

**GUÍA DE INTERVENCIÓN  
EN TRASTORNOS  
DE LA PERSONALIDAD**

Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**  
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



**Q**ueda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

# GUÍA DE INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Amparo Belloch Fuster  
Héctor Fernández-Álvarez  
Belén Pascual-Vera



© Amparo Belloch Fuster  
Héctor Fernández-Álvarez  
Belén Pascual-Vera

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono: 91 593 20 98  
[www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)

ISBN: 978-84-9171-375-3  
Depósito Legal: M-23.848-2019

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

# Índice

|  |    |
|--|----|
| <i>Prólogo</i> .....   | 11 |
| <b>1. <i>La personalidad normal y los trastornos de la personalidad</i></b> .....  | 17 |
| 1.1. La personalidad normal .....  | 17 |
| 1.1.1. El modelo de los cinco grandes factores de la personalidad .....  | 19 |
| 1.1.2. El modelo psicobiológico de Cloninger: temperamento y carácter .....  | 24 |
| 1.2. Los trastornos de la personalidad .....   | 30 |
| 1.2.1. Criterios generales de trastorno de la personalidad según los sistemas actuales de diagnóstico psiquiátrico ..... | 35 |
| 1.2.2. Epidemiología de los trastornos de la personalidad .....  | 38 |
| 1.2.3. Comorbilidad de los trastornos de la personalidad .....   | 44 |
| 1.2.4. Curso longitudinal de los trastornos de la personalidad: estabilidad vs. cambio .....                             | 47 |

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| <b>2.</b> | <b><i>Trastorno(s) de la personalidad</i></b> .....   | 53 |
| 2.1.      | ¿Trastorno de la personalidad o trastornos de la personalidad? .....                                | 53 |
| 2.2.      | CIE-11: trastornos de personalidad y rasgos relacionados .....                                      | 56 |
| 2.2.1.    | Evaluación de la gravedad del TP .....  | 58 |
| 2.2.2.    | Los rasgos prominentes de personalidad y el patrón límite .....                                     | 61 |
| 2.3.      | DSM-5: trastornos de la personalidad .....  | 67 |
| 2.3.1.    | El modelo alternativo: dificultades en el funcionamiento y rasgos patológicos de personalidad ..... | 68 |
| 2.3.2.    | Aplicación del modelo alternativo a seis TP ..  | 70 |
| 2.4.      | Comparación entre los sistemas CIE-11 y DSM-5 .....   | 73 |
| <b>3.</b> | <b><i>DSM-5: los seis trastornos de la personalidad del modelo alternativo</i></b> .....            | 77 |
| 3.1.      | Razones para seleccionar seis trastornos de la personalidad .....                                   | 77 |
| 3.2.      | Trastorno de la personalidad esquizotípico .....  | 78 |
| 3.2.1.    | Características clínicas y criterios para el diagnóstico .....                                      | 79 |
| 3.2.2.    | Epidemiología y curso .....   | 80 |
| 3.2.3.    | Diagnóstico diferencial .....   | 81 |
| 3.2.4.    | Etiología .....   | 82 |
| 3.3.      | Trastorno de la personalidad antisocial .....   | 84 |
| 3.3.1.    | Características clínicas y criterios para el diagnóstico .....                                      | 84 |
| 3.3.2.    | Epidemiología y curso .....   | 87 |
| 3.3.3.    | Diagnóstico diferencial .....   | 88 |
| 3.3.4.    | Etiología .....   | 88 |
| 3.4.      | Trastorno de la personalidad límite .....   | 91 |
| 3.4.1.    | Características clínicas y criterios para el diagnóstico .....                                      | 92 |

