

---

## **T.16 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

(NOTA: no entra el epígrafe II.C, III.B y IV, ni las tablas 16.3 y 16.5)

### **I. INTRODUCCIÓN**

La carencia de contrastación experimental en este campo se ha sustituido por consenso entre científicos. Y se ha intentado casar la praxis clínica con la ciencia, y no al revés.

Al final, se ha terminado aceptándolo como “solución de compromiso”.

Además se presupone una uniformidad dentro de cada tipo propuesto que contrasta con la variabilidad comportamental observada.

### **II. PERSONALIDAD Y T. DE PERSONALIDAD**

En la definición de personalidad encontramos dos alternativas:

1. Como aquella parcela del funcionamiento personal que es resistente al cambio, se encuentra consolidada (integrada, con niveles de organización y jerarquización) y posee una generalidad y coherencia de respuestas en distintos tiempos y contextos (no se considera la situacional o reactiva)

Representante: **Eysenck y sistemas diagnósticos.**

2. Se entiende como todo aquello que identifica al ser humano individual a lo largo del ciclo vital.

Se incluye la reactividad situacional, el estilo de vida, las motivaciones, las creencias y concepciones del mundo.

Representantes: **Royce y Pelechano.**

### **A. UNA NOTA DE REFLEXIÓN HISTÓRICA Y DEFINICIONES DE LOS T. DE PERSONALIDAD.**

Distintas visiones y clasificaciones según la orientación teórica:

#### **1. Procedentes de la tipología médica (1os):**

Se pretende entender los grandes síndromes clínicos buscando unos antecedentes premórbidos y unos correlatos mórbidos de estas perturbaciones. Además mantienen posiciones de diatesis-estrés.

#### **Representantes:**

- **Kraepelin:** la personalidad autista como antecedente de la demencia precoz.
- **Kretschmer:** propone un continuo racional que iba desde la esquizofrenia hasta la psicosis maníaco-depresiva, con intervalos intermedios de personalidades más o menos patológicas.
- **Jaspers:** afirma que los T. de personalidad no llegan a ser entidades nosológicas como las psicosis, pero que podían dar lugar a ellas y, en todo caso, que eran indicadoras de ciertas alteraciones mentales.

2. **La tradición psicoanalítica** defendía la existencia de una teoría de la personalidad y de la psicopatología, en la que la perturbación de la evolución personal sería la responsable de las alteraciones.

**Millon** (el libro lo considera cercano a esta tradición): la mayor parte de los trastornos mentales se encuentran en un continuo de gravedad de alteraciones de la personalidad.

### 3. Versiones más sociales:

La personalidad es entendida como el conjunto de papeles que un ser humano desempeña a lo largo de su vida; y la perturbación como aquellos papeles que son perjudiciales para los demás.

Los T. de personalidad = enfermedades o errores en el proceso de socialización dirigidos a la producción de daños hacia los demás. No hace falta mediación biológica.

Estas tres tradiciones coinciden con la definición consensuada del **DSM-III (y IV-TR)**:

1. Definición de personalidad a partir de **los rasgos** (=pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo, que se hacen patentes en un amplio margen de contextos personales y sociales).

2. Esta duración lleva a la propuesta de ciertas **equivalencias** entre trastornos de la adolescencia y T. de la personalidad en los adultos.

Las manifestaciones de los T. de personalidad son reconocibles generalmente ya en la adolescencia, o incluso más temprano, y continúan a lo largo de la vida adulta.

3. **Características** de los rasgos de personalidad para que adquieran el carácter de T. de P:

- Son inflexibles y desadaptativos.
- Causan perturbación funcional significativa (problemas laborales o sociales)
- Q malestar o sufrimiento subjetivo (sufrimiento personal)

#### Respecto al eje I:

En el DSM-IV-Tr (y quizá por la influencia de Millon y Widiger) se acepta que cada uno de los grupos pueda ser tomado como dimensiones que representan espectros de disfunción de personalidad sobre un continuo con los T. mentales del eje I.

