse agobiadas o a no saber qué hacer que por temor a las malas intenciones ajenas. Aunque el comportamiento antisocial se observa en algunos individuos con trastorno de la personalidad paranoide, no suele estar motivado por un deseo de provecho personal o de explotación de los demás, como en el trastorno de la personalidad antisocial, sino que más bien se debe a un deseo de venganza. A veces los sujetos con un trastorno de la personalidad narcisista

muestran recelo, aislamiento social o alienación, pero ello es consecuencia de sus temores a que se descubran sus imperfecciones o defectos. Los rasgos paranoides pueden ser adaptativos, en especial en un entorno amenazante.

El trastorno de la personalidad paranoide sólo se debe diagnosticar cuando estos rasgos sean inflexibles, desadaptativos y persistentes, y cuando provoquen deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

- Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10:

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-V para el trastorno de la personalidad paranoide son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno.

DSM-V Criterios diagnósticos: 301.00 Trastorno de la personalidad paranoide.

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 puntos:

(1) sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar y decepcionar.

(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 la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, 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 la esquizofrenia, añadir «previo», por ejemplo, «trastorno de la personalidad paranoide (previo)».

CIE-10. Criterios diagnósticos: F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

Es un trastorno de personalidad caracterizado por:

- a) Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires
- b) Incapacidad para perdonar agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes
- c) Susplicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas
- d) Sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad
- e) Predisposición a los celos patológicos
- f) Predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifestado por una actitud autorreferencial constante y

g) Preocupación por "conspiraciones" sin fundamento de acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

Incluye: personalidad expansiva personalidad paranoide personalidad sensitiva paranoide personalidad querulante trastorno expansivo de la personalidad trastorno sensitivo paranoide de la personalidad trastorno querulante de la personalidad

Excluye: esquizofrenia (F20) trastorno de ideas delirantes (F22)

F60.1 Trastorno de la personalidad esquizoide [301.20]

- Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno de la personalidad esquizoide es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. Este patrón comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con trastorno de la personalidad esquizoide no demuestran tener deseos de intimidad, parecen indiferentes a las oportunidades de establecer relaciones personales y no parece que les satisfaga demasiado formar parte de una familia o de un grupo social (Criterio A1). Prefieren emplear el tiempo en sí mismos, más que estar con otras personas. Suelen estar socialmente aislados o ser «solitarios» y casi siempre escogen actividades solitarias o aficiones que no requieran interacciones con otras personas (Criterio A2). Prefieren las tareas mecánicas o abstractas como los juegos de ordenador o matemáticos. Pueden mostrar un interés muy escaso en tener experiencias sexuales con otra persona (Criterio A3) y disfrutan de pocas o ninguna actividad (Criterio A4). Suele haber una reducción de la sensación de placer a partir de experiencias sensoriales, corporales o interpersonales, como pasear por una playa tomando el sol o mantener relaciones

sexuales. Estos individuos no tienen amigos íntimos o personas de confianza, a excepción de algún familiar de primer grado (Criterio A5).

Los sujetos con trastorno de la personalidad esquizoide suelen parecer indiferentes a la aprobación o la crítica de los demás y no muestran preocupación alguna por lo que los demás puedan pensar de ellos (Criterio A6). Pueden abstraerse de las sutilezas normales en la interacción social y a menudo no responden adecuadamente a las normas sociales, de forma que parecen socialmente ineptos o superficiales y enfrascados en sí mismos. Habitualmente, muestran un aspecto «insulso» sin reactividad emocional observable y con pocos gestos o expresiones faciales de reciprocidad, como sonrisas o asentimientos (Criterio A7). Refieren que rara vez experimentan emociones fuertes como ira o alegría. Frecuentemente manifiestan una afectividad restringida y se muestran fríos y distantes. Sin embargo, en las raras ocasiones en que estos individuos se sienten, aunque sea temporalmente, cómodos hablando de sí mismos, puede reconocer que tienen sentimientos desagradables, en especial en lo que se relaciona con las interacciones sociales.

El trastorno de la personalidad esquizoide no debe diagnosticarse si el patrón de comportamiento aparece exclusivamente en el transcurso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con síntomas psicóticos, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista, o si es debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad neurológica o de otro tipo (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal) (Criterio B).

- Características asociadas que apoyan el diagnóstico:

Los sujetos con trastorno de la personalidad esquizoide pueden tener dificultades especiales para expresar la ira, incluso en respuesta a la provocación

directa, lo que contribuye a la impresión de que no tienen emociones. A veces, sus vidas parecen no ir a ninguna parte y dejan sus objetivos a merced del azar. Estos individuos suelen reaccionar pasivamente ante las circunstancias adversas y tienen dificultades en responder adecuadamente a los acontecimientos vitales importantes. Debido a su falta de habilidades sociales y a la falta de deseo de experiencias sexuales, los sujetos con este trastorno tienen pocas amistades, es poco frecuente que salgan con alguien y no suelen casarse. La actividad laboral puede estar deteriorada, sobre todo si se requiere una implicación interpersonal, aunque los sujetos con este trastorno pueden desenvolverse bien cuando trabajan en condiciones de aislamiento social. Los individuos con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves (que duran minutos u horas), especialmente, en respuesta al estrés. En algunos casos el trastorno de la personalidad esquizoide puede aparecer como el antecedente premórbido del trastorno delirante o la esquizofrenia. Algunas veces, los sujetos con este trastorno presentan un trastorno depresivo mayor. El trastorno de la personalidad esquizoide se observa con más frecuencia simultáneamente con los trastornos de la personalidad, esquizotípico, paranoide y evasiva.

- Prevalencia:

El trastorno de la personalidad esquizoide es poco frecuente en el entorno clínico. Una estimación de la prevalencia de la personalidad esquizoide basado en una submuestra probabilística de la Parte II de la National Comorbidity Survey Replication indica que existe un 4.9 %. Los datos de la National Epidemiologic Survey on Alcohol And Related Conditions DEL 2001 señalan un 3.1 %.

- Desarrollo y curso:

El trastorno de la personalidad esquizoide puede hacerse patente por primera vez en la infancia o la adolescencia a través de actitudes y comportamientos solitarios, pobres relaciones con los compañeros y bajo rendimiento escolar, lo que señala como diferentes a estos niños o adolescentes y les hace sujetos de burlas.

- Factores de riesgo y pronóstico:

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad esquizoide puede ser más prevalente en los familiares de los sujetos con esquizofrenia o con trastorno de la personalidad esquizotípico.

- Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura:

Sujetos de varios tipos de entornos culturales pueden mostrar comportamientos defensivos y estilos interpersonales que pueden ser calificados erróneamente como esquizoides. Por ejemplo, las personas que han cambiado de un entorno rural a uno urbano pueden reaccionar con un «enfriamiento emocional» que puede durar varios meses y manifestarse por actividades solitarias, afectividad restringida y otros déficits en la comunicación. Los inmigrantes de otros países son vistos a veces erróneamente como fríos, hostiles o indiferentes.

- Aspectos relacionados con el género:

El trastorno de la personalidad esquizoide se diagnostica un poco más frecuentemente y puede causar más incapacidad en los varones.

- Diagnóstico diferencial:

El trastorno de la personalidad esquizoide puede diferenciarse del trastorno delirante, la esquizofrenia y el trastorno bipolar o trastorno depresivo con síntomas psicóticos, por el hecho de caracterizarse por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., ideas delirantes y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad esquizoide, el trastorno de la personalidad

debe haberse manifestado desde antes de iniciarse los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos estén en remisión. Cuando un individuo tiene otro trastorno mental persistente (p. ej., esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno paranoide de la personalidad, se debe codificar también el trastorno de personalidad esquizoide, seguido entre paréntesis por «previo».

Puede haber grandes dificultades para distinguir a los sujetos con trastorno de la personalidad esquizoide de quienes presentan formas leves trastorno del espectro autista. Éstas se distinguen por un deterioro más grave de la interacción social y por comportamientos e intereses estereotipados.

El trastorno de la personalidad esquizoide ha de distinguirse de un cambio de la personalidad debido a enfermedad médica, en el que los rasgos aparecen debidos a los efectos directos de una enfermedad del sistema nervioso central.

También ha de ser diferenciado de los síntomas que pueden desarrollarse asociados al consumo persistente de sustancias.

Se puede confundir el trastorno de la personalidad esquizoide con otros trastornos de la personalidad que tienen algunas características en común. Por tanto, es importante diferenciar estos trastornos en base a las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno de la personalidad esquizoide, pueden diagnosticarse todos esos trastornos. Aunque las características de aislamiento social y afectividad restringida son comunes a los trastornos de la personalidad esquizoide, esquizotípico y paranoide, el trastorno de la personalidad esquizoide puede diferenciarse del trastorno de la personalidad esquizotípico por la falta de distorsiones perceptivas y del trastorno de la personalidad paranoide por la falta de

susplicacia e ideación paranoide. El aislamiento social del trastorno de la personalidad esquizoide puede diferenciarse del que se observa en el trastorno de la personalidad evasiva, que es debido al temor a encontrarse agobiado o a no saber qué hacer y a la anticipación excesiva de rechazo. Por el contrario, las personas con trastorno de la personalidad esquizoide tienen un mayor distanciamiento y un deseo muy limitado de familiarizarse con los demás. Los sujetos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva también pueden mostrar un distanciamiento social que surge de la devoción al trabajo y del malestar con las emociones, pero poseen una capacidad interna para relacionarse.

Los individuos «solitarios» pueden mostrar rasgos de personalidad que pueden considerarse esquizoides. Sólo constituyen un trastorno de la personalidad esquizoide cuando estos rasgos son inflexibles y desadaptativos y provocan un deterioro funcional o un malestar subjetivo.

- Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10:

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-V para el trastorno de la personalidad esquizoide son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno.

DSM-V. Criterios diagnósticos: 301-20 Trastorno de la personalidad esquizoide.

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 puntos:

- (1) Ni 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 o ninguna actividad

(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 la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota:

Si se cumplen los criterios antes del inicio de la esquizofrenia, añadir «previo», por ejemplo, «trastorno esquizoide de la personalidad (previo)».

CIE-10. Criterios diagnósticos: F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

a) Incapacidad para sentir placer (anhedonia)

b) Frialdad emocional o despego o embotamiento afectivo e incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás

c) Respuesta pobre a los elogios o las críticas

d) Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad)

e) Marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y a la introspección

f) Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza o las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder tenerlas y

g) Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

Excluye: esquizofrenia (F20) trastorno esquizotípico (F21) síndrome de Asperger (F84.5) trastorno de ideas delirantes (F22) trastorno esquizoide de la infancia (F84.5)

F21 Trastorno de la personalidad esquizotípica [301.22]

- Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno de la personalidad esquizotípica es un patrón general de déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Este patrón comienza al inicio de la edad adulta y se observa en diversos contextos.

Los individuos con trastorno de la personalidad esquizotípica suelen tener ideas de referencia (p. ej., interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y acontecimientos externos como poseedores de un significado especial e inhabitual específico para esa persona) (Criterio A1). Esto debe diferenciarse de las ideas delirantes de referencia en las que las creencias son mantenidas con una convicción delirante. Estos sujetos pueden ser supersticiosos o estar preocupados por fenómenos paranormales ajenos a las normas de su propia subcultura (Criterio A2). Pueden sentir que tienen poderes especiales para notar los hechos antes de que sucedan o para leer los pensamientos de los demás. Pueden creer que tienen un control mágico sobre los demás, que puede ser utilizado directamente (p. ej., creer

que el que la esposa saque el perro a pasear es el resultado directo de que uno pensase que debía hacerlo una hora antes) o indirectamente a través de realizar rituales mágicos (p. ej., pasar tres veces por encima de un determinado objeto para evitar que ocurra alguna desgracia). Pueden presentarse alteraciones perceptivas (p. ej., sentir que otra persona está presente u oír una voz murmurar su nombre) (Criterio A3). Su lenguaje puede incluir frases o construcciones raras o idiosincrásicas. Frecuentemente es indefinido, digresivo o vago, pero sin un verdadero descarrilamiento o incoherencia (Criterio A4). Las respuestas pueden ser demasiado concretas o demasiado abstractas y las palabras y los conceptos se aplican algunas veces de formas poco habituales (p. ej., la persona puede decir que no es «hablable» en el trabajo).

Los individuos con este trastorno suelen ser recelosos y pueden presentar ideación paranoide (p. ej., creer que sus colegas en el trabajo están tratando de manchar su reputación ante su jefe) (Criterio A5). Frecuentemente, no son capaces de hacer servir todo el abanico de afectos y habilidades interpersonales necesarias para relacionarse adecuadamente y, por tanto, suelen interactuar con los demás de una manera inapropiada, inflexible o constreñida (Criterio A6). Estos sujetos son considerados frecuentemente raros o excéntricos a causa de sus manierismos poco corrientes, una forma tosca de vestir que «no se lleva» y una falta de atención a las convenciones sociales habituales (p. ej., la persona puede evitar el contacto visual, vestir ropas teñidas y mal hechas y ser incapaz de participar en las bromas con los compañeros del trabajo) (Criterio A7).

Los sujetos con trastorno de la personalidad esquizotípica interpretan como problemáticas las relaciones interpersonales y no se encuentran cómodos relacionándose con otras personas. Aunque pueden expresar infelicidad debido a la

falta de relaciones, su comportamiento sugiere una falta de deseos de contactos íntimos. Como resultado, acostumbran a tener pocos o ningún amigo íntimo o persona de confianza aparte de los familiares de primer grado (Criterio A8). Se sienten ansiosos en situaciones sociales, especialmente en las que implican a gente desconocida (Criterio A9). Interactúan con otros cuando tienen que hacerlo, pero prefieren encerrarse en sí mismos, porque sienten que ellos son diferentes de los demás y no «encajan». Su ansiedad social no disminuye fácilmente, incluso cuando pasan más tiempo en un lugar o cuando se familiarizan más con los demás, porque su ansiedad tiende a estar asociada con un recelo de las intenciones ajenas. Por ejemplo, al acudir a una cena de amigos, el sujeto con trastorno de la personalidad esquizotípica no se va relajando a medida que pasa el tiempo, sino que más bien se encuentra cada vez más tenso y suspicaz.

El trastorno de la personalidad esquizotípica no debe diagnosticarse si el patrón de comportamiento aparece sólo en el transcurso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con síntomas psicóticos, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista.

- Características asociadas que apoyan el diagnóstico:

Los individuos con trastorno de la personalidad esquizotípica suelen buscar tratamiento para los síntomas asociados de ansiedad, depresión u otros estados de ánimo disfórico, más que para las características del trastorno de la personalidad per se. Los sujetos con este trastorno de la personalidad pueden experimentar episodios psicóticos transitorios (que duran minutos u horas), especialmente en respuesta al estrés, aunque en general son de una duración insuficiente para merecer el diagnóstico adicional de un trastorno psicótico breve o un trastorno esquizofreniforme. En algunos casos se presentan síntomas psicóticos significativos

que cumplen los criterios para un trastorno psicótico breve, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o una esquizofrenia. Más de la mitad tienen historia de al menos un episodio depresivo mayor.

Entre el 30 y el 50 % de las personas diagnosticadas de este trastorno reciben un diagnóstico concurrente de trastorno depresivo mayor cuando son admitidos en un centro clínico. El trastorno de la personalidad esquizotípica se presenta con más frecuencia simultáneamente con los trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide, evasiva y límite.

- Prevalencia:

Estudios en población general indican unas tasas de trastorno de la personalidad esquizotípica de entre el 0.6 % en muestras noruegas hasta el 4.6 % en una muestra comunitaria de los Estados Unidos. La prevalencia del trastorno en poblaciones clínicas parece ser poco frecuente (0-1.9 %) con una prevalencia estimada más elevada en la población general (3.9 %) según el National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.

- Desarrollo y curso:

El trastorno de la personalidad esquizotípica tiene un curso relativamente estable y únicamente un pequeño número de sujetos desarrollan una esquizofrenia u otro trastorno psicótico. El trastorno de la personalidad esquizotípica puede hacerse evidente en la infancia y en la adolescencia, con soledad, pobres relaciones con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento en la escuela, hipersensibilidad, pensamiento y lenguaje peculiares y fantasías estafalarias. Pueden ser tachados de “extraños” o “excéntricos” y ser objeto de burlas.

- Factores de riesgo y pronóstico:

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad esquizotípica es de incidencia familiar y más prevalente en los familiares de primer grado de los individuos con esquizofrenia que en la población general. También puede haber un ligero aumento de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en los familiares de los sujetos con trastorno de la personalidad esquizotípica.

- Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura:

Las distorsiones cognoscitivas y perceptivas han de ser evaluadas en el contexto del medio cultural de cada sujeto. Las características determinadas culturalmente, en especial las referidas a las creencias y rituales religiosos, pueden ser vistas como esquizotípicas por un profano desinformado (p. ej., vudú, hablar otras lenguas, la vida después de la muerte, chamanismo, leer la mente, sexto sentido, ojo del diablo y creencias mágicas relacionadas con la salud y la enfermedad).

- Aspectos diagnósticos relacionados con el género:

El trastorno de la personalidad esquizotípica es un poco más frecuente en los varones.

- Diagnóstico diferencial:

El trastorno de la personalidad esquizotípica puede diferenciarse del trastorno delirante, la esquizofrenia y el trastorno bipolar o el trastorno depresivo con síntomas psicóticos porque todos estos trastornos están caracterizados por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., ideas delirantes y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad esquizotípica, el trastorno de la personalidad debe haberse manifestado desde antes de iniciarse los síntomas psicóticos y ha de persistir cuando los síntomas psicóticos estén en remisión. Cuando un sujeto presenta otro trastorno mental persistente (p. ej.,

esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno de la personalidad esquizotípico, el trastorno de la personalidad esquizotípico debe ser codificado como tan, seguido entre paréntesis de «previo».

Puede haber grandes dificultades para distinguir a los niños con trastorno de la personalidad esquizotípico del grupo heterogéneo de los niños solitarios y raros cuyo comportamiento está marcado por un acusado aislamiento social, excentricidades o peculiaridades en el lenguaje, y cuyos diagnósticos probablemente incluirían las formas leves de trastorno del espectro autista o los trastornos de la comunicación y del lenguaje. Los trastornos de la comunicación pueden ser diferenciados por la predominancia y gravedad del trastorno del lenguaje acompañados por los esfuerzos compensatorios que realiza el niño para comunicarse de otras maneras (p. ej., mediante gestos) y por los rasgos característicos del deterioro del lenguaje que se detectan en una evaluación especializada del lenguaje. Las formas leves del trastorno del espectro del trastorno autista se distinguen por la falta aún mayor de contacto social y de reciprocidad emocional y por los comportamientos e intereses estereotipados.

El trastorno de la personalidad esquizotípica ha de distinguirse del cambio de la personalidad debido a enfermedad médica, en el que los rasgos surgen debido a los efectos directos de una enfermedad del sistema nervioso central.

También ha de ser diferenciado de los síntomas que pueden presentarse asociados al consumo crónico de sustancias.

Se puede confundir el trastorno de la personalidad esquizotípica con otros trastornos de la personalidad que tienen algunas características en común. Por tanto, es importante diferenciar estos trastornos en base a las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto tiene características de

personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno de la personalidad esquizotípica, pueden diagnosticarse todos esos trastornos. Aunque los trastornos de la personalidad paranoide y esquizoide también pueden caracterizarse por el distanciamiento social y la efectividad restringida, el trastorno de la personalidad esquizoide se diferencia de estos dos diagnósticos por la presencia de distorsiones cognoscitivas o perceptivas y por una acusada excentricidad o rarezas. Las relaciones personales están limitadas tanto en el trastorno de la personalidad esquizotípica como en el trastorno de la personalidad evasiva; sin embargo, en el trastorno de la personalidad evasiva el deseo activo de relacionarse es reprimido por el temor al rechazo, mientras que en el trastorno de la personalidad esquizotípica hay una falta de deseo de relacionarse y un distanciamiento persistente. Los sujetos con trastorno de la personalidad narcisista también pueden mostrar suspicacia, aislamiento social o alienación, pero en el trastorno de la personalidad narcisista estas cualidades derivan principalmente de los temores a que se descubran las imperfecciones o los defectos. Los individuos con trastorno de la personalidad límite también pueden presentar transitoriamente síntomas similares a los psicóticos, pero éstos están en general más estrechamente relacionados con los cambios afectivos en respuesta al estrés (p. ej., ira intensa, ansiedad o contrariedad) y habitualmente están más disociados (p. ej., desrealización o despersonalización). Por el contrario, los sujetos con trastorno de la personalidad esquizotípica son más propensos a tener síntomas parecidos a los psicóticos permanentes y que pueden empeorar bajo el estrés, pero con menor probabilidad de que se asocien a síntomas afectivos acusados. Aunque el aislamiento social se puede dar en el trastorno de la personalidad límite, normalmente esto es secundario a los fracasos interpersonales repetidos debidos a

los arranques de ira y a los cambios frecuentes del humor, más que al resultado de una falta persistente de contactos sociales y de deseos de intimidad. Además, los sujetos con trastorno de la personalidad esquizotípica no suelen presentar los comportamientos impulsivos o manipulativos de los sujetos con un trastorno de la personalidad límite. Sin embargo, hay una alta frecuencia de simultaneidad entre los dos trastornos, de forma que no siempre es factible hacer la distinción. Las características esquizotípicas durante la adolescencia pueden ser reflejo de una tormenta emocional transitoria, más que un trastorno de la personalidad permanente.

- Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-V para el trastorno de la personalidad esquizotípica son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. La CIE-10 no considera esta alteración como un verdadero trastorno de la personalidad y la incluye en la sección donde figuran la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno delirante.

DSM-V. Criterios diagnósticos: 301.22 Trastorno esquizotípico de la personalidad.

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 puntos:

- (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, reelaborado o estereotipado)

(5) Susplicacia 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 la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno del espectro autista (Criterio B).

Nota:

Si se cumplen los criterios antes del inicio de la esquizofrenia, añadir «previo», por ejemplo, «Trastorno esquizotípico de la personalidad (previo).

Trastornos de la personalidad del grupo B

F60.2 Trastorno de la personalidad antisocial [301.7]

- Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta.

Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. Puesto que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno antisocial de la personalidad, puede ser especialmente útil integrar la información obtenida en la evaluación clínica sistemática con la información recogida de fuentes colaterales.

Para que se pueda establecer este diagnóstico el sujeto debe tener al menos 18 años (Criterio B) y tener historia de algunos síntomas de un trastorno disocial antes de los 15 años (Criterio C).

El trastorno de conducta implica un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los demás o las principales reglas o normas sociales apropiadas para la edad. Los comportamientos característicos específicos del trastorno de conducta forman parte de una de estas cuatro categorías: agresión a la gente o los animales, destrucción de la propiedad, fraudes o hurtos, o violación grave de las normas. El patrón de comportamiento antisocial persiste hasta la edad adulta. Los sujetos con un trastorno antisocial de la personalidad no logran adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal (Criterio A1). Pueden perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención (que puede o no producirse) como la destrucción de una propiedad, hostigar o robar a otros, o dedicarse a actividades ilegales. Las personas con este trastorno desprecian los deseos, derechos o sentimientos de los demás. Frecuentemente, engañan y manipulan con tal de conseguir provecho o placer personales (p. ej., para obtener dinero, sexo o poder) (Criterio A2). Pueden mentir

repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros o simular una enfermedad. Se puede poner de manifiesto un patrón de impulsividad mediante la incapacidad para planificar el futuro (Criterio A3). Las decisiones se toman sin pensar, sin prevenir nada y sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás, lo que puede ocasionar cambios repentinos de trabajo, de lugar de residencia o de amistades. Los sujetos con un trastorno de la personalidad antisocial tienden a ser irritables y agresivos y pueden tener peleas físicas repetidas o cometer actos de agresión (incluidos los malos tratos al cónyuge o a los niños) (Criterio A4). Los actos agresivos necesarios para defenderse a uno mismo o a otra persona no se consideran indicadores de este ítem. Estos individuos también muestran una despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás (Criterio A5). Esto puede demostrarse en su forma de conducir (repetidos excesos de velocidad, conducir estando intoxicado, accidentes múltiples). Pueden involucrarse en comportamientos sexuales o consumo de sustancias que tengan un alto riesgo de producir consecuencias perjudiciales. Pueden descuidar o abandonar el cuidado de un niño de forma que puede poner a ese niño en peligro.

