

Trastornos de la personalidad en el DSM-5

Personality disorders in DSM-5

Fernando Gutiérrez¹ y Ana Vilar²

El intento de renovar la clasificación de los Trastornos de la Personalidad (TP) en el DSM-5 (APA, 2013) terminó en un sonoro fracaso (Skodol, Morey, Bender & Oldham, 2013). Tras repetidos anuncios de un novedoso sistema dimensional, la Sección II, que recoge los diagnósticos oficiales, mantuvo sin cambios las categorías del DSM-IV (APA, 1995). Esta decisión exime al clínico de aprender a diagnosticar desde cero, pero no puede considerarse óptima dada la aplastante evidencia de que las categorías diagnósticas carecen de validez (Widiger & Trull, 2007). La propuesta dimensional fue relegada por el Consejo Directivo del DSM-5 a la sección III, que recoge modelos y trastornos emergentes, bajo el epígrafe de “modelo alternativo”. Se trata de un sistema complejo, que combina dimensiones, categorías y niveles de funcionamiento, y cuyas virtudes e imperfecciones se discuten más abajo. La existencia de un doble sistema diagnóstico viene a añadir confusión al ya controvertido diagnóstico de los TP, pero también sitúa en primer plano dos cuestiones que necesitan ser resueltas: la disyuntiva entre taxonomías categóricas y dimensionales, y la definición de trastorno.

¿CATEGORÍAS O DIMENSIONES?

En las dos últimas décadas, esta vieja polémica se ha zanjado a favor de las dimensiones. Las ac-

tuales categorías diagnósticas no se basan en la evidencia, sino en la tradición psiquiátrica y el consenso, y presentan deficiencias que no pueden resolverse dentro del sistema categórico (Widiger & Samuel, 2009). Por ejemplo, la verdadera naturaleza de los rasgos de personalidad ha resultado ser continua (Haslam, Holland & Kuppens, 2012) y la diferencia entre personalidad normal y trastornada puramente cuantitativa. Así, la imposición de umbrales diagnósticos es arbitraria y produce falsas dicotomías e importantes pérdidas de información. Más importante aún, las características de personalidad no se organizan realmente en las diez entidades diagnósticas propuestas en el DSM. El mismo TP Límite es una amalgama de rasgos que no se relacionan especialmente entre sí —inestabilidad afectiva, impulsividad, vinculación insegura, psicosis transitoria— y que son comunes a otros trastornos, como la impulsividad en el antisocial o la vinculación insegura en histriónicos o dependientes. El resultado son frecuentes solapamientos y diagnósticos múltiples (Widiger & Trull, 2007; Krueger et al., 2011), que obstaculizan el avance del conocimiento sobre los TP.

EL SISTEMA DIMENSIONAL DEL DSM-5

Los sistemas dimensionales presentan claras ventajas frente a las categorías: reflejan mejor la naturaleza continua de los rasgos y sus interrelaciones, evitan solapamientos y diagnósticos múltiples, y cuentan con una base empírica sólida. En conjunto, incrementan la fiabilidad en un 15 % y la validez en un 37 % (Markon, Chmielewski & Miller, 2011; Morey et al., 2012).

Tras una extensa revisión de la literatura —o no tan extensa según otros (Widiger, 2013)—, el Grupo de Trabajo del DSM-5 propuso un modelo de 25 facetas (rasgos) de personalidad agrupados

¹ Psicólogo Clínico. Programa de Trastornos de la Personalidad, Hospital Clínic de Barcelona.

² Psicóloga Interna Residente. INAD. Parc de Salut Mar.

Correspondencia: Dr. D. Fernando Gutiérrez
Instituto de Neurociencias
Hospital Clínic de Barcelona
Villarroel, 170
08036 Barcelona
fguti@clinic.ub.es

en 5 dominios (dimensiones de orden superior) [Tabla 1]. El modelo se inspira en intentos integradores previos (Widiger & Simonsen, 2005) y en sistemas como el DAPP-BQ, el PSY-5 o el SNAP; y en cierta medida intenta representar las variantes patológicas de los Cinco Grandes (Krueger *et al.*, 2011). Aunque todos estos modelos difieren entre sí en cuanto al número y la naturaleza de sus variables — p.e. incluyen o no una dimensión de Psicoticismo, o consideran la Compulsividad y la Impulsividad como dimensiones opuestas o como independientes — las diferencias son superficiales: todos ellos pueden integrarse en una estructura jerárquica común a la que el modelo DSM-5 es una aproximación plausible (Markon,

Krueger & Watson, 2005). Para evaluar esta taxonomía se desarrolló el Inventario de la Personalidad para el DSM-5 (PID-5), un autoinforme todavía en fase de validación (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012).