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| 3.4.2.    | Epidemiología y curso .....  | 93         |
| 3.4.3.    | Diagnóstico diferencial .....  | 96         |
| 3.4.4.    | Etiología .....  | 97         |
| 3.5.      | Trastorno de la personalidad narcisista .....  | 105        |
| 3.5.1.    | Características clínicas y criterios<br>para el diagnóstico .....  | 105        |
| 3.5.2.    | Epidemiología y curso .....  | 108        |
| 3.5.3.    | Diagnóstico diferencial .....  | 108        |
| 3.5.4.    | Etiología .....  | 109        |
| 3.6.      | Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva<br>(TP-OC) .....  | 111        |
| 3.6.1.    | Características clínicas y criterios<br>para el diagnóstico .....  | 112        |
| 3.6.2.    | Epidemiología y curso .....  | 113        |
| 3.6.3.    | Diagnóstico diferencial .....  | 115        |
| 3.6.4.    | Etiología .....  | 115        |
| 3.7.      | Trastorno de la personalidad evitativo .....   | 117        |
| 3.7.1.    | Características clínicas y criterios<br>para el diagnóstico .....  | 117        |
| 3.7.2.    | Epidemiología y curso .....  | 118        |
| 3.7.3.    | Diagnóstico diferencial .....  | 119        |
| 3.7.4.    | Etiología .....  | 120        |
| <b>4.</b> | <b><i>Evaluación de los trastornos de la personalidad</i></b> .....  | <b>123</b> |
| 4.1.      | Principios generales y dificultades en la evaluación<br>y diagnóstico de los trastornos de la personalidad ....          | 123        |
| 4.1.1.    | El motivo de consulta y las características<br>de la demanda .....   | 124        |
| 4.1.2.    | Las características de una evaluación<br>transituacional y longitudinal .....  | 126        |
| 4.1.3.    | El rol de los síntomas activos<br>y de la comorbilidad .....   | 127        |
| 4.1.4.    | Efectos del género, de la edad y del<br>contexto cultural en la evaluación de los<br>trastornos de la personalidad ..... | 129        |
| 4.2.      | Recomendaciones generales para la evaluación .....   | 131        |

|           |   |     |
|-----------|---|-----|
| 4.3.      | Estrategias y técnicas para la evaluación y el diagnóstico .....                | 132 |
| 4.3.1.    | La entrevista en la evaluación de los trastornos de personalidad .....          | 133 |
| 4.3.2.    | Los terceros o informantes .....  | 134 |
| 4.3.3.    | Entrevistas estructuradas e instrumentos de autoinforme .....                   | 135 |
| <b>5.</b> | <b><i>Tratamiento de los trastornos de la personalidad</i></b> .....            | 145 |
| 5.1.      | Criterios generales de indicación terapéutica .....                             | 145 |
| 5.1.1.    | Razones que conducen a la búsqueda de ayuda terapéutica .....                   | 146 |
| 5.1.2.    | Factores desencadenantes de la demanda ..                                       | 151 |
| 5.1.3.    | Dificultades que plantea el tratamiento y pautas generales para abordarlo ..... | 159 |
| 5.2.      | Principios de la intervención terapéutica .....                                 | 165 |
| 5.2.1.    | Alianza terapéutica .....   | 166 |
| 5.2.2.    | Psicoeducación .....  | 171 |
| 5.2.3.    | Gradualidad de los cambios .....  | 172 |
| 5.2.4.    | Fases del tratamiento .....   | 173 |
| 5.2.5.    | Procedimientos indirectos .....   | 174 |
| 5.2.6.    | El contexto (presencia de terceros) .....                                       | 179 |
| 5.2.7.    | El dispositivo de terapia grupal .....  | 181 |
| 5.2.8.    | Entrenamiento y supervisión .....   | 182 |
| <b>6.</b> | <b><i>Modelos terapéuticos</i></b> .....  | 185 |
| 6.1.      | Los inicios .....   | 185 |
| 6.2.      | Psicoterapias individuales: abordajes clásicos .....                            | 187 |
| 6.3.      | Psicoterapias grupales .....  | 188 |
| 6.4.      | Modelos psicodinámicos: desarrollos recientes .....                             | 194 |
| 6.5.      | El impacto de la terapia cognitiva .....  | 198 |
| 6.5.1.    | Terapia cognitiva clásica: el modelo de Beck .....                              | 199 |
| 6.5.2.    | Terapia centrada en los esquemas: el modelo de J. E. Young .....                | 203 |



|  |     |
|--|-----|
| 6.5.3. Otros modelos dentro del espectro<br>cognitivo .....                          | 206 |
| 6.6. Abordajes sociales y comunitarios .....   | 211 |
| 6.6.1. Modalidades de intervención .....   | 213 |
| <b>7. Eficiencia terapéutica</b> .....   | 229 |
| 7.1. Informes generales .....  | 229 |
| 7.2. Informes de modelos según trastornos .....                                      | 232 |
| 7.2.1. Terapia centrada en esquemas (TCE) .....                                      | 233 |
| 7.2.2. Eficiencia en el tratamiento del trastorno<br>de la personalidad límite ..... | 234 |
| 7.2.3. Efectividad en los trastornos<br>de personalidad no especificados .....       | 235 |
| 7.3. Tratamientos farmacológicos .....   | 236 |
| <b>Bibliografía</b> .....  | 239 |