Los sujetos con trastorno de la personalidad antisocial también tienden a ser continua y extremadamente irresponsables (Criterio A6). El comportamiento irresponsable en el trabajo puede indicarse por períodos significativos de desempleo aun teniendo oportunidades de trabajar, o por el abandono de varios trabajos sin tener planes realistas para conseguir otro trabajo. También puede haber un patrón de absentismo no explicado por enfermedad del individuo o de un familiar. La irresponsabilidad económica viene indicada por actos como morosidad en las deudas y falta de mantenimiento de los hijos o de otras personas que dependen de ellos de forma habitual. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial

tienen pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos (Criterio A7). Pueden ser indiferentes o dar justificaciones superficiales por haber ofendido, maltratado o robado a alguien (p. ej., «la vida es dura», «el que es perdedor es porque lo merece» o «de todas formas le hubiese ocurrido»). Estas personas pueden culpar a las víctimas por ser tontos, débiles o por merecer su mala suerte, pueden minimizar las consecuencias desagradables de sus actos o, simplemente, mostrar una completa indiferencia. En general, no dan ninguna compensación ni resarcen a nadie por su comportamiento. Pueden pensar que todo el mundo se esfuerza por «servir al número uno» y que uno no debe detenerse ante nada para evitar que le intimiden. El comportamiento antisocial no debe aparecer exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o de un trastorno bipolar (Criterio D).

- Características asociadas que apoyan el diagnóstico:

Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad frecuentemente carecen de empatía y tienden a ser insensibles, cínicos y a menospreciar los sentimientos, derechos y penalidades de los demás. Pueden tener un concepto de sí mismos engreído y arrogante (pensar que el trabajo normal no está a su altura, o no tener una preocupación realista por sus problemas actuales o futuros) y pueden ser excesivamente obstinados, seguros de sí mismos o engreídos. Además desprenden un encanto superficial y simplista, con una capacidad verbal voluble y artificiosa (p. ej., utilizan términos técnicos o una jerga que puede impresionar a alguien que no esté familiarizado con el tema). La falta de empatía, el engreimiento y el encanto superficial son características que normalmente han sido incluidas en las concepciones tradicionales de la psicopatía y pueden ser especialmente distintivos del trastorno de la personalidad antisocial en el medio carcelario o forense, en el que

los actos delictivos, de delincuencia o agresivos probablemente son inespecíficos. Estos sujetos también pueden ser irresponsables y explotadores en sus relaciones sexuales. Pueden tener una historia de muchos acompañantes sexuales y no haber tenido nunca una relación monógama duradera. Pueden ser irresponsables como padres, como lo demuestra la malnutrición de un hijo, una enfermedad de un hijo a consecuencia de una falta de higiene mínima, el que la alimentación o el amparo de un hijo dependa de vecinos o familiares, el no procurar que alguna persona cuide del niño pequeño cuando el sujeto está fuera de casa o el derroche reiterado del dinero que se requiere para las necesidades domésticas. Estos individuos pueden ser expulsados del ejército, pueden no ser autosuficientes, empobrecerse e incluso llegar a vivir en la calle o pueden pasar muchos años en prisión. Los sujetos con trastorno de la personalidad antisocial tienen más probabilidades que la población general de morir prematuramente por causas violentas (p. ej., suicidio, accidentes y homicidios).

Estos individuos también pueden experimentar disforia, incluidas quejas de tensión, incapacidad para tolerar el aburrimiento y depresión. Pueden presentar de forma asociada trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos relacionados con sustancias, trastorno de somatización, juego patológico y otros trastornos del control de los impulsos. Los sujetos con trastorno de la personalidad antisocial también tienen frecuentemente rasgos de personalidad que cumplen los criterios para otros trastornos de la personalidad, en especial los trastornos límite, histriónica y narcisista. Las probabilidades de desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en la vida adulta aumentan si el sujeto presenta un trastorno temprano disocial (antes de los 10 años) y un trastorno por déficit de atención comórbido. El maltrato o el abandono en la infancia, el comportamiento inestable o variable de los

padres o la inconsistencia en la disciplina por parte de los padres aumentan las probabilidades de que un trastorno disocial evolucione hasta un trastorno de la personalidad antisocial.

- Prevalencia:

La prevalencia total del trastorno de la personalidad antisocial a los doce meses, según los criterios del anterior DSM, son del 0.2 y del 3.3 %. La prevalencia más alta del trastorno de la personalidad antisocial (superior al 70 %) se encuentra entre la mayoría de las muestras de varones con trastorno por consumo de alcohol grave y en las muestras extraídas de las clínicas de tratamiento de abuso de sustancias, de los centros penitenciarios o del ámbito forense. La prevalencia es mayor en las muestras afectadas por factores como la adversidad socioeconómica (esto es, la pobreza) o la sociocultural (esto es, la emigración).

- Desarrollo y curso:

El trastorno antisocial de la personalidad tiene un curso crónico, pero puede hacerse menos manifiesto o remitir a medida que el sujeto se va haciendo mayor, especialmente hacia la cuarta década de la vida. Si bien esta remisión suele ser más clara por lo que respecta a involucrarse en comportamientos delictivos, no es probable que se mitiguen los otros rasgos del espectro completo de comportamientos antisociales y de consumo de sustancias. Por definición, la personalidad antisocial no se puede diagnosticar antes de los 18 años.

- Factores de riesgo y pronóstico:

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad antisocial es más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general. El riesgo de los parientes biológicos de las mujeres con el trastorno tiende a ser superior al riesgo de los parientes biológicos de los varones con el trastorno. Los

parientes biológicos de las personas con este trastorno también tienen un mayor riesgo de presentar trastorno de síntomas somáticos y de consumo de sustancias. En una familia que tiene un miembro con un trastorno de la personalidad antisocial, los varones suelen presentar más trastorno de la personalidad antisocial y algún trastorno por sustancias, en tanto que las mujeres presentan más a menudo trastornos de síntomas somáticos. Sin embargo, en estas familias hay un aumento de la prevalencia de todos estos trastornos tanto en varones como en mujeres, en comparación con la población general. Los estudios de adopción indican que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen al riesgo para este grupo de trastornos. Los hijos adoptivos y los biológicos de padres con trastorno de la personalidad antisocial tienen un riesgo elevado de presentar trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de síntomas somáticos y trastornos por consumo de sustancias. Los niños adoptados se parecen a sus padres biológicos más que a sus padres adoptivos, aunque el entorno de la familia de adopción influye en el riesgo de presentar un trastorno de la personalidad y la psicopatología relacionada.

- Aspectos diagnósticos dependientes de la cultura:

El trastorno de la personalidad antisocial se presenta asociado a un bajo status socioeconómico y al medio urbano. Se ha llamado la atención acerca de que, a veces, el diagnóstico puede ser aplicado erróneamente a sujetos de un medio en el que un comportamiento del tipo antisocial forma parte de una estrategia protectora de supervivencia. Al evaluar los rasgos antisociales, al clínico le será útil tener en cuenta el contexto social y económico en el que ocurren estos comportamientos.

- Aspectos diagnósticos relacionados con el género:

El trastorno de la personalidad antisocial es mucho más frecuente en los varones que en las mujeres. Ha habido un cierto interés en considerar si el trastorno

de la personalidad antisocial podría infradiagnosticarse en las mujeres, sobre todo por el hecho de que en la definición del trastorno disocial se insiste de manera especial en los ítems de agresividad.

- Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico del trastorno de la personalidad antisocial no se establece en sujetos cuya edad sea menor de 18 años y sólo se establece si hay historia de algunos síntomas de trastorno de la conducta antes de los 15 años. En las personas mayores de 18 años, se realiza el diagnóstico de trastorno de la conducta solo si no se cumplen los criterios para el trastorno de la personalidad antisocial.

Cuando el trastorno antisocial de la personalidad en un adulto está asociado a un trastorno por consumo de sustancias, no se establece el diagnóstico del trastorno de la personalidad antisocial a no ser que los signos del trastorno de la personalidad antisocial también hayan aparecido en la infancia y hayan continuado hasta la edad adulta. Cuando el consumo de sustancias y el comportamiento antisocial hayan empezado en la infancia y continúen en la edad adulta, se diagnosticarán tanto trastorno relacionado con sustancias como trastorno antisocial de la personalidad, siempre que se cumplan los criterios para ambos trastornos, aunque algunos actos antisociales sean consecuencia del trastorno relacionado con sustancias (p. ej., venta ilegal de drogas o robos con el fin de obtener dinero para drogas).

El comportamiento antisocial que sólo aparece en el transcurso de una esquizofrenia o un trastorno bipolar no debe diagnosticarse como trastorno de la personalidad antisocial.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno de la personalidad antisocial porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias de sus

rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo presenta rasgos de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno antisocial de la personalidad, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. Los sujetos con trastorno de la personalidad antisocial y trastorno de la personalidad narcisista comparten la tendencia a ser obstinados, simplistas, superficiales, explotadores y poco empáticos. Sin embargo, el trastorno de la personalidad narcisista no incluye las características de impulsividad, agresión y engaño. Además, los sujetos con trastorno de la personalidad antisocial pueden no estar tan necesitados de despertar admiración y envidia en los demás, y las personas con trastorno de la personalidad narcisista no suelen tener historia de trastornos de la conducta en la infancia o de comportamiento delictivo en la edad adulta.

Los sujetos con trastorno de la personalidad antisocial e histriónica comparten una tendencia a ser impulsivos, superficiales, buscadores de sensaciones, imprudentes, seductores y manipuladores, pero las personas con trastorno de la personalidad histriónica tienden a ser más exageradas en sus emociones y no se suelen involucrar en comportamientos antisociales. Los sujetos con trastornos de la personalidad histriónica y límite son manipuladores para obtener cuidado y protección, mientras que los sujetos con trastorno de la personalidad antisocial son manipuladores para sacar un provecho, lograr poder u otra gratificación material. Los sujetos con trastorno de la personalidad antisocial tienden a ser menos inestables emocionalmente y más agresivos que los que presentan un trastorno de la personalidad límite. Aunque el comportamiento antisocial puede aparecer en algunos sujetos con trastorno de la personalidad paranoide, no los demás como en

el trastorno de la personalidad antisocial, sino que más bien suele ser debido a un deseo de venganza.

El trastorno antisocial de la personalidad se ha de diferenciar del comportamiento criminal, cuyo objetivo se centra en obtener un beneficio pero no se acompaña de los rasgos característicos de este trastorno. Los rasgos de personalidad antisocial sólo constituyen un trastorno de la personalidad antisocial cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

- Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10:

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-V son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. A diferencia del DSM-V, la CIE10 no requiere la presencia de síntomas de trastorno comportamental en la infancia. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno disocial de la personalidad.

DSM-V Criterios diagnósticos: 301.7 Trastorno de la personalidad antisocial.

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes hechos:

- (1) Incumplimiento de las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
- (2) Engaño, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
- (3) Impulsividad o fracaso para planificar con antelación

(4) Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones

(5) Desatención 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 evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el curso de una esquizofrenia o un trastorno bipolar.

CIE-10. Criterios diagnósticos: F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.

Se trata de un trastorno de personalidad que, normalmente, llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento, que está caracterizado por:

a) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía

b) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales

c) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas

d) Muy baja tolerancia a la frustración con bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento

e) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo y

f) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo y puede presentarse también una irritabilidad persistente. La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene porqué haberse presentado siempre.

Incluye: trastorno de personalidad sociopática trastorno de personalidad amoral trastorno de personalidad asocial trastorno de personalidad antisocial trastorno de personalidad psicopática.

Excluye: trastornos disociales (F91) trastorno de inestabilidad emocional de personalidad

F60.31 Trastorno de la personalidad límite [301.83]

- Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno de la personalidad límite es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con un trastorno de la personalidad límite realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado (Criterio I). La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. Estos sujetos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación que en realidad es por un tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes (p. ej., reacción de

desesperación brusca cuando el clínico les anuncia el final de su tiempo de visita, angustia o enfurecimiento cuando alguien importante para ellos se retrasa aunque sea sólo unos minutos o cuando tiene que cancelar su cita). Pueden creer que este «abandono» implica el ser «malos». Estos temores a ser abandonados están relacionados con la intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar acompañados de otras personas. Sus frenéticos esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como los comportamientos de automutilación o suicidas, que se describen separadamente en el Criterio 5.

Los individuos con un trastorno de la personalidad límite presentan un patrón de relaciones inestables e intensas (Criterio 2). Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amantes las primeras veces que se tratan, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles más íntimos. Sin embargo, cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no «están» lo suficiente. Estos sujetos pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero sólo con la expectativa de que la otra persona «esté allí» para corresponderles satisfaciendo sus propias necesidades o demandas. Son propensos asimismo a los cambios dramáticos en su opinión sobre los demás, que pueden ser vistos alternativamente como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión con alguna de las personas que se ocupa de ellos y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quien se espera el rechazo o abandono.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo (Criterio 3). Se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales. Pueden producirse

cambios bruscos de las opiniones y los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades. Estos sujetos pueden cambiar bruscamente desde el papel de suplicar la necesidad de ayuda hasta el de vengador justiciero de una afrenta ya pasada. Si bien lo habitual es que su autoimagen esté basada en ser perverso o desgraciado, a veces los individuos con este trastorno tienen también el sentimiento de que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el sujeto percibe una falta de relaciones significativas, de ayuda y de apoyo. Estos sujetos pueden presentar un mal rendimiento laboral o escolar.

Las personas con este trastorno demuestran impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos (Criterio 4). Pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente. Los sujetos con trastorno de la personalidad límite presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación (Criterio 5). El suicidio consumado se observa en un 8-10 % de estos sujetos y los actos de automutilación (cortarse o quemarse) y las amenazas e intentos suicidas son muy frecuentes. El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por los que estos sujetos acuden a tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir o por servirles de expiación de su sentimiento de maldad.

Los sujetos con trastorno de la personalidad límite pueden presentar una inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que normalmente dura sólo unas horas y que es raro que llegue a persistir durante días) (Criterio 6). El estado de ánimo básico de tipo disfórico de los sujetos con un trastorno de la personalidad límite suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación, y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. Estos episodios pueden reflejar la extremada reactividad de estos individuos al estrés interpersonal. Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden estar atormentados por sentimientos crónicos de vacío (Criterio 7). Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer. Es frecuente que los sujetos con trastorno de la personalidad límite expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlar la ira (Criterio 8). Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales. Frecuentemente, la ira es desencadenada cuando consideran a una de las personas que se ocupa de ellos o a un amante negligente, represor, despreocupado o que le abandona. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos. Durante períodos de estrés extremo, se pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización) (Criterio 9), pero generalmente éstos son de duración e intensidad insuficientes para merecer un diagnóstico adicional. Lo más habitual es que estos episodios ocurran como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser pasajeros y duran entre minutos y horas. Con la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos puede producirse la remisión de los síntomas.

- Aspectos asociados que apoyan el diagnóstico:

Los sujetos con trastorno de la personalidad límite pueden presentar un patrón de infravaloración de sí mismos en el momento en que están a punto de lograr un objetivo (p. ej., dejar los estudios justo antes de graduarse, presentar una grave regresión después de haber estado hablando de los progresos de la terapia, destruir una buena relación en el momento en que parece claro que la relación podía tener continuidad). Algunos sujetos presentan síntomas similares a los psicóticos (p. ej., alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de autorreferencia y fenómenos hipnagógicos) durante los períodos de estrés. Los sujetos con este trastorno se pueden sentir más seguros con objetos transitorios (p. ej., un animal doméstico o propiedades inanimadas) que con las relaciones interpersonales. La muerte prematura por suicidio se puede producir en los sujetos con este trastorno, especialmente en quienes concurre un trastorno del estado de ánimo o un trastorno relacionado con sustancias. Como resultado del comportamiento de autoinflingirse malos tratos o por los intentos de suicidio fallidos, se puede producir alguna minusvalía física. Son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones de los estudios y las rupturas matrimoniales. En las historias de la infancia de los sujetos con trastorno de la personalidad límite son frecuentes los malos tratos físicos y sexuales, la negligencia en su cuidado, los conflictos hostiles y la pérdida temprana o la separación parental. Los trastornos coexistentes más frecuentes son los trastornos depresivos y los bipolares, los trastornos de consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia nerviosa), el trastorno por estrés postraumático y los trastornos por déficit de atención. El trastorno de la personalidad límite también se da con frecuencia en simultaneidad con otros trastornos de la personalidad.

- Prevalencia:

Se estima que la prevalencia del trastorno de la personalidad límite es de alrededor del 1.6 % pero podría ser tan elevada como un 5.9 %. La prevalencia en la atención primaria es de alrededor del 6 %, del 10 % entre los individuos que acuden a los centros de salud mental, y en torno al 20 % entre los pacientes psiquiátricos ingresados. La prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad.

- Desarrollo y curso:

Hay una considerable variedad en el curso de los trastornos de la personalidad límite. El patrón más habitual es una inestabilidad crónica en el principio de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud mental y general. El deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente con la edad. Las personas que acuden a intervención terapéutica muestran a menudo una mejoría en algún momento del primer año. De todos modos, la tendencia a experimentar emociones intensas, a actuar de forma impulsiva y a vivir las relaciones con gran intensidad suele perdurar para toda la vida. Durante la cuarta y quinta décadas de la vida, la mayoría de los sujetos con este trastorno logran una mayor estabilidad en sus relaciones y su actividad profesional. Estudios longitudinales de seguimiento de los pacientes ambulatorios, tratados en centros de salud mental, indican que, después de unos 10 años, casi la mitad de las personas ya no tiene un patrón de comportamiento que cumpla con todos los criterios de trastorno de personalidad límite.

- Factores de riesgos y pronósticos:

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad límite es unas cinco veces más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general. También hay un riesgo familiar aumentado para los trastornos por consumo de sustancias, el trastorno de la personalidad antisocial y los trastornos depresivos o bipolares.

- Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura:

El patrón de comportamiento que se observa en el trastorno de la personalidad límite ha sido identificado en muchas partes del mundo. Los adolescentes y los adultos jóvenes con problemas de identidad (especialmente cuando se acompañan de consumo de sustancias) pueden mostrar comportamientos pasajeros que dan la impresión errónea de ser un trastorno de la personalidad límite. Estos casos están caracterizados por la inestabilidad emocional, los dilemas «existenciales», la incertidumbre, la ansiedad provocada por las decisiones que hay que tomar, los conflictos en la orientación sexual y las presiones sociales contradictorias para elegir una profesión.

- Aspectos diagnósticos relacionados con el género:

El trastorno de la personalidad límite se diagnostica con preferencia en mujeres (alrededor del 75 %).

- Diagnóstico diferencial:

El trastorno de la personalidad límite suele presentarse asociado a trastornos depresivos o bipolares. Cuando se cumplen los criterios para los dos trastornos, deben diagnosticarse ambos. Puesto que la presentación transversal de un trastorno depresivo o bipolar puede ser similar a un trastorno de la personalidad límite, el clínico debe evitar efectuar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad

límite basado sólo en la presentación transversal sin haber documentado que el patrón de comportamiento tiene un inicio temprano y un curso prolongado.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno de la personalidad límite porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno de la personalidad límite, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. Aunque el trastorno de la personalidad histriónica también se caracteriza por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulativo y las emociones rápidamente cambiantes, el trastorno de la personalidad límite se diferencia por la autodestructividad, las rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y soledad. Las ideas o las ilusiones paranoides pueden aparecer tanto en el trastorno de la personalidad límite como en el trastorno de la personalidad esquizotípico, pero en el trastorno límite estos síntomas son más pasajeros, interpersonalmente reactivos y en respuesta a estructuras externas.

Si bien el trastorno de la personalidad paranoide y el trastorno de la personalidad narcisista también pueden caracterizarse por una reacción colérica a estímulos menores, la relativa estabilidad de la autoimagen, así como la relativa falta de autodestructividad, impulsividad y las preocupaciones por el abandono, diferencian estos trastornos del trastorno de la personalidad límite. Aunque tanto en el trastorno de la personalidad antisocial como en el trastorno de la personalidad límite se dan comportamientos manipulativos, los sujetos con trastorno de la personalidad antisocial son manipuladores para obtener un provecho, poder u otra

gratificación material, mientras que el objetivo en el trastorno de la personalidad límite está más dirigido a lograr el interés de quienes se ocupan de ellos. Tanto el trastorno de la personalidad dependiente como el trastorno de la personalidad límite se caracterizan por el temor al abandono; sin embargo, el sujeto con trastorno de la personalidad límite reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, en tanto que el sujeto con trastorno de la personalidad dependiente reacciona con un aumento de su mansedumbre y sumisión y busca urgentemente una relación que reemplace la anterior para que le proporcione cuidados y apoyo. Además, el trastorno de la personalidad límite se distingue también del trastorno de la personalidad dependiente por el típico patrón de relaciones intensas e inestables.

El trastorno de la personalidad límite debe diferenciarse de un cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central.

También se tiene que distinguir de los síntomas que pueden aparecer en asociación con el consumo persistente de sustancias.

El trastorno de la personalidad límite debe diferenciarse del problema de identidad, que está reservado para las preocupaciones sobre la identidad relacionadas con una fase del desarrollo (p. ej., la adolescencia) y no se considera un trastorno mental.

- Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10:

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-V son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno de la personalidad por inestabilidad emocional, tipo límite.

Criterios diagnósticos del DSM-V: 301.83 Trastorno de la personalidad límite.

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, 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, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, 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 unos días)

(7) Sentimientos crónicos de vacío

(8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)

(9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

CIE-10. Criterios diagnósticos: F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

Se trata de un trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; estas son fácilmente provocadas al recibir críticas o ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

A. F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo impulsivo:

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos.

Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Incluye: personalidad explosiva y agresiva trastorno explosivo y agresivo de la personalidad

Excluye: trastorno disocial de la personalidad (F60.2)

B. F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo límite:

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas.

La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o actos autoagresivos (aunque estos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Incluye: personalidad "borderline" trastorno "borderline" de la personalidad

F60.4 Trastorno de la personalidad histriónica [301.50]

- Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno de la personalidad histriónica es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con trastorno de la personalidad histriónica no están cómodos o se sienten despreciados cuando no son el centro de atención (Criterio I). En general son vivaces y dramáticos y tienden a llamar la atención, pudiendo, al principio, seducir a sus nuevos conocidos por su entusiasmo, por ser aparentemente muy abiertos o por ser seductores. Sin embargo, estas cualidades van atenuándose con el tiempo a medida que estos sujetos demandan continuamente ser el centro de atención. Hacen el papel de ser «el alma de la fiesta». Cuando no son el centro de atención pueden hacer algo dramático (p. ej., inventar historias, hacer un drama) para atraer la atención sobre sí mismos. Esta necesidad suele ser evidente en su comportamiento con el clínico (p. ej., adular, hacer regalos, hacer descripciones dramáticas de los síntomas físicos y psicológicos que son reemplazados por síntomas nuevos a cada visita).

