Una nueva propuesta de clasificación de los trastornos de personalidad: la clasificación internacional de enfermedades CIE-11

A new proposal to classifying personality disorders: the international classification of diseases ICD-11

Gustavo Figueroa Cave¹

Formal classification of personality disorders are linked to the hippocratic four humors but the process initiated by the WHO aims at a fundamental change of conceptualizing in ICD-11. The categorial classification is completely replaced by a widely dimensional classification. 1. General criteria of a personality disorder are given; 2. three severity levels are differentiated; 3. five trait domains are evaluated: negative affectivity, detachment, dissociality, desinhibition and anankastia. Other qualifiers such as functional impairments of the self as well as of interpersonal relationships are probably only to be used in the future in the expert setting. The proposed ICD-11 personality disorder classification seem parsimonious and feasible for busy practitioners across countries and clinical settings and also alining with DSM-5 section III system.

Key words: Personality disorders, categories, dimensions, ICD-11, personality traits.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2018; 56 (4): 260-268

La clasificación de las personalidades se remonta a los tiempos de Grecia¹ aunque las últimas investigaciones han introducido cambios fundamentales producto de enfoques innovadores que han desencadenado discusiones, controversias y disensos². El prolongado, impugnado período de elaboración del DSM-5 terminó finalmente en una doble clasificación³⁻⁶. Por un lado, en la sección II se mantuvo inalterada la anterior y, por otro, en la sección III se propuso un modelo alternativo híbrido categorial-dimensional para ser investigado empíricamente en el futuro⁷. Igualmente controvertida, la Clasificación Internacional de En-

fermedades (CIE-11)⁸ ha necesitado bastante más años para su confección y ahora se encuentra en su etapa final. El presente trabajo tiene una finalidad doble: mostrar los resultados así como analizar sus fundamentos, logros y dificultades.

Los cuestionamientos

Las objeciones que planteó el Grupo de Trabajo del CIE-11 al iniciar su labor surgieron frente a la concepción categorial de las personalidades que se hizo dominante en psicopatología desde las con-

Recibido: 11/06/2018

Aprobado: 13/11/2018

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Departamento de Psiquiatría. Escuela de Medicina. Universidad de Valparaíso.

tribuciones de Schneider, que describió diez tipos y sus variantes⁹⁻¹¹. 1] No existen límites precisos con la normalidad, mas bien se presenta un continuum entre normalidad y trastorno de la personalidad; 2] Los diagnósticos categoriales se basan en umbrales arbitrariamente determinados, lo que induce a presuponer una diferencia radical con la normalidad y con ello fomentar la estigmatización de los pacientes; 3] La carencia de una definición empíricamente establecida favorece la elaboración de listas de criterios conducentes a una inflación en la frecuencia de los diagnósticos; 4] En detrimento de las decisiones terapéuticas está el hecho de que, siendo las listas sustentadas en criterios politéticos, en gran medida son heterogéneas; 5] Los estudios han señalado repetidamente la amplia cifra de comorbilidad y así, en un paciente, es habitual que éste no posea menos de 3 y sólo el 50% comporta una sola categoría; 6] Los pacientes se segregan en numerosos diagnósticos, lo que dificulta o impide la comprensión de los problemas individuales del enfermo; 7] El frecuente empleo de “trastorno de personalidad no especificado” no entrega información precisa sobre la psicopatología y deficiencias del funcionamiento de una persona determinada, lo que complica grandemente su abordaje terapéutico; 8] Pacientes con igual diagnóstico se muestran clínicamente bastante disímiles, generando así trabas para utilizar guías de tratamiento; 9] Los seguimientos de los pacientes en el tiempo muestran con cierta regularidad que, aunque sus puntajes desciendan y queden bajo el umbral de la patología, sus comportamientos continúan exhibiendo dificultades sociales y laborales significativas; 10] Las variables categoriales se prestan difícilmente a análisis estadísticos; 11] Los rasgos de la personalidad se pueden establecer empíricamente acudiendo al análisis factorial antes que a las decisiones de comités; 12] Finalmente, los estudios empíricos de campo hasta ahora no alcanzan cifras de confiabilidad y validez suficientes¹²⁻¹⁹.

Fundamentos

Existen dos aspectos diferentes aunque intrínsecamente conectados: metodología y marco con-

ceptual. Respecto a la metodología, al iniciarse el estudio del DSM-5 se pudo constatar una contraposición que se fue haciendo progresivamente más acentuada. Por una parte, reuniones de expertos lucharon por conseguir consensos sustentándose en la compleja evidencia disponible, como había sido la costumbre; pero por otro, y en base a la creciente importancia de la medicina basada en la evidencia, se empezó a poner en tela de juicio el procedimiento y comenzó a surgir la necesidad de revisiones sistemáticas, revisiones que no fue posible ejecutarlas debido a problemas de organización –carencia de Comités Científicos de Revisión *ad hoc*–, lo que impidió a los Grupos de Trabajo contar con esa información imprescindible previa a sus propuestas definitivas^{20,21}.

