



PSIQUE ACADÉMICA · LECTURA DE CIMENTACIÓN

De los rasgos a los trastornos: panorama clínico y estructura diagnóstica de los trastornos de la personalidad

Psicopatología II

Sesión S01 · Trastornos de la personalidad: clasificación, clusters y diagnóstico diferencial

01

De los rasgos a los trastornos: cuándo la firma personal se vuelve una jaula

Todos tenemos una personalidad. Es nuestra firma en el mundo, ese conjunto más o menos estable de rasgos emocionales, cognitivos y conductuales que nos hacen predeciblemente nosotros mismos. Sin embargo, en el corazón de la psicopatología yace una paradoja fascinante y terrible: ¿en qué punto esa misma firma, esa esencia de lo que uno «es», se convierte en una jaula? ¿Cuándo el estilo personal se transforma en un patrón patológico?

Esta es la pregunta fundamental que define a los trastornos de la personalidad. A diferencia de otros cuadros clínicos, aquí el problema no es un estado transitorio, sino una estructura permanente. Hablamos de un patrón pervasivo, persistente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o en el principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto o para los demás.

Esta naturaleza egosintónica —la percepción de que «yo soy así»— hace que, a menudo, el paciente no busque ayuda por su «forma de ser», sino por las consecuencias que esta le acarrea: relaciones rotas, despidos laborales, soledad crónica o un vago pero profundo sentimiento de vacío. No es una enfermedad que se «tiene», como una gripe o incluso como un episodio depresivo. Es un patrón de funcionamiento que se «es».

El concepto no es nuevo; pioneros como Emil Kraepelin a principios del siglo XX ya hablaban de «personalidades psicopáticas» para describir a aquellos individuos cuyo carácter, y no una enfermedad mental florida, los llevaba al conflicto social. Kurt Schneider más tarde refinaría esta idea, centrándose en el sufrimiento que estos patrones causaban al individuo o a la sociedad. Décadas después, autores psicodinámicos como Otto Kernberg aportarían el concepto de «organización de la personalidad» para entender los niveles de funcionamiento subyacentes a estos cuadros.

No es una enfermedad que se «tiene», como una gripe o un episodio depresivo. Es un patrón de funcionamiento que se «es».

TÉRMINOS CLAVE

patrón pervasivo — El que se extiende y colorea la totalidad de la vida del individuo, en una amplia gama de situaciones personales y sociales.

egosintónico — Referido a un rasgo o patrón que la persona vive como parte natural de sí misma, no como algo ajeno o molesto.

02

Los criterios generales: del DSM-5 (A–F) al giro de la CIE-11

Para que un conjunto de rasgos peculiares o problemáticos cruce el umbral hacia un diagnóstico formal de trastorno de la personalidad, debe cumplir con una serie de criterios generales rigurosos, diseñados para evitar la patologización de la diversidad humana. El DSM-5 establece en su Criterio A la existencia de un «patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía marcadamente de las expectativas de la cultura del individuo». Este patrón debe manifestarse en dos (o más) de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos.

El Criterio B subraya la naturaleza inflexible y pervasiva de este patrón, extendiéndose a una amplia gama de situaciones personales y sociales. El Criterio C apunta al resultado inevitable de tal rigidez: un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. El Criterio D establece la estabilidad y larga duración del patrón, con un inicio que se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. Finalmente, los Criterios E y F funcionan como cláusulas de exclusión, asegurando que el patrón no se explica mejor como una manifestación de otro trastorno mental, ni es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección médica.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en un movimiento que refleja el futuro del campo, ha abandonado el modelo categorial de los 10 trastornos específicos como diagnóstico principal. En su lugar, propone un diagnóstico primario de Trastorno de la Personalidad (leve, moderado o grave) basado en el nivel de deterioro del funcionamiento del yo (identidad, autovaloración) y del funcionamiento interpersonal (empatía, intimidad). Una vez establecida la gravedad, el clínico puede especificar hasta cinco dominios de rasgos prominentes que colorean el cuadro: afectividad negativa, distanciamiento, disocialidad, desinhibición y anancastia.

La CIE-11 propone un diagnóstico primario de Trastorno de la Personalidad —leve, moderado o grave— basado en el nivel de deterioro del funcionamiento.