El aspecto y el comportamiento de los individuos con este trastorno suelen ser inapropiadamente provocadores y seductores desde el punto de vista sexual (Criterio 2). Este comportamiento está dirigido no sólo a las personas por las que el sujeto tiene un interés sexual o romántico, sino que se da en una gran variedad de relaciones sociales, laborales y profesionales, más allá de lo que sería adecuado para ese contexto social. La expresión emocional puede ser superficial y rápidamente cambiante (Criterio 3). Los sujetos con este trastorno utilizan permanentemente el aspecto físico para llamar la atención (Criterio 4). Se preocupan mucho para impresionar a los demás mediante su aspecto y emplean una cantidad excesiva de energías, tiempo y dinero en vestirse y acicalarse. Parece que «busquen piropos» respecto a su aspecto y pueden trastornarse fácilmente ante un comentario crítico sobre su apariencia o ante una fotografía en la que les parece que no han quedado bien.

Estos sujetos tienen una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices (Criterio 5). Expresan opiniones contundentes con un natural talento dramático, pero los argumentos subyacentes suelen ser vagos y difusos y no se apoyan en hechos ni pormenores. Por ejemplo, un sujeto con trastorno de la personalidad histriónica puede comentar que tal persona es un excelente ser humano, aunque es incapaz de proporcionar ningún ejemplo específico de alguna buena cualidad para apoyar esta afirmación. Las personas con este trastorno se caracterizan por la autodramatización, la teatralidad y una expresión exagerada de la emoción (Criterio 6). Pueden molestar a los amigos y conocidos con sus demostraciones emotivas públicas (p. ej., abrazando con demasiado ardor a gente que conocen poco, sollozando descontroladamente por cuestiones sentimentales menores o con berrinches de mal genio). No obstante, es frecuente que sus

emociones parezcan encenderse y apagarse con demasiada rapidez para ser consideradas profundas, lo que puede llevar a los demás a acusar a estos sujetos de fingir tales sentimientos.

Los sujetos con trastorno de la personalidad histriónica son altamente sugestionables (Criterio 7). Sus opiniones y sentimientos son fácilmente influenciados por los demás y por las modas del momento. Pueden llegar a ser incluso demasiado confiados, especialmente respecto a las figuras con una autoridad fuerte, de quienes tienden a pensar que les van a resolver mágicamente sus problemas. Son propensos a tener presentimientos y a adoptar convicciones con rapidez. Los sujetos con este trastorno acostumbran a considerar las relaciones más íntimas de lo que lo son en realidad, describiendo a casi cualquier conocido como «mi querido amigo» o tuteando a los médicos después de haberles visto sólo una o dos veces en circunstancias profesionales (Criterio 8).

- Características asociadas que apoyan el diagnóstico:

Los sujetos con trastorno de la personalidad histriónica pueden tener dificultades para alcanzar la intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales. Sin ser conscientes de ello, frecuentemente están haciendo un papel (p. ej., de «víctima» o de «princesa») en sus relaciones con los demás. Pueden tratar de ejercer un control sobre su compañero mediante la manipulación emocional o la seducción, por una parte, en tanto que, por otra, demuestran una notable dependencia de él. Los sujetos con este trastorno suelen tener unas relaciones deterioradas con los amigos de su mismo sexo debido a que su estilo interpersonal sexualmente provocativo puede ser visto como una amenaza para las relaciones de aquéllos. Estas personas pueden apartar a los amigos con sus demandas de atención constante. A menudo, se entristecen y se enfadan cuando no son el centro

de atención. Buscan la novedad, la estimulación y la excitación, y tienen tendencia a aburrirse con su rutina habitual. Suelen ser poco tolerantes o sentirse frustrados en las situaciones en las que se retrasa la gratificación, y sus actos suelen estar dirigidos a obtener una gratificación inmediata. Si bien es frecuente que empiecen un trabajo o hagan proyectos con mucho entusiasmo, su interés se desvanece rápidamente.

Pueden descuidar las relaciones a largo plazo para dedicarse a la excitación de las nuevas relaciones. No se conoce el riesgo real de suicidio, pero la experiencia clínica sugiere que los individuos con este trastorno tienen un riesgo elevado para los intentos y las amenazas suicidas con el fin de llamar la atención y coaccionar mejor a quienes se ocupan de ellos. El trastorno de la personalidad histriónica se ha asociado a tasas altas de trastorno de síntomas somáticos, trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcional) y trastorno depresivo mayor. Es frecuente la simultaneidad con los trastornos de la personalidad límite, narcisista, antisocial y dependiente.

- Prevalencia:

Los datos obtenidos del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions en 2001-2002 indican una prevalencia del trastorno aproximadamente del 1.84 %.

- Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura:

Las normas para el comportamiento interpersonal, la apariencia física y la expresividad emocional varían ampliamente según las culturas, el sexo y los grupos de edad. Antes de considerar los diversos rasgos (p. ej., emotividad, seducción, estilo interpersonal dramático, búsqueda de novedades, sociabilidad, galantería, impresionabilidad y tendencia a la somatización) como indicadores de un trastorno

de la personalidad histriónica, es importante evaluar si provocan deterioro o malestar clínicamente significativo.

- Aspectos diagnósticos relacionados con el género:

En el marco clínico este trastorno ha sido diagnosticado más frecuentemente en mujeres; sin embargo, la proporción según el sexo no es significativamente diferente a la proporción según el sexo de las mujeres en los respectivos centros clínicos. Por el contrario, algunos estudios que utilizan evaluaciones estructuradas refieren una prevalencia parecida en varones y en mujeres.

- Diagnóstico diferencial:

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno de la personalidad histriónica porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno de la personalidad histriónica, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. Aunque el trastorno de la personalidad límite también se puede caracterizar por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulativo y las emociones rápidamente cambiantes, se diferencia por la autodestructividad, las rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y alteración de la identidad. Los sujetos con trastorno de la personalidad antisocial y los sujetos con trastorno de la personalidad histriónica comparten la tendencia a ser impulsivos, superficiales, buscadores de sensaciones, temerarios, seductores y manipuladores, pero las personas con trastorno de la personalidad histriónica tienden a ser más exagerados en sus emociones y no es característico de ellos implicarse en comportamientos antisociales. Los sujetos con

trastorno de la personalidad histriónica son manipuladores para lograr que les mimen, mientras que las personas con trastorno de la personalidad antisocial son manipuladoras para sacar un provecho o para obtener poder u otra gratificación material. Aunque los sujetos con un trastorno de la personalidad narcisista también buscan con afán la atención de los demás, normalmente desean ser halagados por su «superioridad», mientras que el individuo con trastorno de la personalidad histriónica espera ser visto como frágil o dependiente siempre que esto pueda ser instrumental para lograr atención. Los sujetos con trastorno de la personalidad narcisista pueden exagerar la intimidad de sus relaciones con la demás gente, pero son más propensos a poner énfasis en el status «elevado» o en la riqueza de sus amigos. En el trastorno de la personalidad dependiente, la persona es excesivamente dependiente de los elogios y consejos de los demás, pero sin las características extravagantes, exageradas y emocionales del trastorno de la personalidad histriónica. Muchos individuos muestran rasgos histriónicos de la personalidad. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno de la personalidad histriónica cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

El trastorno de la personalidad histriónica tiene que diferenciarse de un cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos surgen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central.

También se tiene que distinguir de los síntomas que se pueden presentar en asociación con el consumo persistente de sustancias.

- Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10:

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-V para el trastorno de la personalidad histriónica son idénticos en líneas

generales, excepto en que la CIE10 contiene un síntoma menos (esto es, conversación vaga), y, de igual forma, el umbral exigido también es de un síntoma menos.

DSM-V. Criterios diagnósticos: 301.50 Trastorno de la personalidad histriónica.

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

CIE-10. Criterios diagnósticos: F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por la presencia de:

- a) Tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones
- b) Sugestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás
- c) Afectividad lábil y superficial
- d) Búsqueda imperiosa de emociones, de ser apreciado por los demás y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención
- e) Comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir y
- f) Preocupación excesiva por el aspecto físico.

Pueden presentarse además: egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades.

Incluye: personalidad psicoinfantil e histérica trastorno psicoinfantil e histérico de la personalidad.

F60.8 Trastorno de la personalidad narcisista [301.81]

- Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno de la personalidad narcisista es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos.

Los sujetos con este trastorno tienen un sentido grandioso de autoimportancia (Criterio I). Es habitual en ellos el sobrevalorar sus capacidades y exagerar sus conocimientos y cualidades, con lo que frecuentemente dan la impresión de ser jactanciosos y presuntuosos. Pueden asumir alegremente el que otros otorguen un valor exagerado a sus actos y sorprenderse cuando no reciben las alabanzas que esperan y que creen merecer. Es frecuente que de forma implícita en la exageración

de sus logros se dé una infravaloración (devaluación) de la contribución de los demás.

A menudo están preocupados por fantasías de éxito ¡limitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios (Criterio 2). Pueden entregarse a rumiaciones sobre la admiración y los privilegios que «hace tiempo que les deben» y compararse favorablemente con gente famosa o privilegiada.

Los sujetos con trastorno de la personalidad narcisista creen que son superiores, especiales o únicos y esperan que los demás les reconozcan como tales (Criterio 3). Piensan que sólo les pueden comprender o sólo pueden relacionarse con otras personas que son especiales o de alto status y atribuyen a aquellos con quienes tienen relación las cualidades de ser «únicos», «perfectos» o de tener «talento». Los sujetos con este trastorno creen que sus necesidades son especiales y fuera del alcance de la gente corriente. Su propia autoestima está aumentada (por reflejo) por el valor idealizado que asignan a aquellos con quienes se relacionan. Es probable que insistan en que sólo quieren a la persona «más importante» (médico, abogado, peluquero, profesor) o pertenecer a las «mejores» instituciones, pero pueden devaluar las credenciales de quienes les contrarían.

Generalmente, los sujetos con este trastorno demandan una admiración excesiva (Criterio 4). Su autoestima es casi siempre muy frágil. Pueden estar preocupados por si están haciendo las cosas suficientemente bien y por cómo son vistos por los demás. Esto suele manifestarse por una necesidad constante de atención y admiración. Esperan que su llegada sea recibida con un toque de fanfarrias y se sorprenden si los demás no envidian lo que ellos poseen. Intentan recibir halagos constantemente, desplegando un gran encanto.

Las pretensiones de estos sujetos se demuestran en las expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial (Criterio 5). Esperan ser atendidos y están confundidos o furiosos si esto no sucede. Por ejemplo, pueden asumir que ellos no tienen por qué hacer cola y que sus prioridades son tan importantes que los demás deberían ser condescendientes con ellos, por lo que se irritan si los otros no les ayudan en su trabajo «que es tan importante». Esta pretenciosidad, combinada con la falta de sensibilidad para los deseos y necesidades de los demás, puede acarrear la explotación consciente o inconsciente del prójimo (Criterio 6). Esperan que se les dé todo lo que deseen o crean necesitar, sin importarles lo que les pueda representar a los demás. Por ejemplo, estos sujetos pueden esperar una gran dedicación por parte de los demás y pueden hacerles trabajar en exceso sin tener en cuenta el impacto que esto pueda tener en sus vidas.

Tienden a hacer amistades o a tener relaciones románticas sólo si la otra persona parece dispuesta a plegarse a sus designios o a hacerle mejorar de alguna forma su autoestima. Con frecuencia usurpan privilegios especiales y recursos extras que piensan que merecen por ser tan especiales.

Generalmente, los sujetos con trastorno de la personalidad narcisista carecen de empatía y tienen dificultades para reconocer los deseos, las experiencias subjetivas y los sentimientos de los demás (Criterio 7). Pueden asumir que los otros están totalmente interesados en su bienestar. Tienden a hablar de sus propios intereses con una extensión y un detalle inadecuados, en tanto que no consiguen darse cuenta de que los demás tienen sentimientos y necesidades. A menudo son desdeñosos e impacientes con los demás cuando éstos se refieren a sus propios problemas y preocupaciones. Estos individuos pueden ser ajenos al daño que pueden hacer sus comentarios (p. ej., explicar con gran alegría a un antiguo amante

que «ahora tengo una relación para toda la vida» o presumir de salud delante de alguien que se encuentra enfermo). Cuando se reconocen las necesidades, los deseos o los sentimientos de los demás, es probable que sean vistos con menosprecio como signos de debilidad o vulnerabilidad. Quienes se relacionan con sujetos con un trastorno de la personalidad narcisista es característico que lleguen a una frialdad emocional y una falta de interés recíproco.

Estos sujetos suelen envidiar a los demás o creen que los demás les envidian a ellos (Criterio 8). Pueden envidiar los éxitos y las propiedades ajenas, creyendo que ellos son más merecedores de aquellos logros, admiración o privilegios. Pueden devaluar con acritud las aportaciones de los demás, en especial cuando aquellos sujetos han recibido el reconocimiento o las alabanzas por sus méritos. Los comportamientos arrogantes y soberbios caracterizan a estas personas. Frecuentemente presentan actitudes prepotentes, desdeñosas o altivas (Criterio 9). Por ejemplo, un individuo con este trastorno puede quejarse de la «tosquedad» o la «estupidez» de un camarero o acabar una evaluación médica con una valoración condescendiente del médico.

- Síntomas y trastornos asociados:

La vulnerabilidad de la autoestima hace al sujeto con trastorno de la personalidad narcisista muy sensible al «ultraje» de la crítica o la frustración. Aunque tal vez no lo demuestren abiertamente, las críticas pueden obsesionar a estos sujetos y hacer que se sientan humillados, degradados, hundidos y vacíos. Pueden reaccionar con desdén, rabia o contraatacando de forma desafiante. Estas experiencias suelen conducir al retraimiento social o a una apariencia de humildad que puede enmascarar y proteger la grandiosidad.

Las relaciones interpersonales están típicamente deterioradas debido a los problemas derivados de su pretenciosidad, necesidad de admiración y de la relativa falta de interés por la sensibilidad de los demás. Aunque la ambición y la confianza en ocasiones dan lugar a logros importantes, el rendimiento puede estar trastornado por la intolerancia a las críticas y las frustraciones. Algunas veces el rendimiento profesional es muy bajo, reflejando una renuncia a asumir un riesgo en la competición o en otras circunstancias en las que es posible la frustración. Sentimientos persistentes de vergüenza o humillación y la autocrítica inherente pueden estar asociados a retraimiento social, estado de ánimo depresivo y trastorno depresivo mayor o distímico. Por el contrario, los períodos persistentes de grandiosidad pueden ir asociados a un estado de ánimo hipomaniaco. El trastorno de la personalidad narcisista se asocia también con la anorexia nerviosa y los trastornos relacionados con sustancias (especialmente los relacionados con la cocaína).

Los trastornos de la personalidad histriónica, límite, antisocial y paranoide pueden asociarse con el trastorno narcisista de la personalidad.

- Síntomas dependientes de la edad y el sexo:

Los rasgos narcisistas son especialmente frecuentes en adolescentes y no indican necesariamente que el sujeto vaya a presentar en el futuro trastorno narcisista de la personalidad. Los sujetos con trastorno de la personalidad narcisista pueden tener dificultades especiales para adaptarse cuando se producen las limitaciones físicas y laborales inherentes al proceso de envejecimiento. El 50-70 % de los sujetos que reciben el diagnóstico de trastorno de la personalidad narcisista son varones.

- Prevalencia:

Las estimaciones de la prevalencia del trastorno de la personalidad narcisista oscilan entre el 2 y el 16 % en la población clínica y son menos del 1 % en la población general.

- Diagnóstico diferencial:

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno de la personalidad narcisista porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno narcisista de la personalidad, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. La característica más útil para discriminar entre el trastorno de la personalidad narcisista y los trastornos de la personalidad histriónico, antisocial y límite (cuyos estilos de interacción son respectivamente la coquetería, la insensibilidad y la pobreza personal) es la grandiosidad típica del trastorno narcisista de la personalidad. La estabilidad relativa de la autoimagen, así como la relativa falta de autodestructividad, impulsividad y preocupaciones de abandono, también ayudan a distinguir el trastorno de la personalidad narcisista del trastorno límite de la personalidad. El orgullo excesivo por los logros, una falta relativa de demostraciones emocionales y el desdén por las sensibilidades ajenas ayudan a distinguir el trastorno de la personalidad narcisista del trastorno de la personalidad histriónica.

Aunque los sujetos con trastornos de la personalidad límite, histriónico y narcisista pueden exigir mucha atención, los sujetos con trastorno de la personalidad narcisista necesitan que la atención sea específicamente del tipo de la admiración. Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad y con trastorno de la personalidad narcisista pueden compartir una tendencia a ser duros, poco sinceros,

superficiales, explotadores y poco empáticos. Sin embargo, el trastorno de la personalidad narcisista no incluye necesariamente las características de impulsividad, agresión y engaño. Además, los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad pueden no estar tan necesitados de despertar admiración y envidia en los demás, y las personas con trastorno de la personalidad narcisista no suelen tener una historia de trastorno disocial en la infancia o de comportamiento delictivo en la edad adulta. Tanto en el trastorno de la personalidad narcisista como en el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, el individuo puede entregarse al perfeccionismo y creer que los demás no pueden hacer bien las cosas.

En contraste con la autocrítica que acompaña a los que presentan trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, los sujetos con trastorno de la personalidad narcisista son más propensos a creer que han alcanzado la perfección. La suspicacia y el retraimiento social acostumbran a diferenciar a los sujetos con trastorno esquizotípico o paranoide de la personalidad de los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad. Cuando estas cualidades aparecen en un sujeto con trastorno narcisista de la personalidad, derivan primariamente del temor a que se demuestren sus imperfecciones o defectos. La grandiosidad puede surgir como parte de un episodio maníaco o hipomaníaco, pero esta asociación con el cambio del estado de ánimo o el deterioro funcional ayuda a distinguir estos episodios del trastorno narcisista de la personalidad.

El trastorno de la personalidad narcisista tiene que diferenciarse de un cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos surgen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central. También se tiene que distinguir de los síntomas que pueden aparecer en asociación con el

consumo crónico de sustancias (p. ej., el trastorno relacionado con la cocaína no especificado).

Muchos individuos que han conseguido éxito y prosperidad demuestran rasgos de personalidad que pueden considerarse narcisistas. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno de la personalidad narcisista cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

- Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10:

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 recogen los criterios diagnósticos del DSM-V para el trastorno de la personalidad narcisista en el Anexo 1, «Criterios diagnósticos provisionales para algunos trastornos».

DSM-V: Criterios diagnósticos: 301.81 Trastorno de la personalidad narcisista.

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 capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados)

(2) Está preocupado por fantasías de éxito ¡limitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios

(3) Cree que es «especial» y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status

(4) Exige una admiración excesiva

(5) Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan 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 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 soberbias

NOTA: Este trastorno no tiene epígrafe específico en la CIE-10 y se incluye en el epígrafe F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.

Trastornos de la personalidad del grupo C

F60.6 Trastorno de la personalidad evasiva [301.82]

- Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno de la personalidad evasiva es un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienzan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos.

Los sujetos con trastorno de la personalidad evasiva rehúsan trabajos o actividades escolares que impliquen un contacto interpersonal importante, porque tienen miedo de las críticas, la desaprobación o el rechazo (Criterio I). Pueden declinar las ofertas de promoción laboral debido a que las nuevas responsabilidades ocasionarían críticas de los compañeros. Estos individuos evitan hacer nuevos amigos a no ser que estén seguros de que van a ser apreciados y aceptados sin

críticas (Criterio 2). Hasta que no superan pruebas muy exigentes que demuestren lo contrario, se considera que los demás son críticos y les rechazan. Las personas con este trastorno no participan en actividades de grupo a no ser que reciban ofertas repetidas y generosas de apoyo y protección. La intimidad personal suele ser difícil para ellos, aunque son capaces de establecer relaciones íntimas cuando hay seguridad de una aceptación incondicional. Pueden actuar con represión, tener dificultades para hablar de sí mismos y tener sentimientos íntimos de temor a ser comprometidos, ridiculizados o avergonzados (Criterio 3).

Los sujetos con este trastorno, puesto que les preocupa la posibilidad de ser criticados o rechazados en las situaciones sociales, tienen el umbral para detectar estas reacciones exageradamente bajo (Criterio 4). Pueden sentirse extremadamente ofendidos si alguien se muestra crítico o incluso levemente en contra. Tienden a ser tímidos, callados, inhibidos e «invisibles» por temor a que la atención vaya a comportar la humillación o el rechazo. Piensan que digan lo que digan los demás lo van a encontrar «equivocado» y que, por tanto, es mejor no decir nada. Reaccionan mal a las bromas sutiles que son sugerentes de ridículo o burla. A pesar de sus ansias de participación activa en la vida social, temen poner su bienestar en manos de los demás. Los sujetos con trastorno de la personalidad evasiva están inhibidos en las situaciones interpersonales nuevas porque se sienten inferiores y tienen una baja autoestima (Criterio 5). Las dudas respecto a su aptitud social y su interés personal se hacen especialmente manifiestas en las situaciones que implican interacciones con extraños. Estos sujetos se creen a sí mismos socialmente ineptos, personalmente poco interesante o inferiores a los demás (Criterio 6). Normalmente son reacios a asumir riesgos personales o a involucrarse en nuevas actividades, ya que esto puede ponerles en aprietos (Criterio 7). Son

propensos a exagerar el peligro potencial de las situaciones ordinarias, y de su necesidad de certeza y seguridad puede surgir un estilo de vida restrictivo. Los sujetos con este trastorno son capaces de anular una entrevista laboral por temor a encontrarse en aprietos por no vestir adecuadamente. Los síntomas somáticos secundarios u otros problemas pueden ser una razón suficiente para evitar nuevas actividades.

- Características asociadas que apoyan el diagnóstico:

Los individuos con trastorno de la personalidad evasiva suelen evaluar atentamente los movimientos y expresiones de aquellos con quienes tienen contacto. Sus temores y su comportamiento tenso pueden provocar la ridiculización y la burla de los demás, lo que a su vez confirma sus dudas sobre sí mismos. Sienten mucha ansiedad ante la posibilidad de reaccionar a las críticas sonrojándose o llorando. Los demás les describen como «vergonzosos», «tímidos», «solitarios» y «aislados». Los mayores problemas asociados a este trastorno se presentan en la actividad social y laboral. La baja autoestima y la hipersensibilidad al rechazo están asociadas a la restricción de contactos interpersonales. Estos sujetos llegan a estar relativamente aislados y normalmente no tienen una gran red de apoyo social que les ayude en los momentos de crisis. Desean afecto y aceptación y pueden tener fantasías sobre relaciones idealizadas con otros. Los comportamientos de evitación también afectan adversamente la actividad laboral, porque estas personas tratan de eludir los tipos de situaciones que pueden ser importantes para alcanzar las demandas básicas de trabajo o para promocionarse. Otros trastornos que normalmente se diagnostican asociados son trastorno de la personalidad evasiva son los trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad (fobia social). El trastorno de la personalidad evasiva se diagnostica a menudo junto con el trastorno de la

personalidad dependiente, porque los sujetos con trastorno de la personalidad evasiva acaban estando muy ligados y siendo muy dependientes de las personas de quienes son amigos. El trastorno de la personalidad evasiva también suele diagnosticarse asociado al trastorno límite de la personalidad y a los trastornos de personalidad del grupo A (p. ej., trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide o esquizotípico).

- Prevalencia:

Los datos de la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions 2001-2002 indican una prevalencia del trastorno de la personalidad evasiva de alrededor de un 2.4 %.

