

Los trastornos de la personalidad: clasificación, evaluación y tratamiento

■ Los trastornos de la personalidad son importantes debido a su frecuencia en todos los campos de la medicina. Afectan la interacción entre los profesionales y los pacientes, son un fuerte factor de predicción de respuesta a los tratamientos y causan mortalidad prematura. Por estas razones toda evaluación médica, tanto la efectuada por el especialista como la llevada a cabo por cualquier médico de contacto primario, debe incluir la identificación de estos trastornos. Desafortunadamente, este concepto ha sido poco atendido, pasa desapercibido y en muchas ocasiones se utiliza peyorativamente como un diagnóstico de exclusión para aquellos individuos que se consideran difíciles de ayudar o sin probabilidades de responder a los tratamientos. De esta forma, en la clínica el manejo de estos individuos oscila entre el considerarlos como sujetos sin necesidad de atención médica y el referirlos al especialista en trastornos mentales. A pesar de que Galeno en el año 192 unió la teoría hipocrática de los cuatro humores al concepto de la personalidad y sus desviaciones, no fue sino hasta el siglo XIX cuando se empezó a considerar que la personalidad podía presentar alteraciones que requerían de valoración y tratamiento dentro del campo médico. En ese siglo a los trastornos de la personalidad se les consideraba como enfermedades neurodegenerativas. Ya en el siglo XX se inició su clasificación formal a partir de las descripciones de Schneider, quien consideraba que estos individuos sufren por su problema y hacen sufrir a quienes los rodean. Este último concepto sigue siendo en la actualidad un elemento nuclear de estos trastornos. Es interesante hacer notar que los principales elementos de estas primeras clasificaciones schneiderianas de la personalidad, con algunas variaciones, siguen prevaleciendo aun en las clasificaciones actuales como es el caso del DSM-5.

Una de las tareas más complejas de los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales ha sido la de los trastornos de la personalidad. El diagnóstico se tiene que hacer a partir de un problema que ha prevalecido a lo largo de la vida del individuo, cuyo principal elemento es la afectación de las relaciones interpersonales y para el cual no hay un marcador biológico que lo identifique. Aun en la actualidad entre los expertos persiste el debate de si considerar a sus diversos tipos como entidades clínicas bien

definidas y distinguibles (enfoque categórico), o bien como condiciones traslapadas que comparten elementos (enfoque dimensional). Las versiones más recientes de los dos principales sistemas de clasificación (CIE y DSM) concuerdan en adoptar un sistema dimensional de diagnóstico, si bien lo han hecho de manera distinta. El DSM-5 ha propuesto un modelo híbrido que incluye la evaluación de la gravedad o intensidad sintomática por medio de la determinación de la afectación en la funcionalidad; reduce así también las categorías de diez a seis y evalúa cinco áreas amplias dominantes de personalidad patológica compuestas todas por un total de 25 facetas de rasgo. Este concepto fue un cambio radical de la última versión de este sistema clasificatorio (DSM-IV) que aún consideraba el enfoque categórico. De esta forma el modelo se colocó en una sección separada del manual. Las categorías finales se dividieron en tres cúmulos sintomáticos: el cúmulo A que incluye a las categorías paranoide, esquizoide y esquizotípica, el cúmulo B que incluye a las categorías antisocial, límite, histriónica y narcisista, y el cúmulo C que engloba a las categorías evitativa, dependiente y obsesiva-compulsiva. Esto simplifica el proceso diagnóstico ya que los clínicos no tienen que lidiar con diez trastornos sino con tres tipos de cúmulos. La mayor parte de los especialistas aceptan que la personalidad anormal se define mejor como un grupo de constructos dimensionales, tal y como el DSM-5 lo propone.

En comparación con lo que sucede con otros trastornos mentales, la epidemiología de los trastornos de la personalidad es poco conocida. Los esfuerzos epidemiológicos enfrentan grandes dificultades para poder identificar casos a partir de muestras de la población general. Sin embargo, las encuestas transversales detectan una prevalencia de entre 4% y 15% de las muestras encuestadas. La mayoría de estos trabajos provienen de los Estados Unidos de Norteamérica y de algunos países europeos. El único trabajo de perspectiva internacional y con datos provenientes de varios países muestran una prevalencia del 6.1%, cuya mayor expresión se encontró en países norte y sudamericanos y la más baja entre los europeos. También, de acuerdo a los resultados de estas encuestas, parece ser que la prevalencia es similar entre hombres y mujeres y no hay diferencias entre población general y etnias minoritarias. Las diferencias encontradas entre los distintos estudios se considera que son debidos al uso de diferentes procesos metodológicos de adquisición de la información. Se calcula que un cuarto de todos los pacientes que acuden a los servicios primarios de salud y el 50% de los que acuden a buscar servicios de salud mental tienen un diagnóstico de trastorno de la personalidad. Sin embargo se comprueba que la mayor prevalencia de estos trastornos se encuentra entre aquellos individuos que es-