TÉRMINOS CLAVE

Criterio A (DSM-5) — Exige un patrón perdurable que se desvía marcadamente de las expectativas de la cultura, manifiesto en dos o más áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos.

anancastia — Dominio de rasgos de la CIE-11 equivalente a la rigidez y el perfeccionismo del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Cluster A — los extraños o excéntricos

El Cluster A agrupa a tres trastornos de la personalidad cuyo denominador común es una profunda dificultad para la conexión social, acompañada de patrones de pensamiento y comportamiento que el entorno percibe como extraños, peculiares o excéntricos. A menudo se les considera parte del «espectro de la esquizofrenia», aunque, por definición, no presentan síntomas psicóticos francos y persistentes como delirios o alucinaciones.

El Trastorno de la Personalidad Paranoide se define por una desconfianza y suspicacia generalizadas hacia los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos. La persona vive en un estado de hipervigilancia constante, esperando ser explotada, dañada o engañada, incluso sin pruebas que lo justifiquen. El Trastorno de la Personalidad Esquizoide, por otro lado, no se caracteriza por la desconfianza, sino por un profundo y pervasivo distanciamiento de las relaciones sociales y una gama muy restringida de expresión emocional. A diferencia del paranoide, no evita a la gente por miedo, sino por una aparente falta de interés o de la capacidad para conectar emocionalmente.

Finalmente, el Trastorno de la Personalidad Esquizotípico es quizás el más «extraño» del cluster. Comparte el déficit social del esquizoide, pero le añade excentricidades cognitivas y perceptivas significativas. Pueden tener ideas de referencia, creencias raras o pensamiento mágico que influye en su comportamiento, experiencias perceptivas inusuales y un pensamiento y discurso extraños. Este cuadro es el que se considera más cercano a la esquizofrenia, y un porcentaje de individuos con este trastorno puede desarrollar posteriormente un trastorno psicótico completo.

A diferencia del paranoide, el esquizoide no evita a la gente por miedo, sino por una aparente falta de interés o de capacidad para conectar.

TÉRMINOS CLAVE

ideas de referencia — Interpretar eventos casuales como si tuvieran un significado especial y personal para uno mismo; rasgo cognitivo-perceptivo del esquizotípico.

espectro de la esquizofrenia — Conjunto de cuadros —el Cluster A entre ellos— con similitudes genéticas y fenomenológicas con los trastornos psicóticos, pero sin síntomas psicóticos francos y persistentes.

04

Cluster B — los dramáticos, emocionales o erráticos

El Cluster B es, con diferencia, el más visible y disruptivo en los entornos clínicos y sociales. Agrupa cuatro trastornos de la personalidad cuyo núcleo común es una marcada tendencia a la inestabilidad emocional, el dramatismo, la impulsividad y un comportamiento errático.

El Trastorno de la Personalidad Antisocial se define por un patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás. Quizás el rasgo más escalofriante es la falta de remordimiento, que se manifiesta como indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a otros. Es crucial destacar que el diagnóstico se aplica a individuos mayores de 18 años y requiere evidencia de un trastorno de la conducta antes de los 15 años. El Trastorno Límite de la Personalidad es un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa. Las personas con TLP realizan esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado; sus relaciones son un torbellino de idealización y devaluación extremas.

El Trastorno de la Personalidad Histriónica se caracteriza por un patrón dominante de emotividad excesiva y búsqueda de atención: estas personas se sienten incómodas o no apreciadas si no son el centro de atención. Finalmente, el Trastorno de la Personalidad Narcisista es un patrón dominante de grandeza, una necesidad profunda de admiración y una falta de empatía. Tienen un sentido grandioso de su propia importancia, exigen una admiración excesiva y son explotadores en sus relaciones interpersonales.

El diagnóstico de trastorno antisocial se aplica a mayores de 18 años y requiere evidencia de un trastorno de la conducta antes de los 15 años.

TÉRMINOS CLAVE

Trastorno Límite de la Personalidad — Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones, la autoimagen y los afectos, con impulsividad intensa y esfuerzos desesperados por evitar el desamparo.

falta de empatía — Incapacidad o rechazo a reconocer e identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás; rasgo central del narcisista.

05

Cluster C y el arte del diagnóstico diferencial

El Cluster C agrupa a los trastornos de la personalidad caracterizados por un miedo y una ansiedad penetrantes; el motor principal aquí es la evitación del daño. El Trastorno de la Personalidad por Evitación se define por un patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. La diferencia clave con la fobia social es la pervasividad: la fobia social puede ser específica a situaciones, mientras que el trastorno evitativo afecta a casi todas las áreas de la vida interpersonal y a la autoimagen de forma crónica. El Trastorno de la Personalidad por Dependencia se caracteriza por una necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación.

El Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsiva (TOCP) es un patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas

de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia. Es fundamental diferenciarlo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). En el TOC, la persona tiene obsesiones y compulsiones egodistónicas (las vive como irracionales y molestas). En el TOCP, los rasgos de perfeccionismo y rigidez son egosintónicos. El del TOC sufre por sus pensamientos intrusivos; el del TOCP hace sufrir a los demás con su rigidez.

El diagnóstico diferencial en este campo es un arte que requiere tiempo. El primer paso es diferenciar un rasgo de personalidad de un trastorno: la clave es la inflexibilidad, la pervasividad y el deterioro funcional o malestar significativo. Un trastorno de personalidad es un patrón de toda la vida; la clave es la línea de base del paciente: ¿cómo es cuando está «bien»? La tarea más común es el diferencial con el «Eje I»: ¿la inestabilidad emocional es un TLP o un Trastorno Bipolar II? En el bipolar, los cambios de humor son episodios más definidos que duran días o semanas; en el TLP, la labilidad es de momento a momento, a menudo en respuesta a estresores interpersonales.

El del TOC sufre por sus pensamientos intrusivos; el del TOCP hace sufrir a los demás con su rigidez.

TÉRMINOS CLAVE

Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad (TOCP) — Patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control, con rasgos egosintónicos, a diferencia de las obsesiones egodistónicas del TOC.

línea de base — El funcionamiento habitual de la persona cuando está estable; sirve para contrastar el patrón crónico de personalidad del episodio agudo.

06

El giro dimensional y los sesgos culturales y de género en LATAM

El modelo categorial tradicional, aunque útil para la comunicación clínica, ha sido criticado durante décadas por sus serias limitaciones: baja confiabilidad (dos clínicos pueden diagnosticar a un mismo paciente con trastornos diferentes), una comorbilidad excesiva y límites arbitrarios entre la normalidad y la patología. En respuesta a esto, tanto el DSM-5 en su Sección III como la CIE-11 han propuesto un cambio de paradigma hacia un enfoque dimensional. Este modelo concibe la patología de la personalidad no como categorías discretas, sino como variantes extremas de rasgos que existen en toda la población.

El modelo alternativo del DSM-5 se basa en dos componentes clave: los niveles de funcionamiento de la personalidad y los cinco dominios de rasgos patológicos. Se describen los rasgos del individuo a través de 5 grandes dominios: Afectividad Negativa, Distanciamiento, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo. Este sistema permite una

descripción mucho más rica y matizada del paciente, superando la rigidez de las antiguas etiquetas. Es más importante entender cómo y cuánto está deteriorado el funcionamiento de la personalidad de un individuo, que forzarlo a encajar en una de diez cajas predefinidas.

El diagnóstico psiquiátrico no ocurre en un vacío cultural. En América Latina, históricamente, a las mujeres se les ha diagnosticado con más frecuencia trastornos que implican labilidad emocional y dependencia (límite, histriónico, dependiente), mientras que a los hombres se les diagnostica más trastornos caracterizados por la externalización, la agresividad y la falta de empatía (antisocial, narcisista). Esto puede deberse en parte a diferencias reales, pero también a un profundo sesgo de género: una mujer que expresa su ira de forma intensa puede ser vista como «histérica» o «límite», mientras que un hombre con el mismo comportamiento puede ser visto como alguien con «carácter fuerte».

Es más importante entender cuánto está deteriorado el funcionamiento de la personalidad que forzarlo a encajar en una de diez cajas predefinidas.

TÉRMINOS CLAVE

modelo dimensional — Enfoque (DSM-5 Sección III y CIE-11) que concibe la patología de la personalidad no como categorías discretas, sino como variantes extremas de rasgos presentes en toda la población.

sesgo de género — Distorsión en el diagnóstico por la que un mismo comportamiento se interpreta de forma distinta según el género del paciente.

Referencias

Contenido instruccional oficial (OVA) – Psicopatología II, Sesión 01: Trastornos de la personalidad: clasificación, clusters y diagnóstico diferencial.

Criterios generales del DSM-5 (A-F) para los trastornos de la personalidad y los Clusters A, B y C.

Modelo dimensional del DSM-5 (Sección III) y modelo de gravedad y dominios de rasgos de la CIE-11.

Principios del diagnóstico diferencial: rasgo frente a trastorno, patrón pervasivo frente a episodio agudo, y diferencial con el «Eje I».

Psique Académica – Escuela de Psicología. Lectura elaborada a partir del contenido instruccional oficial (OVA). Uso educativo.