- Desarrollo y curso:

El comportamiento de evitación suele comenzar en la infancia o la niñez con vergüenza, aislamiento y temor a los extraños y a las situaciones nuevas. Aunque la vergüenza en la niñez sea un precursor habitual del trastorno de la personalidad por evitación, en muchos sujetos tiende a desaparecer gradualmente a medida que se hacen mayores. Por el contrario, los individuos que van a desarrollar trastorno de la personalidad por evitación se vuelven cada vez más vergonzosos y evitadores a lo largo de la adolescencia y el principio de la edad adulta, cuando las relaciones sociales con gente nueva se hacen especialmente importantes. Hay algunas pruebas de que el trastorno de la personalidad por evitación en los adultos tiende a hacerse menos evidente o a remitir con la edad. Este diagnóstico se debe utilizar con mucha precaución en los niños y adolescentes, en los que la conducta tímida y evasiva podría ser apropiada durante el desarrollo.

- Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura:

Puede haber variaciones en el grado en que diferentes grupos étnicos y culturales contemplan la timidez y la evitación como adecuadas. Además, el comportamiento de evitación puede ser el resultado de los problemas de educación consecuencia de la inmigración.

- Aspectos diagnósticos relacionados con el género:

El trastorno de la personalidad por evitación parece ser tan frecuente en varones como en mujeres.

- Diagnóstico diferencial:

Parece existir una gran superposición entre el trastorno de personalidad evasiva y el trastorno de ansiedad social (fobia social). Tanto es así que pueden ser conceptualizaciones alternativas de las mismas o similares alteraciones. La evitación también caracteriza la agorafobia y a menudo coinciden.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno de la personalidad por evitación porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno de la personalidad evasiva, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. Tanto el trastorno de la personalidad evasiva como el trastorno de la personalidad dependiente se caracterizan por sentimientos de incompetencia, hipersensibilidad a la crítica y necesidad de reafirmación. Aunque la principal preocupación en el trastorno de la personalidad evasiva es la evitación de la humillación y el rechazo, en el trastorno de la personalidad dependiente se centra en ser atendido y cuidado. Sin embargo, es especialmente frecuente que se asocien el trastorno de la personalidad evasivo y el trastorno de la personalidad dependiente.

Al igual que el trastorno de la personalidad evasivo, el trastorno de la personalidad esquizoide y el trastorno de la personalidad esquizotípico se caracterizan por el aislamiento social. Sin embargo, los sujetos con trastorno de la personalidad evasivo desean tener relaciones con otros y sufren profundamente por su soledad, mientras que quienes presentan trastorno de la personalidad esquizoide o trastorno de la personalidad esquizotípico pueden estar satisfechos con aquélla e incluso preferir el aislamiento social. El trastorno de la personalidad paranoide y el trastorno de la personalidad evasiva están caracterizados por la renuncia a confiar en los demás. Sin embargo, en el trastorno de la personalidad evasivo esto se debe más al miedo a encontrarse en un compromiso o a ser considerado inferior que al miedo a las malas intenciones del prójimo.

Muchos sujetos muestran rasgos de personalidad evitadores. Estos rasgos sólo constituyen trastorno de la personalidad por evitación cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

El trastorno de la personalidad evasivo tiene que diferenciarse de un cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central.

También hay que distinguirlo de los síntomas que se pueden presentar en asociación con el consumo persistente de sustancias.

- Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10:

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-V para el trastorno de la personalidad evasiva son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. En la CIE-10, este trastorno está recogido por el nombre de trastorno ansioso (por evitación) de la personalidad.

DSM-V. Criterios diagnósticos: 301.82 Trastorno de la personalidad evasiva.

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan 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 agradar

(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 inferioridad

(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

CIE-10. Criterios diagnósticos: F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por la presencia de:

a) Sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor

b) Preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás

c) Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad;

d) Resistencia a entablar relaciones personales si no es con al
seguridad de ser aceptados

e) Restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una
seguridad física y

f) Evitación de actividades sociales o laborales que impliquen contactos
personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo. Puede
presentarse también una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

F60.7 Trastorno de la personalidad dependiente [301.6]

- Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno de la personalidad dependiente es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los comportamientos dependientes y sumisos están destinados a provocar atenciones y surgen de una percepción de uno mismo como incapaz de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Los sujetos con trastorno de la personalidad dependiente tienen grandes dificultades para tomar las decisiones cotidianas (p. ej., qué color de camisa escoger para ir a trabajar o si llevar paraguas o no), si no cuentan con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás (Criterio 1). Estos individuos tienden a ser pasivos y a permitir que los demás (frecuentemente una única persona) tomen las iniciativas y asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida (Criterio 2). Es típico que los adultos con este trastorno dependan de un progenitor o del cónyuge para decidir dónde deben vivir, qué tipo de

trabajo han de tener y de quién tienen que ser amigos. Los adolescentes con este trastorno permitirán que sus padres decidan qué ropa ponerse, con quién tienen que ir, cómo tienen que emplear su tiempo libre y a qué escuela o colegio han de ir. Esta necesidad de que los demás asuman las responsabilidades va más allá de lo que es apropiado para la edad o para la situación en cuanto a pedir ayuda a los demás (p. ej., las necesidades específicas de los niños, las personas mayores y los minusválidos). El trastorno de la personalidad dependiente puede darse en un sujeto con una enfermedad médica o una incapacidad grave, pero en estos casos la dificultad para asumir responsabilidades debe ir más lejos de lo que normalmente se asocia a esa enfermedad o incapacidad.

Los sujetos con trastorno de la personalidad dependiente suelen tener dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, sobre todo con aquellos de quienes dependen, porque tienen miedo de perder su apoyo o su aprobación (Criterio 3). Estos sujetos se sienten tan incapaces de funcionar solos, que se mostrarán de acuerdo con cosas que piensan que son erróneas antes de arriesgarse a perder la ayuda de aquellos de quienes esperan que les dirijan. No muestran el enfado que sería apropiado con aquellos cuyo apoyo y protección necesitan por temor a contrariarles. El comportamiento no se debe considerar indicador de trastorno de la personalidad dependiente si las preocupaciones por las consecuencias de expresar el desacuerdo son realistas (p. ej., temores realistas de venganza por parte de un cónyuge agresivo).

A los sujetos con este trastorno les es difícil iniciar proyectos o hacer las cosas con independencia (Criterio 4). Les falta confianza en sí mismos y creen que necesitan ayuda para empezar y llevar a cabo las tareas. Esperarán a que los demás empiecen a hacer las cosas, porque piensan que, por regla general, lo hacen

mejor que ellos. Estas personas están convencidas de que son incapaces de funcionar de forma independiente y se ven a sí mismos como ineptos y necesitados de ayuda constante. Sin embargo, pueden funcionar adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien más les está supervisando y les aprueba. Pueden tener miedo a hacerse o a parecer más competentes, ya que piensan que esto va a dar lugar a que les abandonen. Puesto que confían en los demás para solucionar sus problemas, frecuentemente no aprenden las habilidades necesarias para la vida independiente, lo que perpetúa la dependencia.

Los sujetos con trastorno de la personalidad dependiente pueden ir demasiado lejos llevados por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntarios para tareas desagradables si estos comportamientos les van a proporcionar los cuidados que necesitan (Criterio 5). Están dispuestos a someterse a lo que los demás quieran, aunque las demandas sean irrazonables. Su necesidad de mantener unos vínculos importantes suele comportar unas relaciones desequilibradas y distorsionadas. Pueden hacer sacrificios extraordinarios o tolerar malos tratos verbales, físicos o sexuales (debe tenerse en cuenta que este comportamiento sólo debe considerarse indicador de trastorno de la personalidad dependiente cuando quede claramente demostrado que el sujeto dispone de otras posibilidades.) Los sujetos con este trastorno se sienten incómodos o desamparados cuando están solos debido a sus temores exagerados a ser incapaces de cuidar de sí mismos (Criterio 6). Pueden ir «pegados» a otros únicamente para evitar estar solos, aun cuando no estén interesados o involucrados en lo que está sucediendo. Cuando termina una relación importante (p. ej., la ruptura con un amante o la muerte de alguien que se ocupaba de ellos), los individuos con trastorno de la personalidad dependiente buscan urgentemente otra relación que les

proporcione el cuidado y el apoyo que necesitan (Criterio 7). Su creencia de que son incapaces de funcionar en ausencia de una relación estrecha con alguien motiva el que estos sujetos acaben, rápida e indiscriminadamente, ligados a otra persona. Los sujetos con este trastorno suelen estar preocupados por el miedo a que les abandonen y tengan que cuidar de sí mismos (Criterio 8). Se ven a sí mismos tan dependientes del consejo y la ayuda de otra persona importante, que les preocupa ser abandonados por dicha persona aunque no haya fundamento alguno que justifique esos temores. Para ser considerados indicadores de este criterio, los temores deben de ser excesivos y no realistas. Por ejemplo, un anciano con cáncer que se muda a casa de su hijo para que le cuide estaría presentando un comportamiento dependiente que es apropiado dadas las circunstancias de esa persona.

- Características asociadas que apoyan el diagnóstico:

Los sujetos con trastorno de la personalidad dependiente se caracterizan por el pesimismo y la inseguridad en sí mismos, tienden a minimizar sus capacidades y sus valores y pueden referirse constantemente a sí mismos como «inútiles». Toman las críticas y la desaprobación como pruebas de su inutilidad y pierden la fe en sí mismos. Buscan la sobreprotección y ser dominados por los demás. La actividad laboral puede estar deteriorada si se requiere una iniciativa independiente. Evitan las posiciones de responsabilidad y experimentan ansiedad al enfrentarse a las decisiones a tomar. Las relaciones sociales tienden a limitarse a las pocas personas de quienes el sujeto es dependiente. Puede haber un riesgo elevado de trastornos del estado depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación. El trastorno de la personalidad dependiente se asocia frecuentemente a otros trastornos de la personalidad, en especial a los trastornos de la personalidad límite,

evitativo e histriónico. Puede predisponer a desarrollar este trastorno el que el sujeto haya presentado una enfermedad médica crónica o un trastorno de ansiedad por separación en la infancia o la adolescencia.

- Prevalencia:

Los datos de la National Epidemiologic Surveys on Alcohol and Related Conditions 2001-2002 indican una prevalencia del trastorno de la personalidad dependiente del 0.49 % y la estimación de la prevalencia de la personalidad dependiente obtenida en una muestra probabilística de la Parte II de la National Comorbidity Survey Replication es del 0.6 %.

- Desarrollo y curso:

En los niños y adolescentes este diagnóstico debe utilizarse con gran precaución, si es que se utiliza, ya que el comportamiento dependiente puede ser apropiado en el proceso de desarrollo.

- Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura:

El grado en que los comportamientos dependientes se consideran adecuados varía sustancialmente según la edad y los grupos socioculturales. La edad y los factores culturales han de ser tenidos en cuenta para evaluar el umbral diagnóstico de cada criterio. El comportamiento dependiente sólo debe considerarse característico del trastorno cuando sea claramente excesivo para las normas culturales del sujeto o refleje preocupaciones no realistas. En algunas sociedades es característico poner énfasis en la pasividad, la cortesía y el trato respetuoso, lo que puede ser malinterpretado como rasgos de trastorno de la personalidad dependiente. Del mismo modo, la sociedad puede promover o desalentar el comportamiento dependiente de una forma diferente en varones y mujeres.

- Aspectos diagnósticos relacionados con el género:

En el marco clínico, el trastorno se ha diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres, aunque algunos estudios señalan unas tasas de prevalencia similares en varones y mujeres.

- Diagnóstico diferencial:

El trastorno de la personalidad dependiente debe diferenciarse de la dependencia que surge como consecuencia de otros trastornos mentales (p. ej., los trastornos depresivos, el trastorno de pánico y la agorafobia) y como resultado de enfermedades médicas.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno de la personalidad dependiente porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno de la personalidad dependiente, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. Aunque muchos trastornos de la personalidad se caracterizan por los rasgos de dependencia, el trastorno de la personalidad dependiente puede distinguirse por el predominio del comportamiento de sumisión, reactiva y de adhesión. Tanto el trastorno de la personalidad dependiente como el trastorno de la personalidad límite se caracterizan por el temor al abandono; sin embargo, el individuo con trastorno de la personalidad límite reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, mientras que el individuo con trastorno de la personalidad dependiente reacciona con un aumento de la mansedumbre y la sumisión y busca urgentemente una relación de reemplazo que proporcione cuidados y apoyo. Además, el trastorno de la personalidad límite puede distinguirse del trastorno de la personalidad dependiente por el típico patrón de

relaciones inestables e intensas. Los sujetos con trastorno de la personalidad histriónica, al igual que los que tienen trastorno de la personalidad dependiente, experimentan una gran necesidad de reafirmación y aprobación, y pueden parecer infantiles y pegajosos. Sin embargo, a diferencia del trastorno de la personalidad dependiente, que se caracteriza por la anulación de uno mismo y un comportamiento dócil, el trastorno de la personalidad histriónica se caracteriza por la extravagancia gregaria con demandas activas de atención. Tanto el trastorno de la personalidad dependiente como el trastorno de la personalidad evasiva están caracterizados por sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad a las críticas y necesidad de reafirmación; sin embargo, los sujetos con trastorno de la personalidad evasiva tienen un temor tan fuerte a la humillación y al rechazo, que se aíslan hasta que están seguros de ser aceptados. Por el contrario, los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia tienen más bien un patrón de búsqueda y mantenimiento de los contactos con las personas importantes para ellos, que de evitación y alejamiento de las relaciones.

Muchos sujetos muestran rasgos de dependencia de la personalidad. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno de la personalidad dependiente cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo malestar subjetivo.

El trastorno de la personalidad dependiente tiene que diferenciarse de un cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central.

También se debe distinguir de los síntomas que se pueden presentar en asociación con el consumo persistente de sustancias.

- Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10:

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-V para el trastorno de la personalidad dependiente son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno.

DSM-V: Criterios diagnósticos: F60.7 Trastorno de la personalidad dependiente.

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) Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás

(2) Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida

(3) Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas

(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) Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y 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, busca urgentemente 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

CIE-10. Criterios diagnósticos: F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

a) Fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida

b) Subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que se depende, sumisión excesiva a sus deseos

c) Resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables, a las personas de las que se depende

d) La presencia de sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo, debido a miedos exagerados a ser capaz de cuidar de sí mismo

e) Temor a ser abandonado por una persona con la que se tiene una relación estrecha y temor a ser dejado a su propio cuidado y

f) Presencia de una capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas sin el consejo o seguridad de los demás.

Pueden presentarse además percepción de sí mismo como inútil, incompetente y falta de resistencia.

Incluye: personalidad asténica personalidad inadecuada personalidad pasiva personalidad derrotista trastorno asténico de la personalidad trastorno inadecuado de la personalidad trastorno pasivo de la personalidad trastorno derrotista asténico de la personalidad.

F60.5 Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva [301.4]

- Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva intentan mantener la sensación de control mediante una atención esmerada a las reglas, los detalles triviales, los protocolos, las listas, los horarios o las formalidades hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad (Criterio 1). Son excesivamente cuidadosos y propensos a las repeticiones, a prestar una atención extraordinaria a los detalles y a comprobar repetidamente los posibles errores. No son conscientes del hecho de que las demás personas acostumbran a enfadarse por los retrasos y los inconvenientes que derivan de ese comportamiento. Por ejemplo, cuando estos individuos pierden una lista de las cosas que hay que hacer, son capaces de invertir una gran cantidad de tiempo buscándola en lugar de emplear unos minutos en volver a confeccionarla de memoria y ponerse a hacer las tareas de que se trate. El tiempo se distribuye mal y las tareas más importantes se dejan para el último momento. El perfeccionismo y los altos niveles de rendimiento que se autoimponen causan a estos sujetos una disfunción y un malestar significativos. Pueden estar tan interesados en llevar a cabo con absoluta perfección cualquier detalle de un proyecto, que éste no se acabe nunca (Criterio 2). Por ejemplo, se retrasa la finalización de un informe escrito debido al tiempo que se pierde en reescribirlo repetidas veces hasta que todo quede prácticamente «perfecto». Los objetivos se pierden y los aspectos que no constituyen el objetivo actual de la actividad pueden caer en el desorden.

Los sujetos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva muestran una dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (Criterio 3). Este comportamiento no está motivado por necesidades económicas. Piensan muy a menudo que no tienen tiempo para tomarse una tarde o un fin de semana para salir o simplemente relajarse. Van posponiendo una actividad placentera, como son unas vacaciones, de manera que nunca la llegan a realizar. Cuando dedican algún tiempo a las actividades de ocio o a las vacaciones, se sienten muy incómodos, a no ser que hayan llevado consigo algo de trabajo, de forma que no estén «perdiendo el tiempo». Puede haber una gran concentración en el trabajo doméstico (p. ej., haciendo limpieza repetidamente, de manera que «hasta se podría comer en el suelo»). Si pasan un tiempo con amigos, es probable que sea en algún tipo de actividad organizada (p. ej., deportes). Se toman las aficiones o las actividades recreativas como tareas serias que exigen una cuidadosa organización y un duro esfuerzo para hacerlas bien. Lo que importa es que la ejecución sea perfecta. Estos sujetos convierten el juego en una tarea estructurada (p. ej., corrigiendo a un niño por no ensartar los aros en los postes en el orden correcto, diciendo a un niño que aún está aprendiendo a andar que conduzca su triciclo en línea recta, convirtiendo un partido de pelota en una pesada «lección»).

Los sujetos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva pueden ser demasiado tercos, escrupulosos e inflexibles en temas de moral, ética o valores (Criterio 4). Pueden forzarse a sí mismos y a los demás a seguir unos principios morales rígidos y unas normas de comportamiento muy estrictas. También son críticos despiadados de sus propios errores. Los sujetos con este trastorno son rígidamente respetuosos con la autoridad y las normas, e insisten en su

cumplimiento al pie de la letra, sin saltarse ninguna norma por circunstancias atenuantes. Por ejemplo, el sujeto no dejaría dinero para llamar por teléfono a un amigo, porque «nadie tiene que pedir ni tomar nada prestado» o porque «sería perjudicial para el carácter de esa persona». Estas características no deben ser explicables por la identificación cultural o religiosa de la persona

Los sujetos con este trastorno son incapaces de tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental (Criterio 5). Admiten que son como esos animalitos que todo lo guardan. Piensan que el tirar cosas es un despilfarro, porque «nunca se sabe cuándo va a necesitar uno alguna cosa» y les molesta mucho que alguien trate de desprenderse de algo que ellos han guardado. Sus esposas y compañeros de habitación pueden quejarse de la cantidad de espacio ocupado por ropa vieja, revistas, utensilios rotos y cosas parecidas.

Los sujetos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva son reacios a delegar tareas o trabajo en otros (Criterio 6). Insisten obstinada e irrazonablemente en que todo se haga a su manera y en que la gente se adapte a su forma de hacer las cosas. Con frecuencia, dan instrucciones muy detalladas sobre cómo se tiene que hacer todo (p. ej., hay una única forma de segar el césped, de lavar los platos o de hacer una caseta para el perro) y se sorprenden e irritan si los demás sugieren otras alternativas posibles. Otras veces rechazarán ofertas de ayuda, aunque sea de una forma programada, porque piensan que nadie más lo puede hacer bien.

Los individuos con este trastorno pueden ser tacaños y avaros, y llevar un nivel de vida muy inferior al que pueden permitirse debido a su creencia de que los gastos tienen que controlarse mucho para prevenir catástrofes futuras (Criterio 7). Los sujetos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se caracterizan por la rigidez y la obstinación (Criterio 8). Están tan preocupados por hacer las cosas

de la única forma correcta, que les cuesta estar de acuerdo con las ideas de nadie más. Estas personas planifican meticulosamente cualquier detalle y son reacios a considerar la posibilidad de un cambio. Puesto que están inmersos en su propia perspectiva, tienen dificultades para acusar recibo de los puntos de vista de los demás. Los amigos y colegas acaban frustrados por esa continua rigidez. Los sujetos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, aunque reconozcan que el hecho de transigir puede ir en beneficio propio, se negarán a ello obstinadamente, argumentando que se mantienen «por principios».

- Síntomas y trastornos asociados:

Cuando las normas y los protocolos establecidos no dictan la respuesta correcta, la toma de decisiones se convierte en un proceso de larga duración y a menudo doloroso. Los sujetos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva tienen tantas dificultades para decidir qué tareas son prioritarias o cuál es la mejor forma de hacer alguna cosa concreta, que puede ser que nunca empiecen a hacer nada. Tienen tendencia a trastornarse o enfadarse en las situaciones en las que no son capaces de mantener el control de su entorno físico o interpersonal, si bien es típico que la ira no se exprese de manera abierta. Por ejemplo, una persona puede enfadarse si el servicio de un restaurante es malo, pero, en lugar de quejarse a la dirección, meditará sobre cuánto va a dejar de propina. En otras ocasiones, la ira puede expresarse con una indignación justiciera por lo que aparenta ser una cuestión secundaria. Las personas con este trastorno están especialmente atentas a su status respecto a las relaciones de dominio-sumisión y muestran una deferencia exagerada a una autoridad a la que respetan y una resistencia exagerada a una autoridad que no respetan.

Los individuos con este trastorno suelen expresar afecto de forma muy controlada o muy ampulosa y se sienten muy incómodos en presencia de otras personas emocionalmente expresivas. Sus relaciones cotidianas son serias y formales, y pueden estar serios en situaciones en que los demás ríen y están contentos (p. ej., al dar la bienvenida a la novia en el aeropuerto). Se contienen cautelosamente hasta estar seguros de que lo que van a decir es perfecto. Pueden estar preocupados por lo lógico y lo intelectual y ser intolerantes con el comportamiento afectivo de los demás. Es frecuente que les cueste expresar sentimientos de ternura y es raro que hagan halagos. Los sujetos con este trastorno pueden experimentar dificultades y malestar laborales, especialmente al enfrentarse a situaciones nuevas que exijan flexibilidad y compromiso.

Las personas con trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social (fobia social) y las fobias específicas, y con trastorno obsesivo-compulsivo presentan una mayor probabilidad de tener un trastorno de la personalidad que cumpla con los criterios de la personalidad obsesivo-compulsiva. De todas maneras, parece que la mayoría de los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo no tienen un patrón de comportamiento que cumpla con los criterios de este trastorno de personalidad. Muchos de los rasgos del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se solapan con las características de la personalidad «tipo A» (p. ej., hostilidad, competitividad y sensación de urgencia), y estas características pueden darse en la gente con riesgo de sufrir un infarto de miocardio. Puede haber una asociación entre el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva y los trastornos depresivos, bipolares y de la conducta alimentaria.

- Prevalencia:

El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva es uno de los trastornos de la personalidad más prevalentes en la población general, con una estimación de la prevalencia de entre un 2.1 a un 7.9 %.

- Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura:

Al evaluar a un sujeto con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, el clínico no debe incluir los comportamientos que reflejan los hábitos, las costumbres o los estilos interpersonales que están culturalmente admitidos por el grupo de referencia del sujeto. Algunas culturas ponen un énfasis especial en el trabajo y la productividad, y los comportamientos resultantes en los miembros de estas sociedades no han de considerarse indicadores de un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.

- Aspectos diagnósticos relacionados con el género:

En los estudios sistemáticos parece que se diagnostica el trastorno unas dos veces más en los varones.

- Diagnóstico diferencial:

A pesar de la similitud de los nombres, el trastorno obsesivo-compulsivo se suele distinguir fácilmente del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva por la presencia de verdaderas obsesiones y compulsiones. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, hay que diagnosticar los dos.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, pueden

diagnosticarse todos estos trastornos. Los sujetos con trastorno de la personalidad narcisista también presentan una inclinación al perfeccionismo y creen que los demás no pueden hacer las cosas tan bien como ellos, pero son más propensos a creer que han alcanzado la perfección, mientras que quienes tienen un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva suelen ser autocríticos. Los sujetos con trastorno de la personalidad narcisista o antisocial carecen de generosidad, pero se miman a sí mismos, mientras que los que tienen un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva adoptan un estilo avaro en los gastos tanto para ellos mismos como para los demás. Tanto el trastorno de la personalidad esquizoide como el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva pueden caracterizarse por una aparente formalidad y distanciamiento social. En el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva esto se sustenta en el malestar emocional y la excesiva dedicación al trabajo, mientras que en el trastorno de la personalidad esquizoide existe fundamentalmente una falta de capacidad para la intimidad.