### *Anexos (versión electrónica)*

1. Entrevistas de evaluación y diagnóstico
2. Cuestionarios y escalas de evaluación
3. Casos clínicos
4. Criterios diagnósticos para los TP de la Sección II del DSM-5
5. Preguntas de autoevaluación
6. Referencias citadas en el texto

# 2

## Trastorno(s) de la personalidad

### 2.1. ¿Trastorno de la personalidad o trastornos de la personalidad?

---

Si en algo coinciden los expertos en trastornos de la personalidad es en la insatisfacción con el modelo que han venido utilizando los sistemas de diagnóstico psiquiátrico para definirlos y clasificarlos. Una revisión somera de las publicaciones especializadas, en especial las de la última década, revela con mucha frecuencia calificativos como “arbitrarios”, “inútiles”, “ineficaces” o “sin fundamento”.

El problema, en opinión de Livesley (2018), radica en la ausencia de un marco conceptual coherente que sirva de base para la investigación y, en consecuencia, para la práctica clínica. Los sistemas de diagnóstico psiquiátrico pretenden tratar los trastornos mentales y, entre ellos, los TP, como entidades nosológicas discretas o netamente diferentes, con una etiología claramente demostrable y, por lo tanto, con manifestaciones sintomáticas unívocas y diferenciadas. Pero lo cierto es que, hoy por hoy, esta idea no es siquiera aplicable a la mayoría de las enfermedades médicas, sino únicamente a aquellas que requieren la presencia de un agente patógeno concreto e identificable, que sea por sí solo suficiente para explicar su génesis y su expresión sintomática. Dicho en otros términos,

la complejidad etiológica de los trastornos y enfermedades mentales que afectan a las personas hace prácticamente inviable la aplicación de un modelo médico “a la vieja usanza”, que actualmente no es siquiera suficiente para las enfermedades médicas. Los TP son un ejemplo claro de complejidad máxima, que se manifiesta no solo por la ausencia de indicadores etiológicos específicos, sino también por la falta de indicadores patognomónicos exclusivos.

Las críticas a la aplicación del modelo médico como marco conceptual para el diagnóstico de los trastornos mentales y, muy especialmente, para los TP, no son nuevas. En 1986, Eysenck lanzaba una crítica feroz contra el DSM-III de 1980, que concluía con estas palabras:

No habrá avance posible para aquellos que acepten las premisas y supuestos del DSM-III. No está nada claro que se pueda lograr nunca una mejora racional si se adopta una metodología igual o similar a la que han adoptado sus autores. Es absolutamente necesario desechar todo el planteamiento, tirarlo por la borda [...]. Un DSM-IV, en el caso de que alguna vez llegara a nacer semejante feto deforme solo añadiría más confusión a la confusión, y haría del planteamiento psiquiátrico sobre la clasificación algo todavía menos científico de lo que ya es ahora (Eysenck, 1986, p. 96).

Desde luego, Eysenck no consiguió que el DSM-III “desapareciera”, ni menos aun que no tuviera descendientes. Pero acertó en vaticinar los problemas que su utilización extensiva iba a tener para el desarrollo de la investigación sobre las psicopatologías y su tratamiento. Es llamativo que poco después de la aparición del DSM-IV, que en realidad no hacía más que consolidar el mismo modo de enfocar el diagnóstico psicopatológico introducido en los ochenta, se creara un comité de expertos bajo los auspicios de la propia APA, cuyos objetivos eran establecer las prioridades de investigación para el futuro DSM-V, dada la frustración que la “nomenclatura” en cuestión estaba produciendo en clínicos e investigadores.