LA NUEVA DEFINICIÓN DE TRASTORNO

Otra cuestión, más relevante que el debate categórico-dimensional a efectos clínicos y administrativos, es la de cómo decidir si los rasgos constituyen un trastorno. La Sección II continúa diagnosticando el TP por la presencia de malestar clínicamente significativo y deterioro funcional. La Sección III sugiere en cambio que estos criterios no son suficientemente específicos de TP, y propone que lo nuclear a la patología de la personalidad son los desajustes en el funcionamiento del *self* y en el desempeño interpersonal.

Las alteraciones en la integridad del *self* se refieren a problemas de identidad (vivencia de uno mismo como único, diferenciado del otro) y dificultades en la autodirección (capacidad para fijar y cumplir metas a corto y largo plazo ajustándose a un patrón normativo interno). El deterioro en el ámbito interpersonal engloba dificultades para la empatía (capacidad para entender y tolerar motivaciones ajenas y vislumbrar los efectos de la propia conducta en el otro) y la intimidad (deseo de cercanía y capacidad para la conducta recíproca). El clínico debe valorar en un continuo de cinco puntos la presencia de deterioro en estos cuatro ámbitos de funcionamiento, que se suponen capaces de diferenciar personalidades patológicas de sujetos sanos o con otros trastornos. Los fundamentos de esta aproximación pueden encontrarse tanto en la literatura psicoanalítica (Bender, Morey & Skodol, 2011; Morey *et al.*, 2011) como en el concepto de fracaso adaptativo de Livesley o las dimensiones de carácter de Cloninger (Skodol *et al.*, 2011).

CRÍTICAS AL MODELO ALTERNATIVO

La nueva propuesta presenta numerosos desaciertos, como sugiere su relegación a la Sección III. Pese a que hubo acuerdo en cuanto a las ventajas de la dimensionalización, no fue así respecto al número y la naturaleza de las dimensiones a in-

Tabla 1
Modelo dimensional del DSM-5 para la personalidad patológica

Emocionalidad Negativa	Labilidad emocional Ansiedad Ansiedad de separación Perseveración Sumisión
Desapego	Afectividad restringida * Depresividad * Suspiciosa * Retraimiento Anhedonia Evitación de la intimidad
Antagonismo	Manipulación Deshonestidad Grandiosidad Búsqueda de atención Insensibilidad Hostilidad *
Desinhibición	Irresponsabilidad Impulsividad Distractibilidad Temeridad Rigidez perfeccionista (-)
Psicoticismo	Creencias inusuales Excentricidad Desregulación cognitiva y perceptiva

* Cargan también en el factor Emocionalidad Negativa.

cluir, y se criticó que el modelo final apenas ha iniciado todavía su proceso de validación. También causó perplejidad el carácter híbrido de la taxonomía, que combina las dimensiones con seis categorías que fueron preservadas: antisocial, evitativo, límite, obsesivo-compulsivo, narcisista y esquizotípico. Las razones para conservar estos seis diagnósticos y no otros no llegaron a aclararse, y se señaló que tenían además escasa relación con los originales, al no constar de criterios diagnósticos sino de rasgos y niveles de deterioro.

En cuanto a los criterios generales de trastorno, se desestimaron por resultar difícilmente operativizables y, en algunos casos, ininteligibles. Otros defectos menos evidentes son su casi total solapamiento con los mismos rasgos de personalidad que pretenden cualificar, así como el escaso apoyo empírico para la elección de estos rasgos concretos, que no son ni más ni menos desadaptativos que otros muchos. Lo más significativo, sin embargo, es que la desadaptación pasa a ser una variable interna al individuo, es decir, los rasgos ya no necesitan producir sufrimiento o mal funcionamiento en el mundo real para ser patológicos. Insólitamente, siendo este el cambio más drástico de toda la propuesta, ha levantado escasos recelos. El Grupo de Trabajo no consideró otras definiciones más operativas y cercanas a la práctica clínica, como son los intentos de operativizar las calamidades —sociales, financieras, laborales, familiares, de salud— que los rasgos patológicos suelen ocasionar a los sujetos (Leising & Zimmerman, 2011).