Los rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad en un grado moderado pueden ser especialmente adaptativos, en particular en las situaciones que recompensan el rendimiento elevado. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva debe distinguirse de un cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos surgen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central.

También se debe distinguir de los síntomas que se pueden presentar en asociación con el consumo persistente de sustancias.

- Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10:

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-V son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. En la CIE-10, esta entidad está recogida con el nombre de trastorno anancástico de la personalidad.

DSM-V: Criterios diagnósticos: F60.5 Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva [301.4].

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

CIE-10. Criterios diagnósticos: F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

a) Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal

b) Preocupación excesivo por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios;

c) Perfeccionismo, que interfiere con la actividad práctica;

d) Rectitud y escrupulosidad excesivas junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales

e) Pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones y

f) Rigidez y obstinación

g) Con insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonable a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer y

h) La irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.

Incluye: personalidad compulsiva, personalidad obsesiva, trastorno compulsivo de la personalidad y trastorno obsesivo de la personalidad

Excluye: trastorno obsesivo compulsivo (F42).

Otros trastornos de personalidad

F60.89 Otro trastorno de la personalidad especificado [301.89]

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la personalidad. La categoría de otro trastorno de la personalidad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno de la personalidad específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de la personalidad especificado” seguido del motivo específico (p.e., “características mixtas de la personalidad”).

CIE-10. Criterios diagnósticos: F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad

Se incluyen aquí los trastornos de la personalidad que no satisfacen ninguno de las pautas de los tipos específicos.

Incluye: personalidad narcisista personalidad excéntrica personalidad inestable personalidad inmadura personalidad pasivo agresiva personalidad psiconeurótica trastorno de la personalidad narcisista trastorno excéntrico de la personalidad trastorno inestable de la personalidad trastorno inmaduro de la personalidad trastorno pasivo-agresivo de la personalidad trastorno psiconeurótica de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado [301.9]

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de personalidad que causan malestar

clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la personalidad. La categoría del trastorno de la personalidad no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno de la personalidad específico e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

CIE-10. Criterios diagnósticos:

- F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación

Incluye: neurosis de carácter personalidad patológica

- F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.

Esta categoría está prevista para aquellos trastornos y anomalías de la personalidad que suelen ser problemáticos pero que no presentan el conjunto específico de síntomas que caracteriza a los trastornos descritos en F60. En consecuencia, resultan a menudo más difíciles de diagnosticar que los trastornos de F60. A continuación se describen dos tipos de ellos, el resto debe ser codificado como F60.8.

- a) F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad, con características de varios de los trastornos de F60 pero sin un grupo de síntomas predominantes que permitan un diagnóstico más específico.
- b) F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad, no clasificables en F60 (trastornos específicos de la personalidad) a F62 (transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral, tales como transformación

persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica, transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica, otras transformaciones persistentes de la personalidad y transformación persistente de la personalidad sin especificar).

Excluye: acentuación de rasgos de la personalidad

7.3. LIMITACIONES Y DESAFÍOS DEL MODELO ACTUAL DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

A pesar de los grandes avances que se han hecho en el estudio de los trastornos de personalidad desde que estos fueron incluidos en el DSM III (1980), persisten importantes lagunas y deficiencias en este campo. Las principales son las siguientes (13).

- Discrepancias nosológicas y diagnósticas entre la CIE-10 y la DSM-V.
- Alta comorbilidad entre trastornos de personalidad.
- Fronteras inestables y arbitrarias entre los trastornos de personalidad.
- Bases científicas limitadas.
- Modelo categorial *versus* Modelo dimensional
- Dificultades en la armonización entre los modelos de la personalidad, como los de Cloninger y los de Costa y Mc Crae (“los cinco grandes”) y las nosologías oficiales.
- Herramientas diagnósticas limitadas, debido tanto a la propia dificultad de evaluar los trastornos de personalidad, como a la excesiva extensión de los test más útiles.

7.4 ESTADO ACTUAL EN LA EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La categorización de los trastornos de personalidad que realizó la DSM-III en 1980 originó una gran proliferación de tests para su evaluación basándose en los criterios diagnósticos la misma. A pesar del alto número de tests propuestos, el profesional se enfrenta tanto a tests muy largos y difíciles de aplicar en la clínica diaria como a un déficit de herramientas diagnósticas breves que se puedan utilizar en la clínica diaria (19).

Los instrumentos para la evaluación de la personalidad se dividen en cuatro categorías (6):

- Listas de síntomas.
- Cuestionarios autoadministrados.
- Entrevistas estructuradas.
- Técnicas proyectivas.

A continuación hacemos un resumen de las principales herramientas existentes:

- LISTAS DE SÍNTOMAS:

Tienen muchos puntos en común con las clasificaciones categoriales pero se diferencian de ellas en que constan de más ítems y muestran una mayor consistencia interna.

Tabla 2.Principales listas de síntomas		
ENTREVISTA	AUTOR	ÍTEMS
Evalúan trastornos de personalidad en general:		

Lista de Adjetivos de Personalidad (PACL)	Millon	405
Lista Diagnóstica de la Personalidad de Millon (MPDC)	Millon	160 (10-12 cada trastorno)
Evalúa un único trastorno de personalidad:		
Lista para la Psicopatía Revisada (PCL-R)	Hare	Bifactorial (cada factor definido por sus ítems)

- **TÉCNICAS PROYECTIVAS:**

Son fundamentalmente dos:

- Test de Rorschach y
- Test de apercepción Temática (TAT)

Por sí sólo no son diagnósticos pero complementan otros tipos de evaluación.

Lo que constituye su ventaja fundamental (capacidad para acceder a los aspectos más inconscientes de la personalidad), a la vez es su mayor es su mayor debilidad ya que hace que dependan mucho de la subjetividad e interpretación del clínico.

Actualmente sus diagnósticos no tienen una correlación con las dos clasificaciones oficiales más destacadas.

- **CUESTIONARIOS AUTOADMINISTRADOS:**

Inicialmente diseñados para analizar estructuras de personalidad, acabaron convirtiéndose en elemento diagnóstico.

Tabla 3. Principales cuestionarios autoadministrados		
CUESTIONARIO	AUTOR	Nº ÍTEMS
Basado en el diagnóstico:		
Personality Diagnostic Questionnaire 4 (PDQ-4)	Hyer	85

OMNI	Loranger	210
Basado en rasgos:		
OMNI	Loranger	375
Temperament and Character Inventory (TCI)	Cloninger	226
Millon Cincal Multiaxial Inventory (MCMI-III)	Millon	175
NEO Personality Inventory Revised (NEO-PI-R)	Costa y Mc Crae	240

- ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS:

Se han utilizado fundamentalmente para seleccionar muestras de población en estudios. Su mayor problema es el tiempo prolongado que requieren para su administración así como la necesidad de personal especializado para su realización¹.

Tabla 4. Principales entrevistas semiestructuradas		
ENTREVISTA	AUTOR	DURACIÓN

¹ También es importante el cuestionario autoadministrado Coolidge Axis II Inventory (CATI) y la versión abreviada que Coolidge desarrollo en 2001 (SCATI), una versión de 70 ítems de la inicial de 225. En un estudio normativo de este instrumento, se encontró que la prueba tiene muchas de las propiedades psicométricas de la original (17).

Otro cuestionario autoadministrado que cabe destacar , tanto en su versión larga como corta, como instrumento válido para evaluar los problemas interpersonales y para la detección de trastornos de la personalidad en la práctica clínica, es el Inventory of Interpersonal Problems (IIP) o Inventario de Problemas Interpersonales (PII-64, versión larga y PII-32, versión corta) Asi tenemos que, estableciendo un punto de corte de 87 para el PII-64 mostró 87% de sensibilidad y especificidad del 85%, mientras que un punto de corte de 44 para el PII-32 mostraron 82% de sensibilidad y 75% de especificidad (18)

Personality Assessment Schedule (PAS)	Ayer y Alexander	60 min.
Structured Interview for DSM-IV Personality- IV (SIDP-IV)	Pfohl y cols.	90 min.
Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV)	Zanarini y cols.	90 min.
Personality Disorder Interview-IV (PDI-IV)	Widiger y cols.	90/120 min.
Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID-II) (21)	Frist y cols.	< 60 min.
International Personality Disorder Examination (IPDE) (22) (23)	Loranger	90 min.

7.5. PRUEBAS DE SCREENING. INTENTOS PREVIOS AL CUESTIONARIO SALAMANCA.

La necesidad de crear una prueba de screening para trastornos de la personalidad que permita una primera aproximación diagnóstica con el fin de discernir si convendría o no la aplicación de una prueba más extensa para un determinado paciente no es nueva cuando se plantea la creación del Cuestionario en Salamanca (25) (26) (10). Investigaciones posteriores, como el metaanálisis realizado por Garriz et al 2009, han determinado que los instrumentos breves diseñados con este fin, son de primera elección si el objetivo es detectar la presencia de trastornos de personalidad (3).

Ha habido algunos intentos para crear pruebas de este tipo, a reseñar:

A. IPDS (Langbehn et al.):

- Se trata de una entrevista estructurada formada por **11 ítems**
- Los resultados de la validación de la prueba en un estudio de **52 casos** mostraron una sensibilidad del **92% y una especificidad del 79%**, sin embargo esta prueba tiende a mostrar un número elevado de falsos

positivos (resultados corroborados por estudios posteriores de Olsson et al en 2011 y Germans et al en 2012) (23) (27) (28) (29).

Item ejemplo:

- Is reluctant to confide in others because of unwarranted fear that the information will be used against him or her.
- Do you find that most people will take advantage of you if you let them know too much about you?

Contestación: Yes/ No

B. PAS-R (E. Van Horn et al.):

- Entrevista semi-estructurada basada en la clasificación del CIE-10.
- Las características del formato son similares a las de Standardized Assessment of Personality (SAP).
- El estudio de validación efectuado con **155 casos** mostró una **especificidad del 82% y una sensibilidad del 64%**.

C. SAPAS (P. Moran et al.):

- Basada en la clasificación DSM-IV contiene **8 ítems** en total con una modalidad de respuesta dicotómica (si/no)
- La prueba ha tenido un estudio preliminar de validación sobre **60 sujetos** mostrando una **especificidad del 85% y una sensibilidad del 94% (?)** .

Un **ejemplo de los ítems** contenidos en la escala es:

- In general, do you difficulty making and keeping friends?
- In general, do you trust other people?

Según Moran et al afirmaron en 2010, aunque esta prueba de screening aporta resultados muy sólidos para los grupos A y C, tiene

limitaciones importantes para el grupo B. Además, no cumple las expectativas que para ella se pusieron en los futuros cambios de DSM-V ya que se conservaron los criterios categoriales sobre los dimensionales² (30).

D. MSI-BPD (Zanarini, Frankenburg, Sickel, Yong):

- Basado en la entrevista diagnóstica del DSM-IV para trastornos límite de personalidad o DIPD-IV. Consta de **10 ítems**
- Los estudios estadísticos muestran una alta **sensibilidad 98% pero una baja especificidad 41%**.
- La modalidad de respuesta es dicotómica Y/N y un **ejemplo de los ítems** son los siguientes:
 - Have you deliberately hurt yourself physically (e.g. punched yourself, cut *yourself, burned yourself)? How about made a suicide attempt?
 - Have you been extremely moody?³

²La Quick Personality Assessment Schedule o PAS-Q se basa en los criterios universalmente aceptados CIE-10, en contraste para la mayoría de los otros instrumentos de detección disponibles, que se basan predominantemente en el sistema de clasificación del DSM. Además, el PAS-Q no sólo se centra en la predicción de cualquier TP, como la mayoría de los instrumentos de detección disponibles hacen, sino que proporciona también la oportunidad para pronósticos más específicos de distintos TP. Por último, las escalas de respuesta de la PAS-Q no son limitan a la puntuación de la ausencia-presencia, pero permiten más matices que refleja el nivel de gravedad. Según Germans et al afirmaron en 2012 en su estudio en población danesa, podría ser usada para identificar a los individuos en riesgo de tener cualquier tipo de TP en el contexto de psiquiatría adulta en general (26).

³ En esta clasificación no se incluyen ni MMPI-2 o Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ni el PSI o Psychological Screening Inventory (Inventario Psicológico de cribado) ya que se encuentran a medio camino entre la valoración de la personalidad y el diagnóstico de patología; ambos contienen tres escalas que eran construido para ser

7.6. CUESTIONARIO SALAMANCA.

Para el diseño de un TEST DE CRIBAJE con adecuada sensibilidad y especificidad, se revisó la literatura publicada sobre la validez de constructo de cada trastorno de personalidad.

En base a los criterios de mayor peso estadístico obtenidos en este estudio y centrándose en aquellos más relevantes en la experiencia clínica (9) obtuvieron los criterios para el diagnóstico de cada trastorno de personalidad.

Criterios:

T. PARANOIDE:

- Espera que abusen de él.
- Se cuestiona la lealtad.
- Reacciona a la menor.
- Le preocupa la fidelidad.

T. ESQUIZOIDE:

- Elige actividades solitarias

T. ESQUIZOTÍPICO:

- Experiencias perceptivas inusuales.
- Habla extraña.

T. HISTRIÓNICO:

- Constantemente solicita elogios.
- Sexualidad seductora.
- Sobre todo le preocupa su apariencia física (presumido).
- Exageración de las emociones.

ampliamente representativo de los tres tradicionales categorías de diagnóstico de trastorno psiquiátrico importante psiquiátricos: (desorden, malestar psicológico general y antisocial significativa) (27).

- Habla exagerada (logorrea).

T. NARCISISTA:

- Explotación de los demás.
- Requieren atención constante.
- Se creen en el derecho de todo.

T. ANTISOCIAL:

- Repetidos actos ilegales.

T. LÍMITE:

- Relaciones inestables.
- Impulsividad.
- Inestabilidad emocional
- Alteración de la identidad.
- Intolerancia a estar solo
- Sensación crónica de vacío y aburrimiento.

T. EVITATIVO:

- Se siente herido ante la desaprobación.
- No está dispuesto a involucrarse a menos que vaya a gustar.
- Evita situaciones.
- Teme los impulsos.
- Exagera los riesgos potenciales.
- ➤ Teme al ridículo.

T. DEPENDIENTE:

- Permite que los otros tomen sus decisiones.
- Da la razón aunque estén equivocados.
- Evita estar solo.

- Se hunde cuando una relación termina.
- Teme que le abandonen.
- Le es imposible decidir sin que le aconsejen.

T. OBSESIVO COMPULSIVO:

- Preocupación por los detalles.
- Insiste en que los demás hagan las cosas a su manera.
- Excesivamente concienzudo.

El cuestionario consta de **22 ítems** (dos por cada trastorno de personalidad) resumiendo con la mayor precisión posible los valores de cada **constructo** y adaptándolo a un **lenguaje** lo más **coloquial** posible para facilitar la identificación de cada paciente con cada criterio contenido en cada ítem (Anexo 2).

8. MATERIAL Y MÉTODO.

8.1 ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO.

Se realizó inicialmente una revisión de los trabajos expuestos hasta el presente en las bases de datos de mayor difusión del ámbito clínico en el idioma inglés tales como: PUBMED Y PSYINFO.

Los descriptores que se consideraron para afinar la búsqueda de los artículos de interés en PUBMED, según los criterios de la investigación, fueron las palabras: "screening" (con intención de intención de localizar los estudios y trabajos realizados hasta el momento en este campo para el despistaje de trastornos de la personalidad). así como (AND) "Personality disorder" (donde la notación indica que se incluyen las palabras características de la personalidad y acotar las referencias que tengan relación con el campo del despistaje de estos trastornos), tanto en el resumen y título (Title/Abstract).

Se incluyeron los filtros de búsqueda en todos los tipos de publicaciones ("all") lográndose 277. Se tomaron en cuenta solo los estudios hechos en seres humanos ("humans") resultando 243, y excluyendo los escritos anteriores a los últimos 5 años ("published in the last 5 years"), hasta aquí resultando 109 efectivos.

En un primer análisis resultaron útiles 22 de ellos. Un escrutinio más exhaustivo del contenido específico hizo rechazar, 5 de ellos por estar orientados únicamente al trastorno límite de la personalidad, 6 por enfocar su objetivo de investigación la adolescencia (y uno por tratarse de una entrevista semiestructurada), restricciones privativas de otro tipo de investigaciones mas no de la presente.

Así quedan 10 artículos.

En la base de datos PsycINFO se realizó una búsqueda avanzada (Advanced Search) con los parámetros “Personality disorder” en cualquier campo (any field), se sumó (AND) el parámetro “screening” también buscando en cualquier campo (any field) y se acotó la búsqueda en el tiempo a los datos publicados en los últimos 5 años.

Fueron encontrados 78 artículos de los que, relacionados con el tema a tratar, se rescataron como relevantes 13.

Pero los resultados fueron poco específicos por lo que se cambiaron los parámetros de la búsqueda de cualquier campo (any field) a resumen (abstract) manteniéndose el resto de las características igual. De esta pesquisa resultaron 13 de los que se seleccionaron 5 por su relevancia para el estudio.

Se combinaron ambas búsquedas, retirando los duplicados, y quedaron 11 artículos significativos. De ellos se descartó uno por pertenecer a un rango de edad cuyo análisis no se incluye en este estudio, tres por tratar de detectar fundamentalmente impulsividad, uno por valorar síntomas de evitación, uno por ser un estudio longitudinal y dos por no ser una prueba de screening.

Quedan, así, dos artículos útiles para nuestro estudio como resultado de las pesquisas en esta base de datos.

Por último se consultó el sistema de información de las bases de datos con mayor difusión en el idioma castellano, el CSIC que incluye (entre otras):

- la base de datos bibliográfica de sumarios IME sobre Biomedicina
- los directorios de revistas españolas de Biomedicina:

ambas producidas por el CSIC.

En el directorio de revistas de biomedicina se realizó:

A. una búsqueda por campos:

Los términos utilizados fueron “*trastorno de personalidad*” en el campo (título) opciones (todas las palabras) y “*cribado*” en el campo (título) opciones (todas las palabras) dentro del área temática (psiquiátrica), estado (vivas), clasificación (personalidad), tipo de institución (CSIC) y soporte (todos los soportes).

B. Una búsqueda por índices:

Se usó el índice (título)

Se localizó un artículo que no resultó útil ya que era un resultado duplicado de la anterior búsqueda en PUBMED.

En total, de la revisión bibliográfica nos aportan datos a tener en cuenta en este estudio doce artículos.

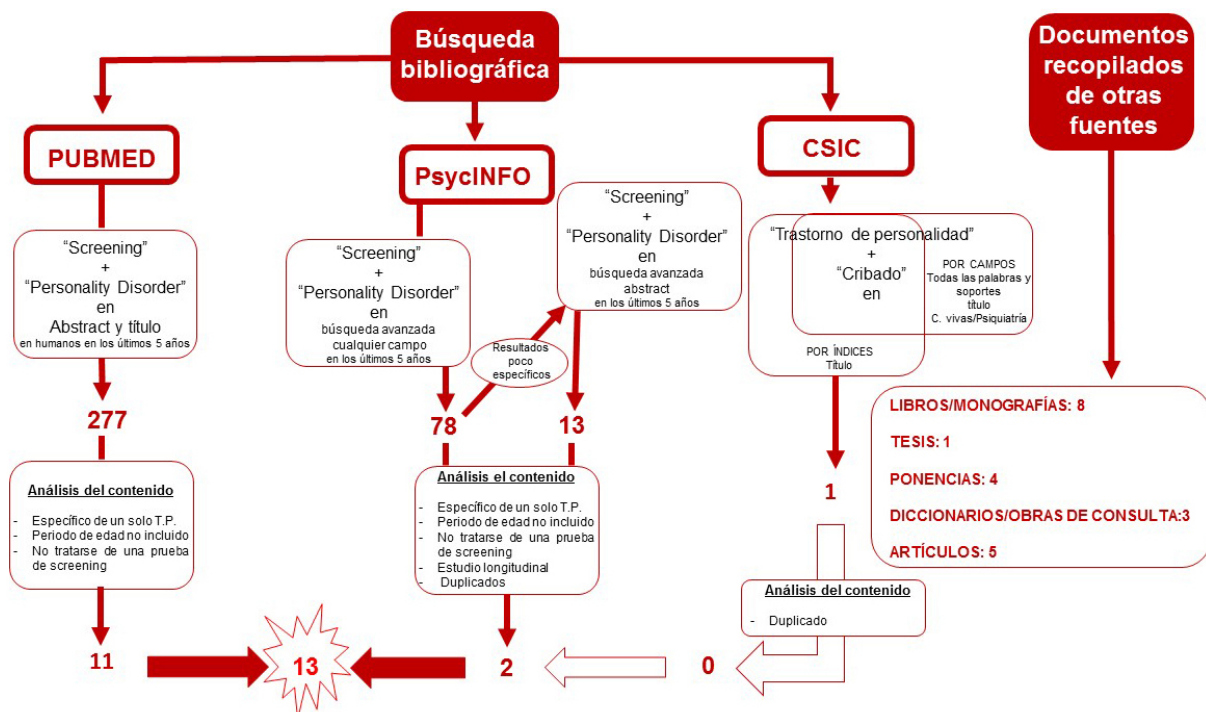


Figura 1. Esquema de la búsqueda bibliográfica.

Además de los resultados obtenidos, se consultaron tres guías (DSM-IV TR, DSM-V y CIE-10), una tesis, cuatro ponencias en congresos relacionadas con el test a estudio y cinco artículos que aportaba información sobre la epidemiología y las nuevas clasificaciones (figura 1).

8.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y MÉTODO.

Nuestra muestra está compuesta por un número total de sujetos variable, entre 572 y 566, pero constante para cada rasgo/trastorno de personalidad. Esto es debido a que para cada grupo de dos parámetros que definen un rasgo/trastorno las pérdidas son variables. Así, el tamaño muestral se mantiene para cada rasgo/trastorno en el valor que podemos observar en la tabla 5 (N: válidos/perdidos).

Las edades de los sujetos oscilan entre 17 y 63 años. Se trata de una población normal ya que de la población inicial se eliminaron todos aquellos sujetos que presentaron (Anexo 1):

- Antecedentes personales psiquiátricos.
- Consumo de psicofármacos no prescritos.
- Consumo de tóxicos de cualquier clase (alcohol si supone un consumo mayor que ocasionalmente -1 vez por semana-).

Aplicado el Cuestionario Salamanca (Anexo 2), sometimos los datos al análisis del programa estadístico SPSS, realizándose un análisis estadístico descriptivo, del que obtuvimos:

- Media.
- Moda.
- Mediana.
- Percentiles.

50

43 (aquel que, dentro del espectro de la puntuación del 0 al 6 en los resultados, ambos incluidos, corresponde al punto de corte 2 y deja por debajo al 43% de la población de la muestra del estudio)

25

- Porcentaje acumulado.
- Frecuencia de puntuaciones.

Todo ello, respecto a cada uno de los 11 rasgos/trastornos de personalidad que analiza el Cuestionario Salamanca (paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, narcisista, histriónico, inestabilidad emocional subtipo límite, inestabilidad emocional subtipo impulsivo, anancástico, dependiente y ansioso) para hombres y mujeres.

9. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los hallazgos encontrados tras nuestro análisis estadístico los resumimos en las siguientes tablas:

- **Para la población general:**

Vamos a tener en cuenta de las siguientes tablas los parámetros estadísticos descriptivos que consideramos más relevantes para nuestro estudio que son la media, la moda, la mediana y el percentil 43 (tabla 5).