En el prólogo de uno de los primeros documentos del comité se puede leer lo siguiente:

En los más de 30 años transcurridos desde la introducción de los criterios de Feighner por Robins y Guze, que dieron lugar al DSM-III, los deseos de obtener validación para estos síndromes y

descubrir etiologías comunes, han resultado ser esquivos [...] no se ha encontrado ningún marcador de laboratorio específico para identificar ninguno de los síndromes definidos en el DSM. Los estudios epidemiológicos y clínicos han evidenciado tasas de comorbilidad extraordinariamente elevadas entre los distintos trastornos, lo que ha minado las hipótesis de que los síndromes representan etiologías diferentes. Además [...] alto grado de inestabilidad diagnóstica a corto plazo para muchos trastornos. Por lo que se refiere al tratamiento, la ausencia de especificidad terapéutica es más la regla que la excepción (Kupfer, First y Regier, 2002, p. XVIII).

En el mismo documento se plantea un objetivo prioritario: buscar nuevos modos más fructíferos (y útiles) para caracterizar y clasificar los trastornos mentales. Entre ellos, el enfoque dimensional emerge como un candidato idóneo. El grupo de trabajo comandado por Kupfer recomendaba comenzar la aplicación del nuevo enfoque dimensional precisamente por los TP, con el objetivo de analizar su funcionalidad en este ámbito para, a partir de ahí, analizar las ventajas e inconvenientes que plantea su uso tanto en el contexto clínico o aplicado como en el de la investigación. No están claras las razones por las que ese grupo se planteó comenzar por los TP, pero en opinión de Widiger y Mullins-Sweatt (2009), uno de los motivos fundamentales es el consenso prácticamente unánime de insatisfacción que el DSM ha provocado en relación con los TP. Una razón adicional, según estos mismos autores, es la existencia de una amplia y consolidada tradición de investigación psicológica sobre la personalidad normal, que puede proporcionar la base empírica suficiente y necesaria como para que el cambio de enfoque tenga garantías de éxito en el ámbito clínico. Sin embargo, como veremos más adelante, esto es más un deseo de Widiger que una realidad, al menos en lo que se refiere a la quinta y última versión del DSM.

La búsqueda de un nuevo marco conceptual que reclamaba Livesley (2018) para los TP ha tenido cierto éxito en el caso del nuevo sistema CIE-11 propuesto por la OMS, que ha adoptado el marco conceptual de la psicología normal de la personalidad para definir y caracterizar los TP, como ya vimos en el capítulo anterior y ampliaremos en este. Sin embargo, el DSM-5 ha seguido manteniendo el marco conceptual kraepeliniano del modelo médico tradicional. Pero, al mismo tiempo, ha introducido la posibilidad de cambiar hacia un modelo dimensional, como también veremos después.

Así, frente a la propuesta de los TP como tipos diferenciados de entidades diagnósticas, ha ido tomando cuerpo otra muy diferente: la de que el modo de entender los TP debe ser compatible con el que se utiliza para comprender la personalidad normal. Como afirma Livesley (2018), este enfoque, junto con la idea de que esos trastornos son la expresión de una desorganización generalizada del sistema personal, sugiere que es más útil y productivo pensar en los TP como una entidad diagnóstica única que se expresa de modos diferentes. El título de este capítulo pretende responder a este doble planteamiento que, además, es el que enfrenta a los dos sistemas de diagnóstico psiquiátrico actualmente.

## 2.2. CIE-11: trastornos de personalidad y rasgos relacionados

---

Como se ha dicho anteriormente, el nuevo planteamiento de la OMS supone una ruptura total con la visión categorial de los TP que la propia organización ha venido manteniendo hasta ahora. El primer cambio tiene que ver con la denominación misma del capítulo dedicado a la psicopatología de la personalidad, que incluye el concepto de rasgo y, por lo tanto, la apuesta por un enfoque dimensional sobre la personalidad que oscila desde la normalidad hasta la patología o trastorno. Se establece así un puente con los planteamientos en los que históricamente se han basado los estudios sobre la personalidad humana que revisamos en el capítulo anterior. De hecho, los denominados *rasgos prominentes* que evaluar guardan muchas semejanzas con el modelo de los 5GF, como se verá más adelante.