### **B. TIPOS DIFERENCIADOS EN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN**

En la actualidad se siguen tres sistemas de clasificación para los T. de personalidad:

1. La CIE-10: psiquiatras y los psicólogos europeos (a excepción de España)
2. DSM -IV-TR (2000)
3. La propuesta de Millon: incluye un sistema multiaxial. Propuesta utilizada en el DSM-III-R y IV-TR

#### **El DMS-IV-TR:**

Los trastornos de personalidad se recogen en el eje II, junto a los T. del desarrollo (*errata: retraso mental*), y se dividen en 3 grandes conglomerados que engloban 11 trastornos (por consenso y datos empíricos. Ateóricos)

#### **A) Individuos raros y excéntricos:**

- 1) Paranoide
- 2) Esquizoide
- 3) Esquizotípico

**B) Personalidades erráticas, emocionales y teatrales:**

- 1) Histriónicos
- 2) Antisocial
- 3) Narcisista
- 4) Límite

**C) Individuos temerosos con marcada ansiedad:**

- 1) Dependiente.
- 2) Obsesivo – compulsivo.
- 3) Pasivo - agresivo
- 4) Trastorno de evitación.

**D) Mixto y atípico:** cuando las características no se acomodan a ninguno de los tres anteriores.

- En el apéndice del DSM-III-R se propone la incorporación de 2 nuevas categorías:

- **Personalidad sádica:** se elimina en la versión de 1991 (dirigida a preparar el DSM-IV). Se considera como un trastorno mental codificable como trastorno sexual sadomasoquista.
- **Personalidad autodestructiva:** en 1993 desaparece del apéndice.

- En 1991 se proponía dos nuevas categorías que desaparecerán en la versión del 1993, incluyéndose en la categoría de “T. de personalidad no específicos”:

- El trastorno **depresivo** de personalidad (datos empíricos justificaban su inclusión, aunque no eran suficientes)
- El trastorno **negativista** de personalidad (datos bibliográficos). En el DSM-IV-TR desaparece para ser reemplazado por el pasivo-agresivo.

Resumiendo: Para la próxima versión (DSM-IV) quedarían 10 T. de la personalidad + 1 categoría de “no especificado”.

- El DSM-IV-TR propone que se realicen diagnósticos politéticos (no hay síntomas necesarios, hay la “½ + 1”, excepto el T. antisocial):

La “½ + 1” establece el punto de corte entre la normalidad y la anormalidad. ← Criticado especialmente por los partidarios dimensionales.

- El DSM-IV pretendió conseguir una mayor coincidencia con la CIE-10.

- La CIE-10, sin dar una definición concreta de qué es un T. de Personalidad (tienen en común: tratarse de disposiciones duraderas y muy arraigadas en el ser humano), separa:

1. T. *específicos* de la personalidad.
  - Incluyen trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales, que afectan a diversos aspectos de la personalidad y que, casi siempre, se acompañan de alteraciones sociales y personales considerables.
  - Tienden a presentarse en la infancia y adolescencia, persistiendo durante la vida adulta.
  - Son: Paranoide, Esquizoide, disocial, inestabilidad emocional de la personalidad, histriónico, narcisista, ansioso, dependiente, anacástico y sin especificar.
2. T. *mixtos* (y otros T. de la personalidad).
  - Cuando se presentan características que no le permiten ser integrado dentro de una categoría completa.

- Son: T. mixtos de la personalidad y variaciones problemáticas de la personalidad.

### 3. Transformaciones persistentes de la personalidad.

- Se presentan durante la vida adulta como consecuencia de catástrofes, traumatismos, situaciones estresantes prolongadas o tras haber padecido alguna enfermedad psíquica grave (no lesiones cerebrales), y han de mantenerse como cambios bien definidos y duraderos.
- Son: Trastorno subsecuente a experiencias traumáticas, a enfermedades psiquiátricas, otras transformaciones y transformaciones sin especificar.

ij Solo la 1<sup>a</sup> categoría coincide con la consideración general de T. de personalidad; la ½ de los síntomas (= al menos 3, para la mayoría).

A pesar de existir una elevada coincidencia DSM-CIE, hay algunos síntomas que no tienen homólogo (p.ej.: T. paranoide).

ij Un estudio empírico ha mostrado que las diferencias entre ambos son considerables → no deben ser empleados como versiones alternativas de los mismos trastornos.

Ni la CIE ni el DSM tiene gradación de severidad, sí **Millon**:



“La personalidad se compone de categorías o pautas de afrontamiento al medio aprendidas, que son formas complejas y estables de manejarse en el entorno y que conllevan conductas instrumentales mediante las cuales los individuos logran refuerzos y evitan castigos”.



Organiza los T. de personalidad por:

- La gravedad que suponen (leve-ligera, intermedia y grave)
- La naturaleza del refuerzo (positivo y negativo)
- La fuente del refuerzo (uno mismo y los demás)
- Las conductas instrumentales para conseguir los refuerzos (pasivas y activas)

= 8 tipos de personalidad anómala de gravedad leve-ligera e intermedia.