Tabla 5. Frecuencias de la muestra general.

		par	esq	eqt	his		ant	nar	ieimp	ielim	anan	dep	ans
N	Válidos	568	571	566	568		572	569	567	567	567	568	570
	Perdidos	4	1	6	4		0	3	5	5	5	4	2
	Media	1,28	1,35	0,45	2,15		0,22	0,71	1,56	1,07	1,89	1,91	2,26
	Mediana	1,00	1,00	0,00	2,00		0,00	0,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00
	Moda	1	2	0	2		0	0	1	0	2	1	2
	Desv. típ.	1,116	1,198	1,184	1,462		0,547	1,124	1,305	1,202	1,452	1,330	1,565
	25	0,00	0,00	0,00	1,00		0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00
	43	1,00	1,00	0,00	2,00		0,00	0,00	1,00	1,00	1,24	2,00	2,00
Percentiles	50	1,00	1,00	0,00	2,00		0,00	0,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00
	75	2,00	2,00	1,00	3,00		0,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00

Tabla 6. Frecuencias de la muestra general en mujeres

		par	esq	eqt	his	ant	nar	ieimp	ielim	anan	dep	ans
N	Válidos	401	404	401	401	404	403	402	400	400	401	403
	Perdidos	3	0	3	3	0	1	2	4	4	3	1
	Media	1,20	1,31	0,35	2,37	0,14	0,71	1,73	1,12	2,00	2,08	2,48
	Mediana	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00
	Moda	1	2	0	2	0	0	1	0	2	2	2
	25	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00
	43	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00
Percentiles	50	1,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00
	75	2,00	2,00	1,00	3,00	0,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00

Tabla 7. Frecuencias de la muestra general en hombres.

		par	esq	eqt	his	ant	nar	ieimp	ielim	anan	dep	ans
N	Válidos	163	163	161	163	164	162	161	163	163	163	163
	Perdidos	1	1	3	1	0	2	3	1	1	1	1
Media		1,49	1,47	0,71	1,64	0,42	0,72	1,16	0,99	1,64	1,52	1,75
Mediana		1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
Moda		2	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1
Percentiles	25	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00
	43	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00
	50	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
	75	2,00	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00

La media general de los rasgos/trastornos pertenecientes al grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico) se encuentra en torno a 1,30, pero destaca el último de ellos con un valor de 0,45. En comparación con el análisis anterior, ha bajado el valor lo que hace que los resultados se hayan convertido en más consistentes al aumentar la muestra. El grupo B, compuesto por rasgos/trastornos histriónico, antisocial, narcisista e inestabilidad emocional en sus dos variantes, presenta valores mucho menos homogéneos entre ellos (únicamente en el grupo de la inestabilidad emocional que se encuentran entre el 1,56 y el 1.07 hay cierta concordancia, en torno al 1.2). En lo concerniente al grupo C (anancástico, dependiente y ansioso) la media es cercana a 1.90.

La moda, o valor que más se repite en las respuestas, siempre queda por debajo de 2 que es el punto de corte de nuestro cuestionario.

Respecto a la mediana, parámetro estadístico que divide la muestra de tal manera que el 50% de los individuos quedan por encima de su valor y el 50% por debajo del mismo, y la moda coinciden en todo momento lo que indica una cierta simetría en la muestra.

El percentil 43 (aquel que, dentro del espectro de la puntuación del 0 al 6, ambos incluidos, corresponde al punto de corte 2 y deja por debajo al 43% de la población de la muestra) también se mantiene dentro del espectro a estudio (0 a 2, ambos incluidos). Se mantienen estrictamente los valores encontrados en el análisis estadístico de la muestra anterior de 246 sujetos.

Si analizamos los parámetros estadísticos en relación con el sexo, en ambos sexos (gráfica 1) se mantienen las proporciones estadísticas de la muestra sobre todo en mujeres. El valor de la moda en los rasgos/trastornos del grupo A disminuye a 0 en el grupo de hombres. Dentro del grupo de estos mismos, los valores para los rasgos/trastornos histriónico bajan notablemente hasta alcanzar el 1. Por último, observamos que los datos para el grupo C tienden también a bajar sobre todo en los rasgos/trastorno dependiente en el que se homogenizan todo los estadísticos en 1. Estas deducciones, como anteriormente ya hemos afirmado, le proporcionan alta consistencia a nuestros resultados como consecuencia del aumento muestral (puede que el hecho de que predomine el sexo femenino haga que se observen menos discrepancias entre el grupo mujeres y el general).

Ello nos lleva a preguntarnos si la diferencia de medias entre hombres y mujeres (distinto tamaño muestral) difieren.

Para esclarecer este supuesto, analizamos las características de las variables que queremos comparar y así determinar el tipo de análisis estadístico que hemos de utilizar:

1. Las variables son ordinales.
2. Comprobar si las variables analizadas siguen una distribución Normal, o sea, que sigue una distribución en forma de curva o campana de Gauss alrededor de un valor central (media).

3. Comparar las medias de dos grupos independientes. Las observaciones de ambos grupos son independientes, es decir, compara dos muestras con distinta N (o tamaño muestral) que se analizan de manera independiente de las observaciones respecto a una variable dicotómica (Sexo).

Para ver si las variables siguen una distribución Normal, realizamos la prueba de Kolmogorov-Smirnov (tabla 8). Esta prueba (test) se basa en la idea de comparar la función de la distribución acumulada de los datos observados con la de una distribución normal, midiendo la máxima distancia entre ambas curvas.

Como en cualquier test de hipótesis, la hipótesis nula se rechaza cuando el valor del estadístico supera un cierto valor crítico que se obtiene de una tabla de probabilidad (33).

Se utilizará un grado de confianza del 95% y nivel de significancia (α) del 5%.

Donde:

Hipótesis nula o H_0 : es que el conjunto de datos siguen una distribución normal.

Hipótesis alternativa o H_1 : es que no sigue una distribución normal.

De esta manera, si $p \leq \alpha$ se rechaza la hipótesis nula (H_0) y si $p > \alpha$ se acepta la hipótesis nula (H_0). Como se puede observar en la tabla, la muestra a tratar no sigue una distribución normal ya que los valores de su significación asintótica bilateral -Sig.

asintót. (Bilateral)- son cero para todos los resultados de los rasgos trastornos analizados.

Una vez definidas las características de las variables de la muestra, hemos sometido a estas a un examen comparativo de las medias de los distintos rasgos/trastornos de personalidad mediante un análisis no paramétrico mediante la prueba U de Mann-Whitney (tabla 9) (33).

Con ella se compara la heterogeneidad de dos muestras ordinales que cumplan los siguientes criterios de partida: no normales, ordinales e independientes (como es el caso a tratar).

Por lo tanto, hemos realizado un análisis de las variables para estudiar las diferencias entre las medias de las dos poblaciones (hombres y mujeres de cada rasgo/trastorno de personalidad)

Se plantean dos hipótesis:

- H_0 o hipótesis nula según la cual la media entre hombres y mujeres es la misma:

$$H_0: \mu_H = \mu_M$$

siendo $\alpha = 0.05$

- H_1 o hipótesis alternativa según la que la media entre hombres y mujeres es diferente

$$H_0: \mu_H \neq \mu_M$$

Analizando los resultados de la tabla para cada rasgo/trastorno los siguientes resultados:

- Rasgo/trastorno paranoide (par) tiene una $p=0,006$ y, por lo tanto, como $p \leq \alpha$, se rechaza la hipótesis nula y tenemos que la media entre hombres y mujeres es diferente (difieren).
- Rasgo/trastorno esquizoide (esq) tiene una $p=0,298$ y, por lo tanto, como $p > \alpha$, se acepta la hipótesis nula y tenemos que la media entre hombres y mujeres no difieren estadísticamente.
- Rasgo/trastorno esquizotípico (eqt) tiene una $p=0,002$ y, por lo tanto, como $p \leq \alpha$, se rechaza la hipótesis nula y tenemos que la media entre hombres y mujeres difieren estadísticamente.
- Rasgo/trastorno histriónico (his) tiene una $p=0,000$ y, por lo tanto, como $p \leq \alpha$, se rechaza la hipótesis nula y tenemos que la media entre hombres y mujeres difieren estadísticamente.
- Rasgo/trastorno histriónico (his) tiene una $p=0,000$ y, por lo tanto, como $p \leq \alpha$, se rechaza la hipótesis nula y tenemos que la media entre hombres y mujeres difieren estadísticamente.
- Rasgo/trastorno antisocial (ant) tiene una $p=0,000$ y, por lo tanto, como $p \leq \alpha$, se rechaza la hipótesis nula y tenemos que la media entre hombres y mujeres difieren estadísticamente.
- Rasgo/trastorno narcisita (nar) tiene una $p=0,718$ y, por lo tanto, como $p > \alpha$, se acepta la hipótesis nula y tenemos que la media entre hombres y mujeres no difieren estadísticamente.
- Rasgo/trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo (ieimp) tiene una $p=0,000$ y, por lo tanto, como $p \leq \alpha$, se rechaza la hipótesis nula y tenemos que la media entre hombres y mujeres difieren estadísticamente.

- Rasgo/trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite (ielim) tiene una $p=0,152$ y, por lo tanto, como $p>\alpha$, se acepta la hipótesis nula y tenemos que la media entre hombres y mujeres no difieren estadísticamente.
- Rasgo/trastorno anancástico (anan) tiene una $p=0,013$ y, por lo tanto, como $p\leq\alpha$, se rechaza la hipótesis nula y tenemos que la media entre hombres y mujeres difieren estadísticamente.
- Rasgo/trastorno dependiente (dep) tiene una $p=0,000$ y, por lo tanto, como $p\leq\alpha$, se rechaza la hipótesis nula y tenemos que la media entre hombres y mujeres difieren estadísticamente.
- Rasgo/trastorno ansioso (ans) tiene una $p=0,000$ y, por lo tanto, como $p\leq\alpha$, se rechaza la hipótesis nula y tenemos que la media entre hombres y mujeres difieren estadísticamente.

Tabla 8. Prueba de Kolmogorov-Smirnov: Valoración de la normalidad

	par	esq	eqt	his	ant	nar	ieimp	ielim	anan	dep	ans
N	568	571	566	568	572	569	567	567	567	568	570
Parámetros normales ^{a,b}	1,2782	1,3520	0,4187	2,1338	,2150	0,7083	1,5573	1,0723	1,8889	1,9085	2,2614
Media	1,11590	1,19813	0,76397	1,42529	,54331	1,12398	1,30498	1,20220	1,45243	1,33018	1,56525
Desviación típica	0,213	0,173	0,406	0,157	0,484	0,324	0,216	0,235	0,160	0,177	0,187
Absoluta	0,213	0,173	0,406	0,157	0,484	0,324	0,216	0,235	0,160	0,177	0,187
Positiva	-0,127	-0,151	-0,292	-0,109	-0,346	-0,264	-0,116	-0,186	-0,100	-0,106	-0,094
Negativa	5,073	4,144	9,661	3,744	11,582	7,739	5,134	5,590	3,811	4,218	4,473
Z de Kolmogorov-Smirnov	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Sig. asintót. (bilateral)											

a. La distribución de contraste es la Normal.

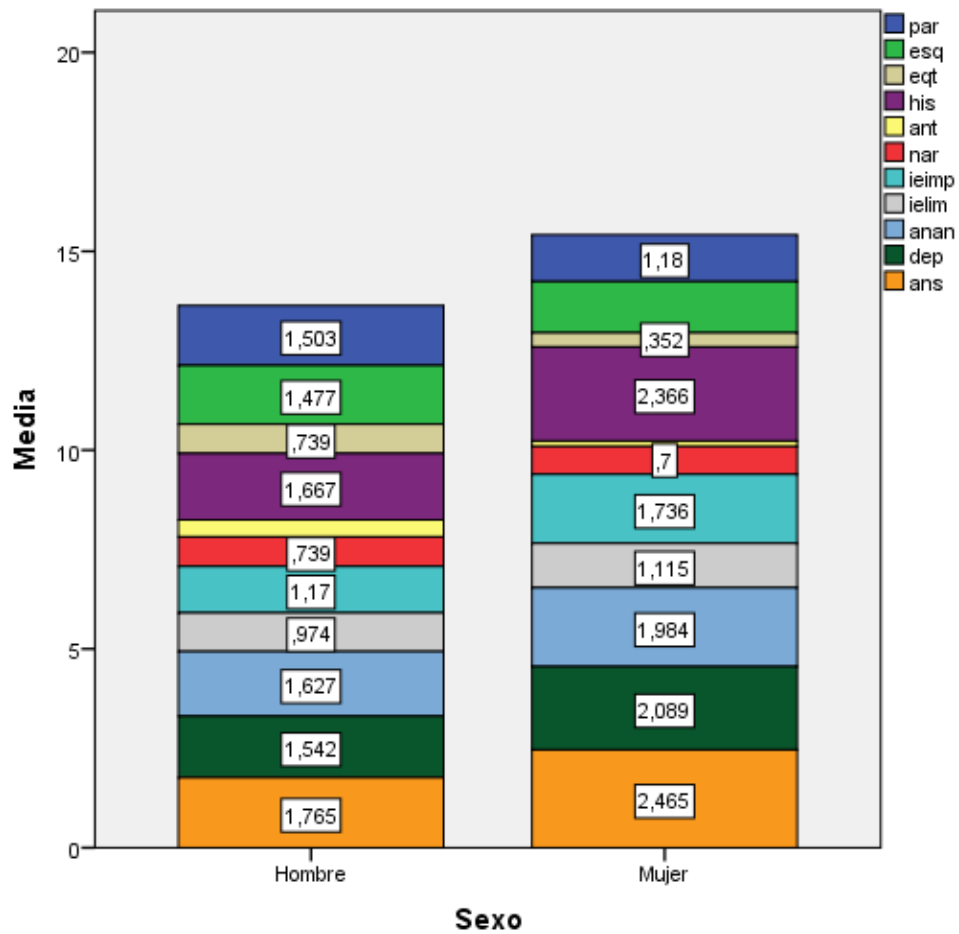
b. Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 9. Prueba de Mann-Whitney: Contraste de medias

	Estadísticos de contraste ^a										
	Par	Esq	eqt	his	ant	nar	ieimp	ielim	anan	dep	ans
U de Mann-Whitney	28063,000	31156,000	27931,000	23535,000	26740,000	32083,000	23538,500	30219,000	28371,500	24516,000	23575,000
W de Wilcoxon	108664,000	112966,000	108532,000	36901,000	108550,000	113489,000	36579,500	43585,000	41737,500	37882,000	36941,000
Z	-2,741	-1,041	-3,095	-5,334	-5,515	-,361	-5,221	-1,433	-2,471	-4,775	-5,373
Sig. asintót. (bilateral)	0,006	0,298	0,002	0,000	0,000	0,718	0,000	0,152	0,013	0,000	0,000

a. Variable de agrupación: Sexo

Gráfica 1. Diagrama de barras apilados para las medias de los distintos rasgos/trastornos de personalidad.



Para rasgos/trastorno paranoide de personalidad:

Tabla 10. Frecuencias para rasgos/trastorno paranoide

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	161	28,1	28,3	28,3
1	188	32,9	33,1	61,4
2	148	25,9	26,1	87,5
Válidos 3	48	8,4	8,5	96,0
4	17	3,0	3,0	98,9
5	6	1,0	1,1	100,0
Total	568	99,3	100,0	
Perdidos Sistema	4	,7		
Total	572	100,0		

Tabla 11. Frecuencias para rasgos/trastorno paranoide para mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	121	30,0	30,2	30,2
1	139	34,4	34,7	64,8
2	96	23,8	23,9	88,8
Válidos 3	32	7,9	8,0	96,8
4	10	2,5	2,5	99,3
5	3	0,7	0,7	100,0
Total	401	99,3	100,0	
Perdidos Sistema	3	0,7		
Total	404	100,0		

Tabla 12. Frecuencias para rasgos/trastorno paranoide para hombres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	37	22,6	22,7	22,7
1	48	29,3	29,4	52,1
2	52	31,7	31,9	84,0
Válidos 3	16	9,8	9,8	93,9
4	7	4,3	4,3	98,2
5	3	1,8	1,8	100,0
Total	163	99,4	100,0	
Perdidos Sistema	1	0,6		
Total	164	100,0		

El rasgo/trastorno paranoide de personalidad ha presentado en el análisis estadístico de la muestra general una moda de 1, una mediana de 1,00, un percentil 43 de 1,00 y un valor para las frecuencias acumuladas de 87,5%. Respecto a los valores referidos al sexo femenino se observa que presenta una moda de 1, un percentil 43 de 1,00 y una frecuencia acumulada de 88.8%; para el masculino, una moda de 2, una mediana de 1, un percentil 43 de 1,00 y una frecuencia acumulada de 84,0%. Se mantienen los mismos valores que en el anterior tamaño muestral, por lo tanto se confirman los hallazgos.

- Para rasgos/trastorno esquizoide de personalidad:

Tabla 13. Frecuencias para rasgos/trastorno esquizoide

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	173	30,2	30,3	30,3
1	144	25,2	25,2	55,5
2	175	30,6	30,6	86,2
Válidos 3	46	8,0	8,1	94,2
4	27	4,7	4,7	98,9
5	4	,7	,7	99,6
6	2	,3	,4	100,0
Total	571	99,8	100,0	
Perdidos Sistema	1	,2		
Total	572	100,0		

Tabla 14. Frecuencias para rasgos/trastorno esquizoide para mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	123	30,4	30,4	30,4
1	103	25,5	25,5	55,9
2	131	32,4	32,4	88,4
Válidos 3	29	7,2	7,2	95,5
4	14	3,5	3,5	99,0
5	3	,7	,7	99,8
6	1	,2	,2	100,0
Total	404	100,0	100,0	

Tabla 15. Frecuencias para rasgos/trastorno esquizoide para hombres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	48	29,3	29,4	29,4
1	40	24,4	24,5	54,0
2	43	26,2	26,4	80,4
Válidos 3	17	10,4	10,4	90,8
4	13	7,9	8,0	98,8
5	1	,6	,6	99,4
6	1	,6	,6	100,0
Total	163	99,4	100,0	
Perdidos Sistema	1	,6		
Total	164	100,0		

El rasgo/trastorno esquizoide de personalidad ha presentado en el análisis estadístico de la muestra general una moda de 2, una mediana de 1,00, un percentil 43 de 1,00 y un valor para las frecuencias acumuladas de 86.2% (aumenta a expensas de las mujeres lo que es de gran importancia en nuestro estudio ya que refleja el porcentaje de población de la muestra normal que queda por debajo del punto de corte dos que cuanto más se acerque el 100 en nuestro caso más relevantes son los hallazgos).

Respecto a los valores referidos al sexo femenino se observa que presenta una moda de 2, una mediana de 1,00, un percentil 43 de 1,00 y una frecuencia acumulada de 88.4%; para el masculino, una moda de 0, una mediana de 1,00, un percentil 43 de 1,00 y una frecuencia acumulada de 80.4%.

- **Para rasgos/trastorno esquizotípico de personalidad:**

Tabla 16. Frecuencias para rasgos/trastorno esquizotípico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	395	69,1	69,8	69,8
1	125	21,9	22,1	91,9
2	32	5,6	5,7	97,5
3	8	1,4	1,4	98,9
Válidos 4	4	,7	,7	99,6
6	1	,2	,2	99,8
22	1	,2	,2	100,0
Total	566	99,0	100,0	
Perdidos Sistema	6	1,0		
Total	572	100,0		

Tabla 17. Frecuencias para rasgos/trastorno esquizotípico para mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	293	72,5	73,1	73,1
1	84	20,8	20,9	94,0
2	16	4,0	4,0	98,0
3	6	1,5	1,5	99,5
4	2	,5	,5	100,0
Total	401	99,3	100,0	
Perdidos Sistema	3	,7		
Total	404	100,0		

Tabla 18. Frecuencias para rasgos/trastorno esquizotípico para hombres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	126	75,4	75,9	75,9
1	32	19,2	19,3	95,2
2	6	3,6	3,6	98,8
3	2	1,2	1,2	100,0
Total	166	99,4	100,0	
Perdidos Sistema	1	0,6		
Total	167	100,0		

El rasgo/trastorno esquizotípico de personalidad ha presentado en el análisis estadístico de la muestra general una moda de 0, una mediana de 0,00, un percentil 43 de 0,00 y un valor para las frecuencias acumuladas de 97,5%. Respecto a los valores referidos al sexo femenino se observa que presenta una moda de 0, una mediana de 0,00, un percentil 43 de 0,00 y una frecuencia acumulada de 98.0%; para el masculino, una moda de 0, una mediana de 0,00, un percentil 43 de 0,00 y una frecuencia acumulada de 98,8%. Se mantienen los resultados del anterior análisis.

- **Para rasgos/trastorno histriónico de personalidad:**

Tabla 19. Frecuencias para rasgos/trastorno histriónico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	69	12,1	12,1	12,1
1	140	24,5	24,6	36,8
2	142	24,8	25,0	61,8
3	124	21,7	21,8	83,6
Válidos 4	54	9,4	9,5	93,1
5	29	5,1	5,1	98,2
6	9	1,6	1,6	99,8
10	1	0,2	0,2	100,0
Total	568	99,3	100,0	
Perdidos Sistema	4	0,7		
Total	572	100,0		

Tabla 20. Frecuencias para rasgos/trastorno histriónico en mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	31	7,7	7,7	7,7
1	90	22,3	22,4	30,2
2	107	26,5	26,7	56,9
3	93	23,0	23,2	80,0
Válidos 4	46	11,4	11,5	91,5
5	24	5,9	6,0	97,5
6	9	2,2	2,2	99,8
10	1	0,2	0,2	100,0
Total	401	99,3	100,0	
Perdidos Sistema	3	0,7		
Total	404	100,0		

Tabla 21. Frecuencias para rasgos/trastorno histriónico en hombres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	35	21,3	21,5	21,5
1	50	30,5	30,7	52,1
2	34	20,7	20,9	73,0
Válidos 3	31	18,9	19,0	92,0
4	8	4,9	4,9	96,9
5	5	3,0	3,1	100,0
Total	163	99,4	100,0	
Perdidos Sistema	1	0,6		
Total	164	100,0		

El rasgo/trastorno histriónico de personalidad ha presentado en el análisis estadístico de la muestra general una moda de 2, una mediana de 2,00, un percentil 43 de 2,00 y un valor para las frecuencias acumuladas de 61.8%.

Respecto a los valores referidos al sexo femenino se observa que presenta una moda de 2, una mediana de 2,00, un percentil 43 de 2,00 y una frecuencia acumulada de 56.9%; para el masculino, una moda de 1, una mediana de 1,00, un percentil 43 de 1,00 y una frecuencia acumulada de 73.0%. Se mantienen los óptimos resultados del análisis muestral previo.

- **Para rasgos/trastorno antisocial de personalidad**

Tabla 22. Frecuencias para rasgos/trastorno antisocial

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	475	83,0	83,0	83,0
1	78	13,6	13,6	96,7
2	13	2,3	2,3	99,0
3	4	0,7	0,7	99,7
4	2	0,3	0,3	100,0
Total	572	100,0	100,0	

Tabla 23. Frecuencias para rasgos/trastorno antisocial para mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	357	88,4	88,4	88,4
1	40	9,9	9,9	98,3
2	6	1,5	1,5	99,8
3	1	0,2	0,2	100,0
Total	404	100,0	100,0	

Tabla 24. Frecuencias para rasgos/trastorno antisocial para hombres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	114	69,5	69,5	69,5
1	38	23,2	23,2	92,7
2	7	4,3	4,3	97,0
Válidos 3	3	1,8	1,8	98,8
4	2	1,2	1,2	100,0
Total	164	100,0	100,0	

El rasgo/trastorno antisocial de personalidad ha presentado en el análisis estadístico de la muestra general una moda de 0, una mediana de 0,00, un percentil 43 de 0,00 y un valor para las frecuencias acumuladas de 99%. Respecto a los valores referidos al sexo femenino se observa que presenta una moda de 0, una mediana de 0,00, un percentil 43 de 0,00 y una frecuencia acumulada de 99.8%; para el masculino, una moda de 0, una mediana de 0,00, un percentil 43 de 0,00 y una frecuencia acumulada de 97%. También se mantienen los óptimos resultados del análisis muestral previo.