El nuevo sistema, que actualmente se encuentra en periodo de prueba y entrará en vigor en 2020, sigue en gran medida el planteamiento expresado, entre otros, por Livesley (2003 y 2018): el primer paso es valorar la existencia de un patrón generalizado de personalidad trastornada (o trastorno de la personalidad), según los criterios generales que expusimos en el capítulo precedente. Una vez establecido el diagnóstico debe evaluarse su gravedad como leve, moderado, o grave, sobre la base de las disfunciones que el trastorno provoca en las relaciones interpersonales y en la vida cotidiana de la persona. Ambos aspectos permiten soslayar el gran problema de la comorbilidad entre los TP cuando se

consideran como entidades separadas, es decir, como tipos. El clínico puede no especificar la gravedad, pero hay que tener en cuenta que para un diagnóstico formal de TP debe especificarse, como mínimo, un nivel de gravedad leve. Además, este nivel puede utilizarse como medida umbral para el cribado, es decir, para delimitar presencia vs. ausencia de TP (Bach y First, 2018).

El segundo paso es explorar las características particulares a través de las cuales se manifiesta clínicamente el trastorno en un individuo concreto. Se trata de un paso inicialmente optativo, aunque recomendable. Para ello se utilizan uno o varios de los seis especificadores, que en la CIE-11 se denominan *rasgos prominentes de personalidad*. Por lo tanto, estos rasgos únicamente son aplicables a un paciente particular *una vez que se han establecido, en primer lugar, el diagnóstico general de trastorno de personalidad y, en segundo término, su gravedad*.

Además del diagnóstico formal de TP, existe la opción de indicar la presencia de problemas de personalidad cuya entidad, gravedad, o persistencia, no son lo bastante importantes como para plantear que un individuo tiene un TP. Se trata de la categoría denominada *personality difficulty* (a falta de conocer la traducción que se proporcionará en la versión final en castellano, adoptaremos aquí la de “problemas de personalidad”) que hace referencia a personalidad problemática, complicada, o difícil, sin llegar a la categoría de patológica o “trastornada”. Por lo tanto, no se considera un trastorno mental en sí mismo y, como tal, se ubica en un apartado que recoge condiciones que, aun no siendo enfermedades o trastornos con diagnóstico específico, influyen en el estado de salud y dan lugar a consultas con los servicios de salud.

La personalidad problemática, o los problemas de personalidad, se caracterizan por la presencia de dificultades que están relacionadas con la acentuación de algunos rasgos de personalidad, con una duración de al menos dos años, que provocan disfunciones en algunos ámbitos del funcionamiento personal, laboral, o relacional. Los problemas no son graves, se circunscriben a situaciones concretas, se expresan de manera intermitente (p. ej., bajo estrés o en situaciones de riesgo), y con una intensidad baja, por lo que no impiden realizar las actividades cotidianas, o mantener relaciones interpersonales, con relativa normalidad. Pueden producirse en el contexto o en el curso de un trastorno mental. Por

ejemplo, una persona con trastorno obsesivo-compulsivo puede presentar problemas de personalidad por sus rasgos perfeccionistas (es decir, una faceta de la anancastia), pero al mismo tiempo puede mantener buenas relaciones sociales y realizar su trabajo adecuadamente. Otro paciente con ansiedad generalizada resistente al tratamiento puede tener baja autoestima (es decir, una faceta de la afectividad negativa), pero al mismo tiempo estar considerado por los demás como leal y buen compañero. En ambos casos, los patrones específicos de problemas de personalidad sugieren una elevada vulnerabilidad a presentar algún trastorno, pero en sí mismos no son los suficientemente importantes como para justificar un diagnóstico adicional de TP.

A continuación, se presentan los criterios para establecer la gravedad y las características que definen cada uno de los seis rasgos prominentes de personalidad, tal y como se ofrecen en la versión electrónica disponible de la nueva clasificación y complementan Bach y First (2018).

### 2.2.1. Evaluación de la gravedad del TP

La evaluación de la gravedad gravita en torno a dos grandes núcleos de perturbación: el *sí-mismo* y las *relaciones interpersonales*, teniendo en cuenta la persistencia y el grado en el que se hacen patentes estos dos ámbitos de perturbación.

Por lo que se refiere al sí-mismo se trata de valorar su estabilidad y coherencia, la capacidad para mantener una autovaloración en general positiva y estable, la visión ajustada y adecuada de las propias características personales, con sus fortalezas y limitaciones, y la capacidad para la autodirección, es decir, para planificar, escoger y conseguir metas adecuadas.

El ámbito de las relaciones interpersonales incluye desde las románticas o de pareja, las familiares y paterno-filiales, o las de amistad, hasta las laborales o escolares y con los pares. La disfunción se manifiesta en varios de esos ámbitos, e incluye aspectos como el interés en entablar relaciones, la capacidad para valorar y comprender la perspectiva de los demás, o la de iniciar y mantener relaciones cercanas mutuamente satisfactorias y ser capaz de manejar y afrontar los posibles conflictos.