(Conflictos intrapsíquicos desadaptativos que dificultan la satisfacción personal para encontrar los refuerzos en sí mismo o en los demás)

+ 3 variantes de estas (graves)

(Déficit en hh sociales y brotes psicóticos periódicos y reversibles)

---

= 11 T. de Personalidad que comparten 3 características:

1. Gran inflexibilidad que limita las oportunidades de aprender nuevas conductas.
2. Acciones que fomentan círculos viciosos
3. Gran fragilidad emocional ante el estrés.

¿Cuáles son?:

- **De gravedad leve - ligera:**  
Histriónico, dependiente, antisocial y narcisista.

- **De gravedad intermedia:**

Pasivo - agresivo, obsesivo - compulsivo, evitador y esquizoide.

- **De gravedad alta:**

- Esquizotípico (variante de evitador y esquizoide)
- Límite (variante de histriónico, pasivo – agresivo, dependiente y obsesivo - compulsivo)
- Paranoide (variante de antisocial y narcisista; y en algunos casos: pasivo-agresivo y obsesivo-compulsivo).

### **Clasificación de los trastornos de personalidad de Millon y Everly:**

#### Trastorno de personalidad de tipo independiente:

1. T. antisocial de la personalidad.
2. T. narcisista de la personalidad

#### Trastorno de la personalidad por dependencia :

3. T. histriónico de la personalidad
4. T. de la personalidad por dependencia

#### Trastorno de la personalidad por ambivalencia:

5. T. de la personalidad pasivo – agresivo
6. T. compulsivo de la personalidad

#### Trastorno de la personalidad por desvinculación:

7. T. de la personalidad por evitación
8. T. esquizoide de la personalidad

#### Trastornos de la personalidad más graves:

9. T. esquizotípico de la personalidad
10. T. límite de la personalidad
11. T. paranoide de la personalidad

La clasificación de Millon y Everly aportan descripciones mucho más completas que la CIE o el DSM, siguiendo siempre un mismo **esquema**:

1. Conductas (aparente) observables del individuo: cómo aparece el individuo ante los demás
2. Conducta interpersonal: como interactúa con los demás
3. Estilo cognitivo: proceso de pensamiento que realiza el sujeto
4. Expresión afectiva: cómo muestra las emociones.
5. Percepción de sí mismo.
6. Mecanismos de defensa primarios.

**Actualmente** se acepta la existencia de 10-11 trastornos de la personalidad en los sistemas de clasificación categorial.

ii Dadas las ≠ entre clasificaciones es difícil acumular conocimiento.

### **III. CUESTIONES ETIOLÓGICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS**

#### **A. UN ANÁLISIS GENÉRICO**

#### **Sobre la etiología de los trastornos de personalidad:**

- Desde el punto de **vista biológico-médico**: tendrían un fuerte componente biológico que explicaría su aparición.
- Desde un acercamiento más **social**: serían las interacciones interpersonales y los aprendizajes responsables de su aparición.

Hoy en día sería la **interacción continuada entre ambos** lo que a lo largo de la infancia y la adolescencia iría configurando un patrón de comportamiento que conduciría al establecimiento, a partir de la 3<sup>a</sup> década de vida, de un diagnóstico de personalidad.

Solo **Millon** da datos concretos acerca de las posibles circunstancias biológico-aprendidas que serían entendidas como etiologías de los trastornos de personalidad (factores predisponentes. Tabla pág 466)

Para él existen determinantes biogénicos y psicogénicos (eventos de la infancia), que covarían para formar la personalidad a lo largo del tiempo.

El peso de cada uno de ellos, varía en función del tiempo y de las circunstancias, pero no se puede afirmar cuál es el primer factor que influyó ni que los efectos sean solamente unidireccionales.

**Eysenck**: en caso de existir una determinación biológica las bases genéticas hay que buscarlas en explicaciones poligénicas y no monogénicas, lo que complica aún más el estudio de las bases biológicas.

Por otra parte, las características constitucionales tienen también alguna relación con el **aprendizaje** posterior.

Como factores coadyuvantes del aprendizaje: si no se tienen las estructuras neuronales adecuadas, pocas conexiones se podrán establecer y poco se podrá aprender.

**Millon**: el aprendizaje también puede verse perjudicado por aspectos ambientales. Tres fuentes principales:

1. Eventos que crean ansiedades intensas porque socavan los sentimientos de seguridad.
2. Condiciones neutrales a nivel emocional o modelos de conducta que no activan conductas defensivas o protectoras, tal y como lo hacen los eventos emocionales perturbadores.
3. Insuficiencia de experiencias que requiere aprender conductas adaptativas.