CONCLUSIONES

Aunque en la impugnación del modelo alternativo hubo razones extracientíficas (ver Skodol *et al.*, 2013 y respuestas), los motivos determinantes fueron su excesiva complejidad y su escasa base empírica. Se consideró poco práctico que el clínico tuviese que evaluar el nivel de deterioro de la personalidad en cuatro ejes, para luego integrar el resultado con seis diagnósticos categóricos y un vasto sistema dimensional y jerárquico de 25 rasgos y 5 dimensiones. En cuanto a la evidencia, es concluyente a favor de una taxonomía dimensional, pero es pobre para la taxonomía DSM-5 en concreto, y es escasa o nula para los restantes

componentes del sistema. Por ejemplo, la prudencia aconseja seguir diagnosticando TPs únicamente cuando los rasgos producen malestar intenso o deterioro del funcionamiento.

Finalmente, cabe señalar que el desconcierto sembrado por el DSM-5 puede resultar provechoso a largo plazo. Por una parte, las escaramuzas doctrinales son el estado normal de la ciencia cuando carecemos de evidencia concluyente, mientras que la unanimidad promovida por DSM e ICD limita el avance del conocimiento y es más propia del ámbito de lo sagrado. Por otra, los dilemas que enmarañan la definición y medida de las personalidades patológicas aquejan en realidad a toda la nosología (Hyman, 2010), por lo que los TP se han considerado la avanzada de un inevitable cambio de paradigma (Krueger, 2013).

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed). Barcelona: Masson.
2. **American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª ed). Arlington, VA: Author.
3. **Bender, D.S., Morey, L.C. y Skodol, A.E.** (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4): 332-346.
4. **Haslam, N., Holland, E. y Kuppens, P.** (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, 42(5): 903-920.
5. **Hyman, R.** (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6: 155-179.
6. **Krueger, R.F.** (2013). Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Journal of Personality Disorders*, 4(4): 355-362.
7. **Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D. y Skodol, A.E.** (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9): 1879-1890.
8. **Krueger, R.F., Eaton, N.R., Clark, L.A., Watson, D., Markon, K.E., Derringer, J. y Livesley, W.J.** (2011). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25(2): 170-191.

-
9. **Leising, D. y Zimmerman, J.** (2011). An integrative conceptual framework for assessing personality and personality pathology. *Review of General Psychology*, 15(4): 317–330.
 10. **Markon, K.E., Chmielewski, M. y Miller, C.J.** (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 137(5): 856-879.
 11. **Markon, K.E., Krueger, R.F. y Watson, D.** (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1): 139-157.
 12. **Morey, L.C., Berghuis, H., Bender, D.S., Verheul, R., Krueger, R.F. y Skodol, A.E.** (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, 93(4): 347-353.
 13. **Morey, L.C., Hopwood, C.J., Markowitz, J.C., Gunderson, J.G., Grilo, C.M., McGlashan, T.H. y Skodol, A.E.** (2012). Comparison of alternative models for personality disorders, II: 6-, 8- and 10-year follow-up. *Psychological Medicine*, 42(8): 1705-1713.
 14. **Skodol, A.E., Clark, L.A., Bender, D.S., Krueger, R.F., Morey, L.C., Verheul, R. y Oldham, J.M.** (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 2(1): 4-22.
 15. **Skodol, A.E., Morey, L.C., Bender, D.S. y Oldham, J.M.** (2013). The ironic fate of the personality disorders in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(4): 342–349.
 16. **Widiger, T.A.** (2013). A postmortem and future look at the personality disorders in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 4(4): 382-387.
 17. **Widiger, T.A. y Samuel, D.B.** (2009). Evidence-based assessment of personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 17(3): 278-287.
 18. **Widiger, T.A. y Simonsen, E.** (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19(2): 110-130.
 19. **Widiger, T.A. y Trull, T.J.** (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder. *American Psychologist*, 62(2): 71-83.