Las perturbaciones, tanto en relación con el propio yo como en el contexto interpersonal, se ponen de manifiesto a través de alteraciones en los planos:

- *Emocional* (p. ej., expresión emocional adecuada, capacidad para reconocer emociones no deseables, como ira o tristeza).
- *Cognitivo* (p. ej., capacidad para tomar decisiones en situaciones de incertidumbre, flexibilidad y estabilidad del sistema de creencias).
- *Comportamental* (p. ej., control de impulsos, comportamiento adecuado en situaciones de estrés o de intensa emocionalidad).

La clasificación del trastorno en términos de gravedad permite, según Bach y First (2018), planificar el tratamiento del paciente en términos de su intensidad, duración, y componentes terapéuticos necesarios. Es decir, se plantea como un aspecto central para optimizar la utilidad del diagnóstico en la práctica clínica. Además, con la valoración de la gravedad se pretende solucionar el problema de la comorbilidad, que, como ya comentamos, es uno de los grandes problemas que ha tenido siempre el diagnóstico de los TP. La evaluación de la gravedad del TP debe realizarse en uno de los tres niveles que se proponen, que se definen por las siguientes características:

- *Nivel 1: leve.*
  - Hay afectación en algunas, pero no en todas, las áreas del funcionamiento personal (p. ej., hay problemas con la autodirección, pero no con la estabilidad y coherencia de la propia identidad o autovalía).
  - Hay problemas con muchas de las relaciones interpersonales o en el desempeño de los roles sociales y laborales, pero se mantienen algunas relaciones y roles.
  - No hay autolesiones o daños a terceros.
  - Malestar emocional o deterioros significativos en los ámbitos familiar, social, educativo, o laboral, o en otras, pero o bien se circunscribe a áreas específicas (p. ej., relaciones de pareja, empleo), o afecta a varias áreas, pero en un grado leve.



– *Nivel 2: moderada.*

- Las alteraciones afectan a varias áreas del funcionamiento personal (p. ej., identidad o sentido del sí-mismo, capacidad para establecer relaciones íntimas, para controlar los impulsos y regular el comportamiento). Pero otras áreas están menos afectadas.
- Problemas importantes en la mayoría de las relaciones interpersonales, y está afectado el desempeño de la mayor parte de los roles sociales y laborales.
- Es muy probable que las relaciones se caractericen por la conflictividad, la evitación, la retirada o la dependencia extrema (p. ej., se mantienen pocas amistades, hay conflictos constantes en el ámbito laboral, las relaciones de pareja se caracterizan por problemas graves, o por una sumisión inadecuada).
- Puede haber ocasionalmente autolesiones o daños a terceros.
- Deterioro importante en los ámbitos personal, familiar, social, educativo, laboral u otros, aunque el funcionamiento en algunos ámbitos se mantenga adecuado.

– *Nivel 3: grave.*

- Alteraciones graves en el funcionamiento del sí-mismo (p. ej., el sentido del sí-mismo puede ser tan inestable que el individuo manifieste no saber quién es, o ser tan rígido que se niegue a participar en muchas actividades; autoimagen distorsionada: autodespreciativa, o de grandiosidad, o claramente excéntrica).
- Problemas en el funcionamiento interpersonal que afectan a casi todas las relaciones; no hay capacidad ni voluntad para desempeñar los roles sociales y laborales esperados, o se hallan gravemente comprometidas.
- Las manifestaciones de la alteración de la personalidad son graves y afectan a la mayoría, o todas, las áreas del funcionamiento y la vida de la persona, incluyendo los ámbitos personal, familiar, social, educativo, laboral, y otros.
- Frecuencia elevada de lesiones contra uno mismo o contra terceros.

### 2.2.2. *Los rasgos prominentes de personalidad y el patrón límite*

Como hemos explicado anteriormente, el segundo paso para valorar el TP que presenta un individuo particular consiste en evaluar en qué medida su disfuncionalidad se hace patente en cada una de las cinco dimensiones de rasgos, cuyas características se especifican como las presentamos aquí. No se ofrecen, por el momento, otros procedimientos para evaluar la mayor o menor presencia de estos rasgos, sino únicamente su presencia o ausencia. Oltmanns y Widiger (2017) han publicado un cuestionario de autoinforme (*The Personality Inventory for ICD-11*, PiCD) con 60 ítems, para evaluar la presencia de los cinco rasgos propuestos. El PiCD se presenta en el anexo 2.