En función de estas consideraciones biológicas y de aprendizaje social, Millon establece la etiología de cada uno de los trastornos (predominan las consideraciones sociales relacionadas con los patrones de crianza).

La redacción del DSM-III-R y la propuesta del DSM-IV se presentan como ateórica respecto a la etiología

#### **Sobre la morbilidad de los trastornos de personalidad:**

Hay escasez de datos. En España, no hay. Razones:

- Falta de fiabilidad interjueces.
- Se da más importancia al eje I. No aparece en el II
- El punto de corte.
- Los diagnósticos múltiples inflan algunas categorías.
- Una gran parte de los trabajos se hace sobre T. de P. concretos.
- Es muy difícil hacer estudios comparativos; y casi imposible acumular conocimiento.
- Las pruebas de diagnóstico no son equiparables.
- Falta representatividad muestral.

En términos generales, y tras una revisión de los trabajos epidemiológicos de EEUU entre 1960 y 1986, **Casey** concluye que:

- La prevalencia de los T. de P. va de **2,1 - 18%**, dependiendo de la población y criterio.
- En líneas generales están más asociados a los jóvenes y al género masculino.
- Mediante entrevista estructurada identificó T. de P. en un 13% de la población adulta urbana, los tipos más comunes son el explosivo y el anancástico.
- Las principales asociaciones se producen entre T. de P. y T. de ansiedad; y entre T. de P. y abuso de alcohol.

## **V. UNOS ASPECTOS NO INCLUIDOS EN LAS CLASIFICACIONES Y QUE NECESITAN ACLARACIÓN**

Ejemplos de cómo la personalidad (Tipo A, locus de control, depresión, ansiedad...) puede  $\Omega$  enfermedades:

1. **Friedman y Rossenman** escriben *La conducta tipo A y tu corazón*.

- La revisión de **Booth-Kewley y Friedman** (metaanálisis; 1987): los componentes del patrón A no llegaban a tener un valor predictivo clínicamente significativo (- cuanto más reciente era el estudio), y aparecían otros, p.ej. la **depresión**.
- **Ragland y Brand**: el tipo A más que incrementar el riesgo de enfermedad coronaria, incrementaba la supervivencia.

2. **Brown y McGill**: la imagen de sí mismo  $\Omega$  la susceptibilidad a la enfermedad:

Tener una buena imagen de sí mismo no siempre da lugar a los mejores pronósticos, lo mejor es la **congruencia**. La incongruencia aumenta la susceptibilidad.

3. La depresión y la ansiedad  $\Omega$  sistema inmunitario.

4. Las enfermedades crónicas llevan consigo modificaciones y estilos de funcionamiento personal que promueven cambios de personalidad y T. de personalidad. P.ej:

- Patrón casi homogeneizador familiar que fomenta mayor inseguridad personal y ansiedad social.
- Hay modificaciones que se estabilizan tras 6 meses de enfermedad y se cronifican formando una "personalidad sobreañadida" a la premórbida.
- la medicación paliativa puede influir a la larga.
- las intervenciones quirúrgicas tb puede dar lugar T. de personalidad.
- el cambio de estilo de vida tb puede invertir un proceso de enfermedad.

Por último, hay que considerar la influencia de los T. de personalidad a la hora de tratar una enfermedad física (ej. Adherencia, petición de ayuda...). Desconocemos cómo promover la colaboración del paciente.

**TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (DSM-IV-TR)** (Corresponde  $\pm$  a la tabla 16.1 pág 454-457)

**F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad (301.0)**

**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.
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 una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos 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 una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)".

#### **F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (301.20)**

**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 una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos 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 una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizoide de la personalidad (premórbido)".

#### **F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (301.22)**

**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, sobreelaborado o estereotipado)
5. suspicacia o ideación paranoide
6. afectividad inapropiada o restringida
7. comportamiento o apariencia raros, excéntricos o peculiares
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 una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

*Nota:* Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)".

### **F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (301.7)**

**A.** Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican **tres** (o más) de los siguientes ítems:

1. fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
2. deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
3. impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
4. irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
5. despreocupación 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 pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

**D.** El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

### **F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)**

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.

#### **F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad (301.50)**

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.

#### **F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad (301.81)**

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 ilimitado, 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.

#### **F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)**

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.

### **F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia (301.6)**

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 aconsejamiento 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.

### **F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (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.

**F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado (301.9)**

Esta categoría se reserva para los T. de la P. que no cumplen los criterios para un trastorno específico de la personalidad.