tán en contacto con los sistemas de justicia. Se calcula que dos terceras partes de las poblaciones penitenciarias tienen alguna forma de trastorno de la personalidad. Hay varias implicaciones relacionadas con estos trastornos: quienes los presentan tienen mayores niveles de morbilidad y mortalidad, esta última relacionada a una prevalencia mayor de muertes por suicidio u homicidio. Pero adicionalmente este incremento de la morbi-mortalidad está en relación con la recepción de una mala atención médica. La dificultades en las relaciones interpersonales de estos individuos incluyen una mala interacción médico paciente que favorece los diagnósticos equivocados y los tratamientos parciales e insuficientes. En la práctica clínica un diagnóstico de trastorno de la personalidad se hace con baja frecuencia; se calcula que únicamente el 5% de todas las admisiones hospitalarias incluyen dicho diagnóstico y la mayoría de ellos se clasifica como trastorno límite o antisocial. Pocos clínicos hacen una valoración exhaustiva de estos trastornos por lo que su conceptualización se estereotipa considerando como límites a todos los que se hacen daño y antisociales a todos los que muestran conductas agresivas. Una causa adicional de las dificultades para hacer el diagnóstico es la carencia de instrumentos clínicos que ayuden a hacerlo. Otra dificultad es lo complejo que es interpretar y evaluar la comorbilidad en estos pacientes. De hecho, los trastornos más graves se asocian con mucha frecuencia a uno o más de un trastorno mental adicional y en estos casos es muy común que la alteración de la personalidad se vea como aspecto secundario del cuadro global.

La nueva versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS (CIE-11), aún en desarrollo, propone un cambio radical en la forma de clasificar a los trastornos de la personalidad. Si bien la propuesta considera un modelo alternativo al DSM, es conceptualmente compatible con éste. La clasificación que se propone elimina el concepto categórico e implementa el dimensional el cual considera a las distintas categorías dentro de un continuo que se diferencia por la gravedad sintomática y por las repercusiones funcionales del problema. Si bien se considera que estos trastornos aparecen y se mantienen a lo largo de la vida, hay evidencia de que su intensidad y sus repercusiones fluctúan a lo largo de los años dependiendo de muchos factores. Este enfoque tiene la ventaja de ayudar a que el concepto público cambie, a que se reduzca el estigma y a que no se dejen de hacer esfuerzos por atender a estos casos. También impacta en la necesidad de evaluar el problema en etapas iniciales (en la adolescencia), ya que las intervenciones tempranas tendrán más probabilidades

Cuadro 1

Trastorno de personalidad: elementos básicos	
•	Alteración persistente de cómo el individuo se percibe a él mismo, a los demás y al mundo circundante, y que se manifiesta por patrones maladaptativos de cognición, de experiencia emocional y de comportamiento.
•	Los patrones maladaptativos son relativamente inflexibles y se asocian a problemas significativos de la función psicosocial que se hacen evidentes de manera particular en las relaciones interpersonales.
•	El trastorno se manifiesta a lo largo de un amplio rango de situaciones personales y sociales (es decir no se limita sólo a situaciones o a relaciones específicas).
•	La alteración es relativamente estable a lo largo del tiempo y de larga duración. Es muy común que el trastorno tenga sus primeras manifestaciones en la infancia y se haga claramente evidente en la adolescencia.
Tipo de acuerdo a intensidad	
•	Trastorno leve: existen notables problemas en muchas de las relaciones interpersonales y en el desempeño de los roles esperados tanto ocupacionales como sociales, sin embargo algunas relaciones se mantienen y algunas actividades se llevan a cabo sin problema.
•	Trastorno moderado: hay claros problemas en la mayoría de las relaciones interpersonales y en el desempeño de las actividades ocupacionales y sociales esperadas a lo largo de un amplio rango de situaciones.
•	Trastorno grave: hay notorios problemas en el funcionamiento interpersonal que afecta a todas las áreas de la vida. El comportamiento social global del individuo tiene una profunda disfunción y la capacidad de hacer frente a los roles ocupacionales y sociales está ausente.

de modificar el curso y pronóstico de los trastornos. En el sistema propuesto por la CIE-11 el primer paso es establecer si el individuo reúne la definición general de un trastorno de la personalidad, como se observa en el cuadro 1.

La OMS está llevando a cabo pruebas de campo que determinen la viabilidad de las propuestas de clasificación de los trastornos de la personalidad. Estos trabajos generarán seguramente una amplia información con respecto a su utilidad clínica, su aplicabilidad en diversos contextos étnicos y culturales. De acuerdo a los resultados que se vayan obteniendo se podrán modificar conceptos y ajustar definiciones para hacerlas más claras y explícitas teniendo como objetivo principal el alcanzar un concepto universalmente aplicable. Esperemos que esto se logre.

Bibliografía

TYRER P, REED GM, CRAWFORD MK: Classification, assessment, prevalence and effect of personality disorder. *Lancet*, 385:717-726, 2015.