- **Para rasgos/trastorno narcisista de personalidad**

Tabla 25. Frecuencias para rasgos/trastorno narcisista

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	335	58,6	58,9	58,9
1	141	24,7	24,8	83,7
2	53	9,3	9,3	93,0
Válidos 3	18	3,1	3,2	96,1
4	13	2,3	2,3	98,4
5	4	0,7	0,7	99,1
6	5	0,9	0,9	100,0
Total	569	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	3	0,5		
Total	572	100,0		

Tabla 26. Frecuencias para rasgos/trastorno narcisista para mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	238	58,9	59,1	59,1
1	100	24,8	24,8	83,9
2	37	9,2	9,2	93,1
3	10	2,5	2,5	95,5
Válidos 4	11	2,7	2,7	98,3
5	4	1,0	1,0	99,3
6	3	0,7	0,7	100,0
Total	403	99,8	100,0	
Perdidos Sistema	1	0,2		
Total	404	100,0		

Tabla 27. Frecuencias para rasgos/trastorno narcisista para hombres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	93	56,7	57,4	57,4
1	41	25,0	25,3	82,7
2	16	9,8	9,9	92,6
Válidos 3	8	4,9	4,9	97,5
4	2	1,2	1,2	98,8
6	2	1,2	1,2	100,0
Total	162	98,8	100,0	
Perdidos Sistema	2	1,2		
Total	164	100,0		

El rasgo/trastorno narcisista de personalidad ha presentado en el análisis estadístico de la muestra general una moda de 0, una mediana de 0,00, un percentil 43 de 0,00 y un valor para las frecuencias acumuladas de 93%. Respecto a los valores referidos al sexo femenino se observa que presenta una moda de 0, una mediana de 0,00, un percentil 43 de 0,00 y una frecuencia acumulada de 93.1%; para el masculino, una moda de 0, una mediana de 0,00, un percentil 43 de 0,00 y una frecuencia acumulada de

92.6%. Igualmente se mantienen los mismos valores en esta muestra respecto al anterior análisis.

- **Para rasgos/trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite de personalidad:**

Tabla 28. Frecuencias para rasgos/trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	228	39,9	40,2	40,2
1	175	30,6	30,9	71,1
2	98	17,1	17,3	88,4
3	40	7,0	7,1	95,4
Válidos 4	18	3,1	3,2	98,6
5	3	0,5	0,5	99,1
6	5	0,9	0,9	100,0
Total	567	99,1	100,0	
Perdidos Sistema	5	,9		
Total	572	100,0		

Tabla 29. Frecuencias para rasgos/trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite para mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	152	37,6	38,0	38,0
1	126	31,2	31,5	69,5
2	74	18,3	18,5	88,0
Válidos 3	30	7,4	7,5	95,5
4	12	3,0	3,0	98,5
5	2	0,5	0,5	99,0
6	4	1,0	1,0	100,0
Total	400	99,0	100,0	
Perdidos Sistema	4	1,0		
Total	404	100,0		

Tabla 30. Frecuencias para rasgos/trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite para hombres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	73	44,5	44,8	44,8
1	48	29,3	29,4	74,2
2	24	14,6	14,7	89,0
3	10	6,1	6,1	95,1
Válidos 4	6	3,7	3,7	98,8
5	1	0,6	0,6	99,4
6	1	0,6	0,6	100,0
Total	163	99,4	100,0	
Perdidos Sistema	1	,6		
Total	164	100,0		

El rasgo/trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite de personalidad ha presentado en el análisis estadístico de la muestra general una moda de 0, una mediana de 1,00, un percentil 43 de 0,00 y un valor para las frecuencias acumuladas de 88,4%.

Respecto a los valores referidos al sexo femenino se observa que presenta una moda de 0, una mediana de 1,00, un percentil 43 de 1,00 y una frecuencia acumulada de 80%; para el masculino, una moda de 0, una mediana de 1,00, un percentil 43 de 0,00 y una frecuencia acumulada de 89%. Esta muestra mantiene y confirma los valores encontrados en la muestra previa.

- **Para rasgos/trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo de personalidad:**

Tabla 31. Frecuencias para rasgos/trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	128	22,4	22,6	22,6
1	184	32,2	32,5	55,0
2	137	24,0	24,2	79,2
Válidos 3	68	11,9	12,0	91,2
4	32	5,6	5,6	96,8
5	15	2,6	2,6	99,5
6	3	,5	0,5	100,0
Total	567	99,1	100,0	
Perdidos Sistema	5	0,9		
Total	572	100,0		

Tabla 32. Frecuencias para rasgos/trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo para mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	70	17,3	17,4	17,4
1	123	30,4	30,6	48,0
2	113	28,0	28,1	76,1
Válidos 3	56	13,9	13,9	90,0
4	26	6,4	6,5	96,5
5	11	2,7	2,7	99,3
6	3	0,7	0,7	100,0
Total	402	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	2	0,5		
Total	404	100,0		

Tabla 33. Frecuencias para rasgos/trastornos de inestabilidad emocional subtipo impulsivo para hombres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	56	34,1	34,8	34,8
1	59	36,0	36,6	71,4
2	24	14,6	14,9	86,3
Válidos 3	12	7,3	7,5	93,8
4	6	3,7	3,7	97,5
5	4	2,4	2,5	100,0
Total	161	98,2	100,0	
Perdidos Sistema	3	1,8		
Total	164	100,0		

El rasgo/trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo de personalidad, ha presentado en el análisis estadístico de la muestra general una moda de 1, una mediana de 1,00, un percentil 43 de 1,00 y un valor para las frecuencias acumuladas de 79.2%.

Respecto a los valores referidos al sexo femenino se observa que presenta una moda de 1, una mediana de 2,00, un percentil 43 de 1,00 y una frecuencia acumulada de 76.1%; para el masculino, una moda de 1, una mediana de 1,00, un percentil 43 de 1,00 y una frecuencia acumulada de 86.3%.

Los valores más afectados son los referidos al sexo femenino pero sin llegar a afectar al valor general de la frecuencia acumulada que ronda muy de cerca el 80%.

- **Para rasgos/trastorno anancástico de personalidad:**

Tabla 34. Frecuencias para rasgos/trastorno anancástico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	111	19,4	19,6	19,6
1	133	23,3	23,5	43,0
2	141	24,7	24,9	67,9
3	115	20,1	20,3	88,2
Válidos 4	37	6,5	6,5	94,7
5	17	3,0	3,0	97,7
6	13	2,3	2,3	100,0
Total	567	99,1	100,0	
Perdidos Sistema	5	0,9		
Total	572	100,0		

Tabla 35. Frecuencias para rasgos/trastorno anancástico para mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	65	16,1	16,3	16,3
1	98	24,3	24,5	40,8
2	99	24,5	24,8	65,5
3	86	21,3	21,5	87,0
4	26	6,4	6,5	93,5
5	14	3,5	3,5	97,0
6	12	3,0	3,0	100,0
Total	400	99,0	100,0	
Perdidos Sistema	4	1,0		
Total	404	100,0		

Tabla 36. Frecuencias para rasgos/trastorno anancástico en hombres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	44	26,8	27,0	27,0
1	34	20,7	20,9	47,9
2	41	25,0	25,2	73,0
3	29	17,7	17,8	90,8
4	11	6,7	6,7	97,5
5	3	1,8	1,8	99,4
6	1	,6	,6	100,0
Total	163	99,4	100,0	
Perdidos Sistema	1	0,6		
Total	164	100,0		

El rasgo/trastorno anancástico de personalidad ha presentado en el análisis estadístico de la muestra general una moda de 2, una mediana de 2,00, un percentil 43 de 1,24 y un valor para las frecuencias acumuladas de 67.9%. Respecto a los valores referidos al sexo femenino se observa que presenta una moda de 2, una mediana de 2,00, un percentil 43 de 2 y una frecuencia acumulada de 65.5%; para el masculino, una moda de 0, una mediana de 2,00, un percentil 43 de 1,00 y una frecuencia acumulada de 73%. Continúa la tendencia a mejorar los porcentajes de las frecuencias acumuladas generales para el trastorno.

- **Para rasgos/trastorno dependiente de personalidad**

Tabla 37. Frecuencias para rasgos/trastorno dependiente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	85	14,9	15,0	15,0
1	156	27,3	27,5	42,4
2	150	26,2	26,4	68,8
3	100	17,5	17,6	86,4
Válidos 4	59	10,3	10,4	96,8
5	16	2,8	2,8	99,6
6	2	0,3	0,4	100,0
Total	568	99,3	100,0	
Perdidos Sistema	4	0,7		
Total	572	100,0		

Tabla 38. Frecuencias para rasgos/trastorno dependiente para mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	44	10,9	11,0	11,0
1	101	25,0	25,2	36,2
2	113	28,0	28,2	64,3
Válidos 3	79	19,6	19,7	84,0
4	49	12,1	12,2	96,3
5	14	3,5	3,5	99,8
6	1	0,2	0,2	100,0
Total	401	99,3	100,0	
Perdidos Sistema	3	0,7		
Total	404	100,0		

Tabla 39. Frecuencias para rasgos/trastorno dependiente para hombres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	37	22,6	22,7	22,7
1	55	33,5	33,7	56,4
2	37	22,6	22,7	79,1
Válidos 3	21	12,8	12,9	92,0
4	10	6,1	6,1	98,2
5	2	1,2	1,2	99,4
6	1	0,6	0,6	100,0
Total	163	99,4	100,0	
Perdidos Sistema	1	0,6		
Total	164	100,0		

El rasgo/trastorno dependiente de personalidad ha presentado en el análisis estadístico de la muestra general una moda de 1, una mediana de 2,00, un percentil 43 de 2,00 y un valor para las frecuencias acumuladas de 68.8%.

Respecto a los valores referidos al sexo femenino se observa que presenta una moda de 2, una mediana de 2,00, un percentil 43 de 2,00 y una frecuencia acumulada de 64.3%; para el masculino, una moda de 1, una mediana de 1,00, un percentil 43 de 1,00 y una frecuencia acumulada de 79.1%.

- **Para rasgos/trastorno ansioso de personalidad:**

Tabla 40. Frecuencias para rasgos/trastorno ansioso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	66	11,5	11,6	11,6
1	135	23,6	23,7	35,3
2	153	26,7	26,8	62,1
3	101	17,7	17,7	79,8
Válidos 4	54	9,4	9,5	89,3
5	37	6,5	6,5	95,8
6	24	4,2	4,2	100,0
Total	570	99,7	100,0	
Perdidos Sistema	2	0,3		
Total	572	100,0		

Tabla 41. Frecuencias para rasgos/trastorno ansioso para mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	35	8,7	8,7	8,7
1	80	19,8	19,9	28,5
2	111	27,5	27,5	56,1
3	81	20,0	20,1	76,2
Válidos 4	44	10,9	10,9	87,1
5	32	7,9	7,9	95,0
6	20	5,0	5,0	100,0
Total	403	99,8	100,0	
Perdidos Sistema	1	0,2		
Total	404	100,0		

Tabla 42. Frecuencias para rasgos/trastorno ansioso para hombres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	29	17,7	17,8	17,8
1	54	32,9	33,1	50,9
2	41	25,0	25,2	76,1
3	20	12,2	12,3	88,3
Válidos				
4	10	6,1	6,1	94,5
5	5	3,0	3,1	97,5
6	4	2,4	2,5	100,0
Total	163	99,4	100,0	
Perdidos Sistema	1	0,6		
Total	164	100,0		

El rasgo/trastorno ansioso de personalidad ha presentado en el análisis estadístico de la muestra general una moda de 2, una mediana de 2,00, un percentil 43 de 2,00 y un valor para las frecuencias acumuladas de 64,2%. Respecto a los valores referidos al sexo femenino se observa que presenta una moda de 2, una mediana de 2,00, un percentil 43 de 2,00 y una frecuencia acumulada de 56.1%; para el masculino, una moda de 1, una mediana de 1,00, un percentil 43 de 1,00 y una frecuencia acumulada de 76.1%.

Se encontró que el valor que más se repite en las respuestas, es decir, la moda de la muestra es siempre igual o menor que el punto de corte del Cuestionario Salamanca que estamos sometiendo a estudio, 2 (cuatro valores de 0, dos valores de 1 y 5 resultados de 2; predominando el 0 en el grupo B y el dos en el grupo C).

Respecto a la mediana, parámetro estadístico que divide la muestra de tal manera que es 50% de los individuos quedan por encima de su valor y el 50% por debajo del mismo, siempre se encuentra por debajo del punto de corte a estudio 2. Para cada grupo de rasgos/trastornos de personalidad (A, B o C) es diferente: en el

C se mantiene constante (2), en A es 1 (salvo para el esquizotípico que siempre se desmarca en sus valores respecto a los otros dos miembros de su grupo y es 0) y el grupo B en que encontramos cierta homogeneidad en el subgrupo formado por los rasgos/trastornos de inestabilidad emocional que coinciden en el valor 1 y entre los rasgos/trastorno antisocial y narcisista que es 0).

En la muestra estudiada se observa una coincidencia entre la mediana y moda lo que indica simetría en la muestra.

El percentil 43 (aquel que, dentro del espectro de la puntuación en los resultados del 0 al 6, ambos incluidos, corresponde al punto de corte 2 y deja por debajo al 43% de los sujetos de la muestra) corresponde siempre a puntuaciones iguales o inferiores a 2.

Hasta el momento se respetan los resultados del análisis de la anterior muestra.

Todos los rasgos/trastornos de personalidad medidos reflejan unos porcentajes acumulados superiores al 80% (incluso en rasgos/trastornos como el esquizotípico, narcisista, antisocial y de inestabilidad emocional subtipo impulsivo se acercan al 97-99%) para el punto de corte 2 del cuestionario estudiado. No ocurre así para los rasgos/trastornos histriónico, dependiente, anancástico y ansioso que se encuentran en torno al 65% lo que es un 5% superior a los valores del análisis previo (si consideramos como punto de corte 3 el valor más bajo de porcentaje acumulado es de 80% llegando a lograrse en la mayoría de ellos porcentajes del 90-100).

Respecto a este último parámetro, que estadísticamente es el que mejor refleja la relevancia de nuestros hallazgos ya que muestra el tanto por ciento de población que se acumula bajo el punto de corte a estudio, sería importante

remarcar la relevancia de los hallazgos anteriores en relación a la epidemiología de los rasgos/trastornos de personalidad (9).

Los rasgos/trastornos de personalidad que presentan porcentajes acumulados más bajos son los que curiosamente, según la clasificación DSM, tienen las tasas de prevalencia más altas en poblaciones normales (histriónico y dependiente, fundamentalmente). Otros factores que pueden influir, según esta revisión, son el sexo y el nivel cultural ya que los rasgos/trastornos histriónico y por dependencia, según la mencionada clasificación internacional, también suelen ser más frecuentes en mujeres que en hombres; en la muestra estudiada en número de sujetos femeninos es cuatro veces mayor que los masculinos.

El umbral no parece ser el mismo para los hombres y mujeres del grupo estudiado en algunos de los rasgos/trastornos de la personalidad ya que algunos rasgos/trastornos como el histriónico, inestabilidad emocional subtipos límite e impulsivo, anancástico, dependiente y ansioso presentan importantes diferencias en sus frecuencias acumuladas para el valor de corte 2 (como hemos demostrado anteriormente las muestras de hombres y mujeres para cada rasgos/trastorno de personalidad presentan diferencias estadísticamente significativas).

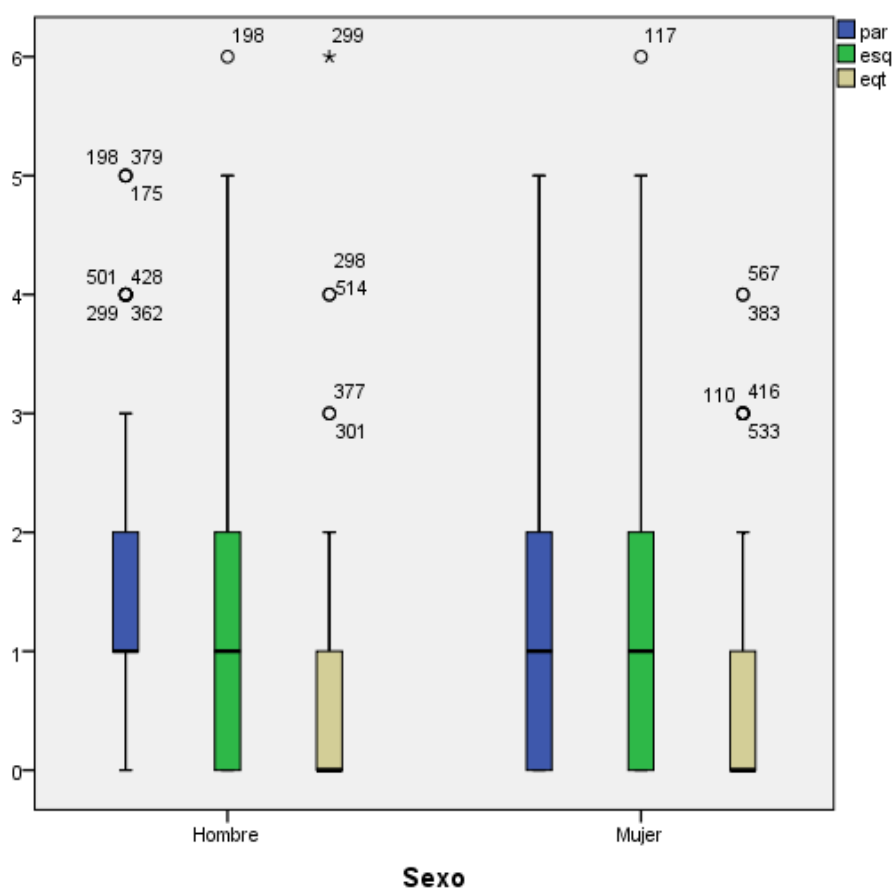
Resultan muy ilustrativas las siguientes gráficas ya que en ellas podemos relacionar varios conceptos simultáneamente como son características estadísticas de la muestra en relación con el sexo y los tres grupos categoriales (A, B, y C):

- **Grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico):**

Se puede observar que existen importantes diferencias entre hombres y mujeres, en el rasgo/trastorno paranoide siendo los grupos de rasgos/trastornos esquizoide y esquizotípico más homogéneos entre géneros, siendo la muestra de los sujetos más similar en el esquizoide (gráfica 2).

Concretando, se puede afirmar que para el rasgo/trastorno paranoide en hombres la distribución de la muestra es homogénea, asimétrica respecto a la mediana, con una ligera concentración hacia el percentil 75 y escasa dispersión en ambos extremos si la comparamos con los valores del sexo femenino. Para las mujeres los valores se encuentran distribuidos más simétricamente alrededor de la mediana pero mucho más concentrados juntos al percentil 25 y, efectivamente, presentan una mayor dispersión en el extremo del percentil 75 fundamentalmente.

Gráfica 2. Diagrama de cajas agrupado para la categoría A de personalidad



Respecto a los rasgos/trastorno esquizoide de la personalidad presenta datos muy similares en ambos sexos igual dispersión en ambos sexos. Para hombres y mujeres los sujetos se disponen simétricamente entorno a la mediana partiendo del percentil 25 como extremo inferior la muestra, es decir, podríamos afirmar que se presenta cierta simetría y una distribución homogénea.

El más desconcertante de los tres era el esquizotípico en el análisis previo (que la CIE-10 incluye en el mismo apartado que la esquizofrenia y el trastorno delirante). En este nuevo análisis, tanto en las mujeres como en los hombres, los valores se agrupaban por encima de la mediana que, en este caso coincidía con el percentil 25 y el extremo inferior de la muestra; por lo tanto, los valores estaban concentrados, eran asimétricos con desviación hacia el percentil 75 y están poco dispersos para los varones.

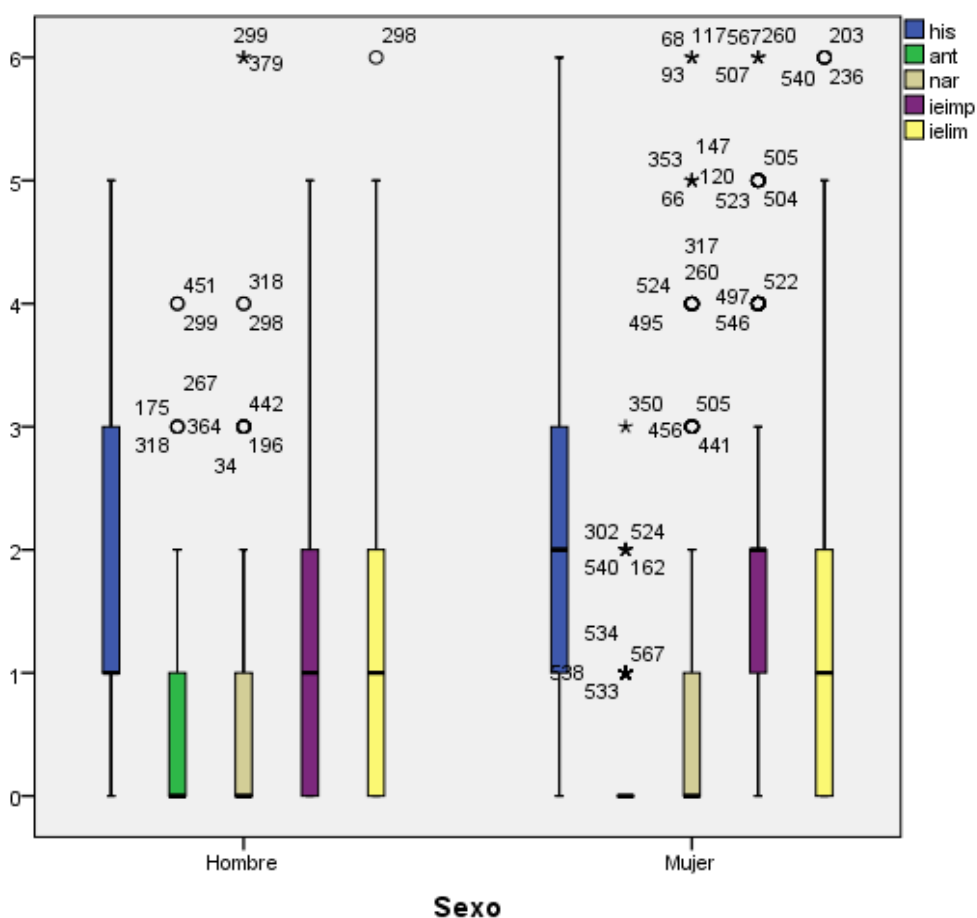
En este nuevo análisis, no sólo se mantienen los parámetros para los hombres, sino que estos coinciden con los que en este análisis presentan las mujeres. Lo que indica que el aumento del tamaño muestral ha ayudado a definir el patrón en el sexo femenino y, además coincidiendo con el mismo de los hombres, lo que confirma nuestro análisis y le da aún más valor a los resultados obtenidos.