Por su parte, el especificador de “patrón límite” hace referencia a un patrón comportamental específico, que no se ajusta a ninguna de las dimensiones de rasgos que caracterizan la personalidad normal. Como sucede con los cinco rasgos anteriores, la aplicación de este criterio es optativo y puede combinarse con el resto de los rasgos. Por ejemplo, “TP de gravedad moderada, con patrón límite, afectividad negativa y desinhibición”. No obstante, para aplicar este patrón es necesario que el paciente presente al menos cinco de las nueve características que lo definen, que en realidad son las mismas que el DSM-5 aplica al TP límite. Bach y First (2018) señalan que la CIE-11 lo adoptó para recalcar el hecho de que hay modelos teóricos consistentes y manuales y guías de tratamiento adecuados para el trastorno.

Las características que definen cada uno de los cinco rasgos y el patrón límite son las siguientes:

- *Afectividad negativa*. Tendencia a experimentar muchas emociones negativas con una frecuencia e intensidad que son desproporcionadas en relación con la situación, que se manifiesta por características como las que siguen, aunque no todas tienen que estar presentes en un momento dado:
  1. Labilidad emocional.
  2. Mala regulación emocional: ansiedad, ira, miedo, preocupaciones, vergüenza.
  3. Actitudes negativistas, pesimismo, depresión, culpa.

4. Autoestima y autoconfianza bajas.
5. Recelo, desconfianza, hostilidad.

Por ejemplo, a la persona le resulta difícil recomponerse por sí misma y tiene que pedir ayuda a otros, o poder salir de la situación, para tranquilizarse.

- *Desapego*. Tendencia a mantener distancia interpersonal (desapego social) y emocional (desapego emocional), aunque no siempre tienen que estar presentes en un momento dado, y que se definen por:
  1. *Desapego social*: evita las relaciones sociales y la intimidad, y carece de amistades.
  2. *Desapego emocional*: reserva, actitud distante, y expresión y experiencia emocionales limitadas.
- *Antisociabilidad*. Indiferencia hacia, o desprecio por, los derechos y sentimientos de los demás, que se acompaña de egocentrismo y falta de empatía. El término que se utiliza en la versión disponible de la CIE-11 en inglés es *dissociality*. Manifestaciones habituales, aunque no todas tienen que estar presentes en un momento dado, incluyen:
  1. *Egocentrismo*: por ejemplo, creencias de tener derecho a todo, expectativas de admiración por parte de los demás, comportamientos de búsqueda de atención, positiva o negativa, preocupación excesiva por las necesidades, los deseos y el bienestar propios, y no por los de otros.
  2. *Falta de empatía*: por ejemplo, indiferencia acerca de si las propias acciones incomodan o molestan a los demás, que puede incluir ser mentiroso, manipulador, explotador, agresivo físicamente, insensible al sufrimiento ajeno, y cruel para conseguir los propios objetivos.

Por ejemplo, estas personas responden con ira o desprecio hacia los demás cuando no reciben admiración.

- *Desinhibición.* Tendencia a actuar de manera temeraria a partir de estímulos externos o internos inmediatos (es decir, sensaciones, emociones, pensamientos), sin tener en cuenta las posibles consecuencias negativas. Manifestaciones habituales de la desinhibición, aunque no todas tienen que estar presentes en un momento dado, son:

1. Impulsividad.
2. Distraibilidad fácil.
3. Irresponsabilidad.
4. Imprudencia.
5. Falta de planificación.

Por ejemplo, estas personas pueden involucrarse en actividades como conducción temeraria, deportes de alto riesgo, uso de sustancias, juego patológico, o actividades sexuales incontroladas.

- *Anancastia.* La característica central consiste en una focalización extrema en los estándares propios de perfección sobre lo que está bien y lo que está mal, y en el control del comportamiento propio y ajeno para asegurar que se ajusta a esos estándares. Manifestaciones habituales de la anancastia, aunque no todas tienen que estar presentes en un momento dado, incluyen:

1. *Perfeccionismo:* por ejemplo, preocupación por seguir las reglas sociales, las obligaciones y las normas sobre lo que es correcto y lo que es incorrecto, atención escrupulosa a los detalles, con rutinas diarias rígidas y sistemáticas, hiperprogramación y planificación, énfasis en la organización, el orden, y la pulcritud.
2. *Restricción emocional y de comportamiento:* que incluye control rígido sobre las expresiones emocionales, obstinación e inflexibilidad, evitación del riesgo, perseverancia y premeditación.

Por ejemplo, pueden empeñarse en repetir o rehacer el trabajo de los demás, porque no se ajusta a sus estándares.

- *Patrón límite*. Este descriptor se aplica a los individuos cuyo patrón de alteración de la personalidad se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, y los afectos, con marcada impulsividad, como se refleja en varias de las características siguientes (deben cumplirse al menos 5):
  1. Esfuerzos titánicos para evitar un abandono real o imaginado.
  2. Patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables, que se caracteriza por la alternancia entre la idealización y la depreciación extremas.
  3. Alteración de la propia identidad, que se manifiesta por una marcada y persistente autoimagen, o sentido de uno mismo, inestable.
  4. Tendencia a actuar de manera temeraria cuando se encuentra en un estado afectivo negativo, lo que le lleva a posibles comportamientos autolesivos (p. ej., actividades sexuales de riesgo, conducción temeraria, atracones de comida, o uso excesivo de sustancias o alcohol).
  5. Episodios recurrentes de autolesión (p. ej., intentos de suicidio, automutilaciones).
  6. Inestabilidad emocional, consecuente con una intensa reactividad dependiente del estado de ánimo. Las fluctuaciones del estado de ánimo pueden activarse tanto por estímulos internos (p. ej., los propios pensamientos) como externos. Como consecuencia, el individuo experimenta intensos estados de ánimo disfóricos, que suelen durar unas pocas horas pero que pueden prolongarse varios días.
  7. Sentimientos crónicos de vacío.
  8. Ira intensa e inadecuada, o dificultad para controlar los estados de ira, que se manifiesta en estallidos frecuentes de mal humor (p. ej., gritar o chillar, tirar o romper cosas, meterse en peleas).
  9. Síntomas disociativos transitorios, o que emulan características psicóticas (p. ej., alucinaciones breves, paranoia), en situaciones de elevada activación afectiva.

Otras manifestaciones del patrón límite, que no siempre tienen que estar presentes en un momento concreto, incluyen:

- Visión de uno mismo como inadecuado, malvado, culpable, asqueroso y despreciable.
- Sentirse muy diferente de los demás y aislado, una dolorosa sensación de marginación y soledad permanente.
- Tendencia a ser hipersensible ante el rechazo; problemas para establecer y mantener un nivel consistente y adecuado de confianza en las relaciones interpersonales; se malinterpretan las señales sociales con frecuencia.

Los cinco rasgos se ajustan bastante al modelo de los 5GF que se vieron en el capítulo anterior: la afectividad negativa forma parte del neuroticismo, el desapego del aislamiento, la antisociabilidad del polo hostilidad, la desinhibición de la extroversión, y la anancastia de la mi-nuciosidad.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que los rasgos que incorpora la CIE-11 no son asimilables a síndromes ni a diagnósticos, sino a *formas de manifestarse el TP*. Un aspecto paradójico es que, a pesar de considerarse como dimensiones, su calificación para un individuo particular se realiza únicamente en términos de presencia vs. ausencia. Según se indica en muchos de los trabajos de los expertos que formaron parte del comité que ha elaborado la propuesta final, esta decisión se tomó para facilitar el uso del sistema en la práctica clínica, a pesar de la contradicción conceptual que supone. Con ello se facilita, en principio, aplicar tantos rasgos como sean necesarios para que el clínico obtenga un retrato amplio de la dinámica disfuncional de un paciente particular.

Pero, sobre todo, la caracterización de los pacientes sobre la base de sus rasgos de personalidad debe permitir entender mejor en qué consiste la disfuncionalidad en los dos ámbitos que la CIE-11 considera esenciales para valorar la presencia de un TP: el sí-mismo y las relaciones interpersonales. Por ejemplo, dos pacientes pueden presentar deterioro en el contexto relacional, pero en un caso por una excesiva sumisión (de-bida a sus rasgos de afectividad negativa y desapego), mientras que en el