- **Grupo B (histriónico, antisocial, narcisista, inestabilidad emocional subtipo impulsivo e inestabilidad emocional subtipo límite):**

Si observamos la gráfica número 3, en esta categoría B el rasgo/trastorno histriónico presenta valores similares y concentrados para ambos sexos salvo que los sujetos en el grupo de mujeres se distribuyen simétricamente en torno a la mediana y en el grupo de hombres lo hacen asimétricamente a favor del percentil 75. La dispersión es ligeramente mayor en mujeres en el extremo del percentil 75 (menor que en análisis de la muestra anterior).

Los sujetos clasificados como antisociales son muy escasos: presentaban un patrón similar para los dos sexos consistente en valores con una gran dispersión que se mantiene en este momento pero cambia para los hombres.

Gráfica 3. Diagrama de cajas agrupado para la categoría B de personalidad



Ahora podemos ver que los varones se distribuyen concentrados asimétricamente por encima de la mediana (hacia el percentil 75) y coincide con el percentil 25 y el límite inferior de la muestra definiéndose un patrón con el aumento muestral. Esta categoría, a pesar de ser una de las más estudiadas por su problemática social y penal, no es la más frecuente en una población normal como refleja la bibliografía. (34) (9) (35)

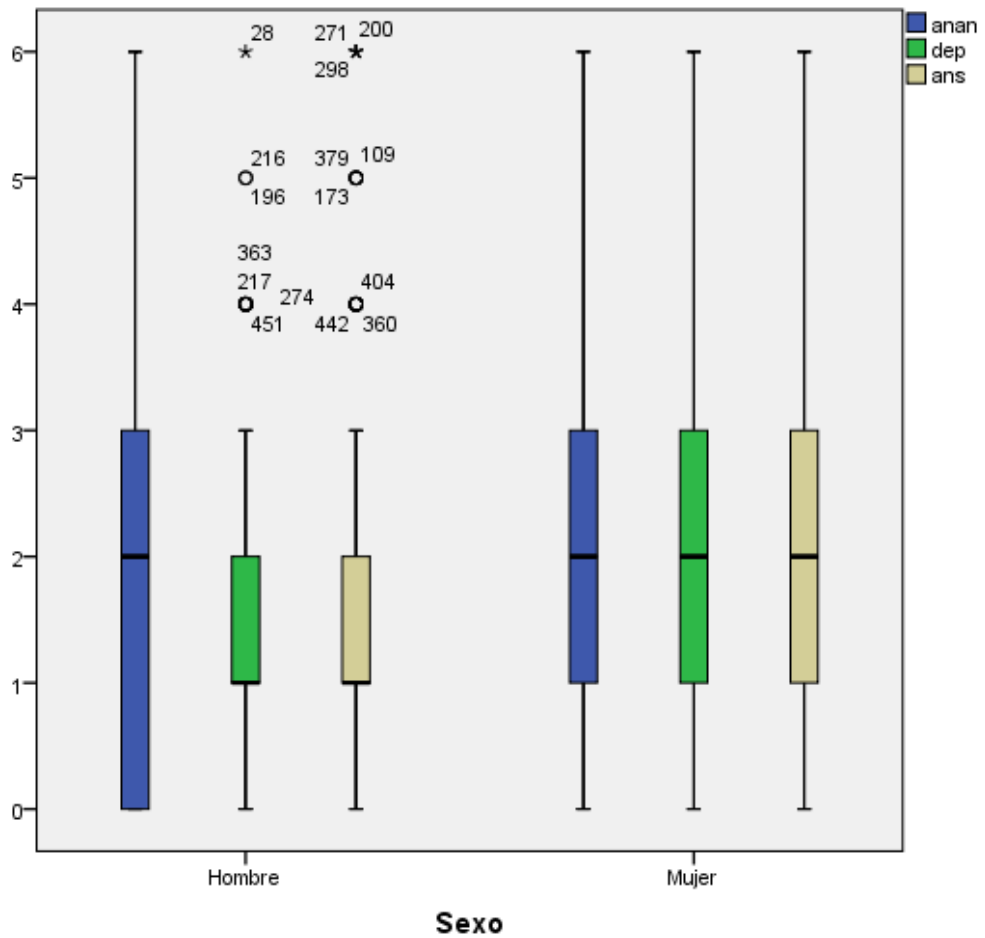
El rasgo/trastorno narcisista presenta una distribución asimétrica respecto a la mediana, que en este caso coincide con el percentil 25 pero agrupada y concentrada hacia el lado del percentil 75 con escasa dispersión y prácticamente igual para ambos sexos. Se mantienen los resultados anteriores.

Aparecen grandes discrepancias entre varones y mujeres para los rasgos/trastornos de inestabilidad emocional tanto del subtipo impulsivo como del límite; ambos son más frecuentes en mujeres (9). Para el subtipo impulsivo, la mujeres muestran unos valores distribuidos homogéneamente bajo la mediana (tendiendo hacia el percentil 25) y con una dispersión simétrica respecto al conjunto de la muestra; en los varones los valores se distribuyen simétricamente alrededor del mencionado valor central y no son simétricos en su distribución ya que su límite inferior coincide con el percentil 25; además la mayor dispersión la presentan en el límite superior del percentil 75. El subtipo límite en mujeres se distribuye alrededor de la mediana simétricamente y el límite inferior coincide con el percentil 25; en varones es parecido aunque el límite superior del grueso de los sujetos coincide con la mediana o percentil 50; la dispersión es similar en ambos sexos (en mujeres se desviaba hacia el percentil 75 en la anterior recogida de datos).

- **Grupo C (anancástico, dependiente y ansioso):**

En las mujeres del grupo C encontramos una gran homogeneidad entre ellas puesto que se distribuyen en los tres rasgos/trastornos simétricamente alrededor de la mediana con una dispersión asimétrica más acentuada hacia el percentil 75. Con respecto a los varones, en los anancásticos los valores son muy similares a las mujeres pero con distribución más amplia de los sujetos en torno a la mediana manteniendo la misma dispersión. Los dependientes varones son menos frecuentes que las mujeres en la población general (34) (9) y en esta muestra ocurre lo mismo; estos sujetos varones se distribuyen por encima de la mediana con una dispersión simétrica y algunos valores extremos por encima del percentil 75. Lo mismo sucede para los ansiosos (anteriormente su distribución se situaba bajo la mediana).

Gráfica 4. Diagrama de cajas agrupado para la categoría C de personalidad



El análisis los grupos de trastornos de la personalidad A, B y C muestra que el más homogéneo de los tres, incluso entre ambos sexos es el grupo C. Se observa una menor consistencia diagnóstica de grupo en los trastornos de la personalidad del grupo B y una menos validez diagnóstica como trastorno de la personalidad al trastorno esquizotípico de la personalidad del grupo A (gráfica 4).

10. CONCLUSIONES.

1. La media total de las puntuaciones de los 576 sujetos de la muestra, hombres y mujeres, es de 1.35 puntos; por tanto, por debajo del punto de corte dos del Cuestionario Salamanca que hemos sometido a estudio.
2. La media total del grupo de mujeres, 404, es 1.40 puntos también por debajo del punto de corte 2 establecido para el Cuestionario Salamanca.
3. La media total del grupo de hombres, cuyo número de sujetos es 166, es 1,22 puntos; por lo tanto, por debajo del punto de corte dos establecido para este cuestionario y sometido a estudio.
4. En el grupo de rasgos/trastorno de personalidad paranoide, cuyo número total de sujetos en la muestra es de 568, presentan una media general de 1,28, una media para el subgrupo de mujeres de 1,20 y una media en el grupo de hombres de 1,49; todas ellas por debajo del punto de corte establecido en el Cuestionario Salamanca.
5. En el grupo de rasgos/trastorno de personalidad esquizoide, cuyo número total de sujetos en la muestra es de 571, presentan una media general de 1,35, una media para el subgrupo de mujeres de 1,31 y una media en el grupo de hombres de 1,47; todas ellas por debajo del punto de corte establecido en el Cuestionario Salamanca.
6. En el grupo de rasgos/trastorno de personalidad esquizotípico, cuyo número total de sujetos en la muestra es de 566, presentan una media general de 0,45, una media para el subgrupo de mujeres de 0,35 y una media en el grupo de hombres de 0,71; todas ellas por debajo del punto de corte establecido en el Cuestionario Salamanca.

7. En el grupo de rasgos/trastorno de personalidad histriónico, cuyo número total de sujetos en la muestra es de 568, presentan una media general de 2,15, una media para el subgrupo de mujeres de 2,35 y una media en el grupo de hombres de 1,64; todas ellas muy próximas al punto de corte establecido en el Cuestionario Salamanca.
8. En el grupo de rasgos/trastorno de personalidad antisocial, cuyo número total de sujetos en la muestra es de 572, presentan una media general de 0,22, una media para el subgrupo de mujeres de 0,14 y una media en el grupo de hombres de 0,42; todas ellas por debajo del punto de corte establecido en el Cuestionario Salamanca.
9. En el grupo de rasgos/trastorno de personalidad narcisista, cuyo número total de sujetos en la muestra es de 569, presentan una media general de 0,71, una media para el subgrupo de mujeres de 0,71 y una media en el grupo de hombres de 0,72; todas ellas por debajo del punto de corte establecido en el Cuestionario Salamanca.
10. En el grupo de rasgos/trastorno de personalidad de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, cuyo número total de sujetos en la muestra es de 567, presentan una media general de 1,56, una media para el subgrupo de mujeres de 1,73 y una media en el grupo de hombres de 1,16; todas ellas por debajo del punto de corte establecido en el Cuestionario Salamanca.
11. En el grupo de rasgos/trastorno de personalidad inestabilidad emocional subtipo límite, cuyo número total de sujetos en la muestra es de 567, presentan una media general de 1,17, una media para el subgrupo de mujeres de 1,12 y una media en el grupo de hombres de 0,99; todas ellas por debajo del punto de corte establecido en el Cuestionario Salamanca.

12. En el grupo de rasgos/trastorno de personalidad anancástico, cuyo número total de sujetos en la muestra es de 567, presentan una media general de 1,89, una media para el subgrupo de mujeres de 2,00 y una media en el grupo de hombres de 1,64; todas ellas por debajo del punto de corte establecido en el Cuestionario Salamanca.
13. En el grupo de rasgos/trastorno de personalidad dependiente, cuyo número total de sujetos en la muestra es de 568, presentan una media general de 1,91, una media para el subgrupo de mujeres de 2,08 y una media en el grupo de hombres de 1,52; todas ellas por debajo o limítrofes al punto de corte establecido en el Cuestionario Salamanca.
14. En el grupo de rasgos/trastorno de personalidad ansioso, cuyo número total de sujetos en la muestra es de 570, presentan una media general de 2,26, una media para el subgrupo de mujeres de 2,48 y una media en el grupo de hombres de 1,27; todas ellas por debajo o limítrofes al punto de corte establecido en el Cuestionario Salamanca.
15. Por lo tanto, el Cuestionario Salamanca muestra propiedades psicométricas en la población estudiada que parecen corroborar su utilidad clínica.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Iverach L, Jones M, O'Brian S, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. Screening for personality disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of fluency disorders*. 2009;34(3):173-86.
2. Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;195(1):46-53.
3. Gárriz M, Gutiérrez F. Cribado de trastornos de la personalidad: un metanálisis. *Personality disorder screening: a meta-analysis*. 2009:148-52.
4. Sinclair SJ, Slavin-Mulford J, Antonius D, Stein MB, Siefert CJ, Haggerty G, et al. Development and preliminary validation of the Level of Care Index (LOCI) from the Personality Assessment Inventory (PAI) in a psychiatric sample. *Psychological assessment*. 2013;25(2):606-17.
5. Muñoz I, Toribio-Díaz ME, Carod-Artal FJ, Peñas-Martínez ML, Ruiz L, Domínguez E, et al. Rasgos de personalidad en pacientes migrañosos: estudio multicéntrico utilizando el cuestionario de cribado Salamanca. *Revista de Neurología*. 2013;57(12):529-34.
6. Pluck G, Sirdifield C, Brooker C, Moran P. Screening for personality disorder in probationers: Validation of the Standardised Assessment of Personality—Abbreviated Scale (SAPAS). *Personality and mental health*. 2012;6(1):61-8.
7. Millon T, Davis R. *Trastornos de la personalidad: principios clásicos*. *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. 2 ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 1-38.
8. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*. 2014;32(1):65-74.

9. Pérez Urdániz A, Santos García JM, Rubio García I. Epidemiología. En: Roca Bennasar M, editor. Trastornos de Personalidad. 1 ed. Barcelona: Psiquiatría editores, S.L.; 2004. p. 187-202.
10. Gómez Gazol E, Pérez Urdániz A, Rubio Larrosa V. The Salamanca Screening Test: A new test for personality disorders in clinical practice. En: VI ISSPD European Congress on Personality Disorders/V Congreso Sobre Trastornos de Personalidad. Zaragoza; 2004.
11. Andrés Olivera P, Caldero Alonso A. Avances en las propiedades psicométricas del cuestionario Salamanca. En: X Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad. Barcelona; 2014.
12. Baca Baldomero E, Roca Bennasar M. Personalidad y trastorno de la personalidad: historia y evolución de los conceptos. Trastornos de Personalidad 1ª ed. Barcelona: Psiquiatría editores, S.L.; 2004. p. 3-32.
13. Oldham JM. Historia reciente y direcciones futuras. En: Oldham JM, Bender DS, Skodol AE. Tratado de los Trastornos de la Personalidad. 1 ed. Barcelona: Elsevier 2007. p. 3-16.
14. Organización Mundial de la Salud. Trastornos de personalidad y de comportamiento del adulto. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) Trastornos mentales y del comportamiento Criterios diagnósticos de investigación. 1 ed. Madrid: Meditor Madrid; 1993. p. 159-179.
15. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de personalidad. En: DSM IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, S.A; 2005. p. 765-816.

16. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de personalidad. En: DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, S.A; 2014. p. 645-684.
17. López-Santín JM, Molins Gálvez F, Litvan Shaw L. Trastornos de personalidad en el DSM-5: una aproximación crítica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2013;33(119):497-510.
18. Van den Broeck J, Rossi G, De Clercq B, Dierckx E, Bastiaansen L. Validation of the FFM PD count technique for screening personality pathology in later middle-aged and older adults. Aging & mental health. 2013;17(2):180-8.
19. Samino Aguado FJ, Pérez Urdániz A, Rubio Larrosa V. Evaluación. En: Vallejo Ruiloba J LCC. Tratado de Psiquiatría. 2. 1 ed. Barcelona: Psiquiatría editores S.L.; 2005. p. 1408-20.
20. Coolidge FL, Segal DL, Cahill BS, Simenson JT. Psychometric properties of a brief inventory for the screening of personality disorders: The SCATI. Psychology and psychotherapy. 2010.
21. Germans S, Van Heck GL, Masthoff ED, Trompenaars FJ, Hodiament PP. Diagnostic efficiency among psychiatric outpatients of a self-report version of a subset of screen items of the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Personality Disorders (SCID-II). Psychological assessment. 2010;22(4):945-52.
22. Schroeder K, Andresen B, Naber D, Huber CG. Diagnostic validity of ICD-10 personality dimensions: a multitrait-multimethod analysis of two self-report questionnaires and a structured interview. Psychopathology. 2010;43(2):110-20.
23. Prieto Mestre N. Estudio sobre la prevalencia de rasgos y trastornos de personalidad en una muestra de población normal española con el cuestionario de

screening del examen internacional de los trastornos de personalidad (I.P.D.E.), versiones DSM-IV y CIE-10. Salamanca: Salamanca; 2005.

24. Salazar J, Marti V, Soriano S, Beltran M, Adam A. Validity of the Spanish version of the Inventory of Interpersonal Problems and its use for screening personality disorders in clinical practice. *Journal of personality disorders*. 2010;24(4):499-515.

25. Pérez Urdániz A, Rubio Larrosa V, Gómez Garzol E. Un nuevo instrumento para la evaluación de los trastornos de la personalidad en la práctica clínica: El cuestionario Salamanca. En: IV Congreso Regional de Psiquiatría de Castilla y León. Salamanca; 2004.

26. Pérez Urdániz A. Instrumentos de detección de trastornos de personalidad: Un nuevo cuestionario. En: VIII Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao; 2004.

27. Olsson I, Sorebo O, Dahl AA. A cross-sectional testing of The Iowa Personality Disorder Screen in a psychiatric outpatient setting. *BMC psychiatry*. 2011;11:105.

28. Germans S, Van Heck GL, Hodiament PP. Results of the search for personality disorder screening tools: clinical implications. *The Journal of clinical psychiatry*. 2012;73(2):165-73.

29. Rubio Larrosa V, Paumard Oliván C, Pérez Urdániz A. Evaluación y unidades específicas. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. *Tratado de Psiquiatría*. 2. Segunda ed. Barcelona: Ars Médica; 2010. p. 1618-40.

30. Hesse M, Moran P. Screening for personality disorder with the Standardised Assessment of Personality: Abbreviated Scale (SAPAS): further evidence of concurrent validity. *BMC psychiatry*. 2010;10:10.

31. Germans S, Van Heck GL, Hodiament PP. Quick Personality Assessment Schedule (PAS-Q): validation of a brief screening test for personality disorders in a population of psychiatric outpatients. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2011;45(9):756-62.
32. Lanyon RI, Thomas ML. Assessment of global psychiatric categories: The PSI/PSI-2 and the MMPI-2-RF. US: American Psychological Association; 2013. p. 227-32.
33. Martín Martín Q, de Paz Santana Y. Pruebas no paramétricas. En: Martín Martín Q, Cabero Morán M. Tratamiento estadístico de datos con SPSS Madrid: Editorial Paraninfo; 2007. p. 403-34.
34. Girolamo Gd, Reich J. Epidemiología de los trastornos de personalidad. En: Girolamo Gd, Reich J, Rubio Diez AM. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales: trastornos de la personalidad. Madrid: Meditor S.L.; 1996. p. 16-40.
35. López-Barrachina R, Lafuente O, García-Latas J. Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. *Rev Esp Sanid Penit*. 2007;9:53-63.

12. ANEXOS

Anexo1.

ESTUDIO SOBRE CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD EN POBLACION NORMAL

El motivo de este estudio es conocer las características de personalidad en población española sana. Para ello estudiaremos las respuestas obtenidas en personas con capacidad para comprender el contenido de estas preguntas, relacionadas con sentimientos personales y pautas de comportamiento social. Las personas normales tienen rasgos de personalidad que les hacen peculiares y distintos, normalidad no equivale a perfección. Hay que tener en cuenta que la redacción de algunas preguntas puede parecer ambigua, así por ejemplo la pregunta que dice “sueño con ser famoso” se refiere a unos sueños de grandeza excesiva, no a las ambiciones legítimas de progresar normales en cualquier persona. En la pregunta que dice “prefiero asociarme con gente de talento” se refiere al deseo excesivo de relacionarse con personas importantes. El test es anónimo, no obstante si desea conocer cuáles han sido sus respuestas puede poner una identificación, por ejemplo número, nombre o código y pedirlos resultados del test. Por favor, no omita ningún ítem, en caso de duda indique la respuesta que le parezca más adecuada.

Número/Nombre/Código.....Edad.....Sexo.....
Estudios.....Curso.....
.....Profesión.....Fecha.....

Señale con una X la respuesta que le parezca más correcta.

• Cuál es su situación laboral:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Activo | <input type="checkbox"/> Trabajo esporádico |
| <input type="checkbox"/> Parado | <input type="checkbox"/> No ha trabajado nunca |
| <input type="checkbox"/> Baja laboral | <input type="checkbox"/> Jubilado |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Jubilado por enfermedad |

• Situación académica:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Educación Básica | <input type="checkbox"/> Diplomatura | <input type="checkbox"/> Sin concluir |
| <input type="checkbox"/> EGB/ESO terminada | | <input type="checkbox"/> Concluida |
| <input type="checkbox"/> Bachiller | <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Sin concluir |
| | | <input type="checkbox"/> Concluida |

- ¿Está Vd. físicamente sano?

Si

No → Especificar diagnóstico.....

- Antecedentes familiares psiquiátricos

No

Si → Diagnóstico y parentesco.....

- Antecedentes familiares psiquiátricos

No

Si → Diagnóstico y tratamientos.....

Ha tomado psicofármacos no prescritos por su médico:

No

Si → Especificar.....

- Consumo de sustancias, ha tomado drogas:

	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Habitualmente
Alcohol				
Heroína				
Cocaína				
Anfetaminas				
Speed				
Alucinógenos				
Otras				

- ¿Está contento con su trabajo, estudios o labores domésticas?

Mucho

Un poco

Moderadamente

Nada en absoluto

- ¿Cómo describiría la calidad de su tiempo libre o actividades de ocio

Muy buena

Aceptable

Buena

Insatisfactoria

- En su familia, las relaciones son:

Muy buenas

Aceptables

Buenas

Insatisfactorias

- ¿Cómo calificaría en general sus relaciones con otras personas?

Muy buenas

Aceptables

Buenas

Insatisfactorias



CUESTIONARIO SALAMANCA (VERSIÓN 2007)

PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M^a Esperanza Gómez Gazol

Este es un cuestionario de screening para la evaluación de los Trastornos de la Personalidad. Conteste según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado.

Ponga una cruz en su respuesta: V para verdadero y F para falso. En el caso de contestar V (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta: 1. A veces, 2. Con frecuencia y 3. Siempre

1. Pienso que más vale no confiar en los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

2. Me gustaría dar a la gente su merecido.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

4. Prefiero estar conmigo mismo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

5. ¿Piensa la gente que es usted raro o excéntrico?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

6. Estoy más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

7. Soy demasiado emocional.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

8. Doy mucha importancia y atención a mi imagen.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

9. Hago cosas que están fuera de la ley.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

10. Tengo poco respeto por los derechos de los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

11. Soy especial y merezco que me lo reconozcan.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	
12. Mucha gente me envidia por mi valía.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	
13. Mis emociones son como una montaña rusa.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	
14. Soy impulsivo.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	
15. Me pregunto con frecuencia cuál es mi papel en la vida.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	
16. Me siento aburrido y vacío con facilidad.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	
17. ¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado o rígido?	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	
18. Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	
19. Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	
20. Me cuesta tomar decisiones por mí mismo.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	
21. Soy nervioso.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	
22. Tengo mucho miedo a hacer el ridículo.	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
		1	2	3	



CUESTIONARIO SALAMANCA (VERSIÓN 2007)

PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M^a Esperanza Gómez Gazol

Nombre y apellidos:			
Fecha:	Sexo:	Edad:	Diagnóstico:
Estado Civil:			
Profesión:			
Tratamiento:			

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO

Suma el total de los puntos obtenidos en las respuestas verdaderas para cada trastorno y refléjelas en la gráfica. Los ítems correspondientes a cada subescala son:

GRUPO A	PAR	PARANOIDE (ítems 1 y 2)
	ESQ	ESQUIZOIDE (ítems 3 y 4)
	EQT	ESQUIZOTÍPICO (ítems 5 y 6)
GRUPO B	HIST	HISTRIÓNICO (ítems 7 y 8)
	ANT	ANTISOCIAL (ítem 9 y 10)
	NAR	NARCISISTA (ítem 11 y 12)
	IE IMP	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO IMPULSIVO (ítems 13 y 14)
	IE LIM	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO LÍMITE (ítems 15 y 16)
GRUPO C	ANAN	ANANCÁSTICO (ítems 17 y 18)
	DEP	DEPENDIENTE (ítem 19 y 20)
	ANS	ANSIOSO (ítems 21 y 22)

- Según la nomenclatura del DSM-IV TR: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Antisocial, Narcisista y Dependiente
- Según la nomenclatura del CIE-10: Trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, Trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, Anancástico y Ansioso.

Refleje la puntuación en el siguiente gráfico:

	GRUPO A			GRUPO B					GRUPO C		
PUNT	PAR	ESQ	EQT	HIST	ANT	NAR	IE IMP	IE LIM	ANAN	DEP	ANS
6											
5											
4											
3											
2											
1											
0											