Respecto al marco conceptual, en las últimas cuatro décadas, se ha ido configurando una concepción dimensional alternativa a la categorial, que ha elaborado un modelo de personalidad dimensional en base a investigaciones efectuadas por psicólogos académicos en voluntarios seleccionados que, con posterioridad, se ha buscado replicar en la clínica²². Este Modelo de Cinco Factores es resultado del análisis factorial y reconoce cinco dimensiones: neuroticismo, extroversión, empatía (*agreeableness*), escrupulosidad (*conscientiousness*) y apertura a la experiencia, donde cada dimensión es polar e implica su polo opuesto (ej., lo opuesto de extroversión es introversión)^{23,24}. La sección III del DSM-5 modificó este modelo producto de sus investigaciones de campo y propuso cinco dominios de rasgos: afectividad negativa, distanciamiento (*detachment*), antagonismo, desinhibición y psicoticismo²⁵. Su propuesta definitiva de los trastornos de personalidad, producto de transacciones, consistió en un modelo híbrido. Por un lado, en la vertiente dimensional, ubicó el criterio A, caracterizado por alteraciones en el nivel del funcionamiento, tanto del Sí-mismo (*Self*) como interpersonal, en el criterio B los 5 dominios de rasgos consecuencia de su transformación del Modelo de Cinco Factores con 25 subespecificadores –las facetas de rasgos–, y en los criterios C y D, la profundidad y estabilidad del trastorno; por otro lado, en la vertiente categorial, redujo a seis

los trastornos de personalidad: evitador, antisocial, borderline, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico.

Fundamento alternativo

El Grupo de Trabajo del CIE-11 procedió según los resultados obtenidos por sus investigaciones propias y elaboró ciertas premisas básicas. Respecto a los resultados, los estudios epidemiológicos mostraban a través del mundo que las alteraciones de la personalidad se circunscribían a tres: borderline, antisocial y trastorno de la personalidad no especificado; los diagnósticos exhibían una alta comorbilidad; las especificaciones eran obtenidas sólo por expertos; para conseguir esta rigurosidad en las especificaciones se necesitaba pertenecer a países con un sistema de salud altamente desarrollado; las diversas categorías no eran adecuadas para elaborar un tratamiento eficaz, oportuno y pertinente; por último, no era posible prever el curso para cada tipo de afección.

Respecto a las premisas: 1] Las alteraciones de la personalidad se presentan dimensionalmente como un continuum de acuerdo a los estudios previos que ya tienen una amplia aceptación en la psicología académica, y a sus propias investigaciones de campo realizadas los últimos años en forma dirigida^{26,27}. 2] Suprimir las categorías a favor de una única, esto es, a una decisión de si existe o no una alteración de la personalidad, de acuerdo a si se cumplen o no una serie de atributos claramente establecidos. 3] Acentuar los grados de severidad del trastorno en el presente, siguiendo una escala tabulada según su importancia en la clínica. 4] Reconocer la naturaleza fluctuante de los trastornos, ya que el curso depende de numerosos factores que interactúan independientemente. 5] Resaltar que los trastornos se pueden presentar desde la adolescencia en adelante, aunque ello no implica que se mantenga con igual sintomatología durante el curso completo de la existencia. 6] Poner un especial énfasis en la elaboración de rasgos con alta confiabilidad entre evaluadores, de modo que sea utilizable por todos los profesionales involucrados en la salud, y 7] Dejar rasgos muy específicos para

ser investigados solo por especialistas por su alta complejidad.

Clasificación de los Trastornos de Personalidad ICD-11

La propuesta final del sistema de ICD-11 distingue tres niveles que deben ser evaluados consecutiva, metódica y regularmente. Primer nivel: determinar si existe o no en un paciente la presencia de trastorno de la personalidad y, por su importancia clínica y terapéutica, identificar si es de inicio tardío; como no existen categorías, el clínico no se distrae en disquisiciones sofisticadas propias de los especialistas (Tabla 1). Segundo nivel: estipular la severidad de la alteración, puesto que si no alcanza el umbral de trastorno corresponderá a una “dificultad de la personalidad”; si se constata la existencia de una “dificultad de la personalidad”, ésta debe ser ubicada en el apartado de las entidades no patológicas y que constituye un factor que puede influir en el estado global de salud (código Z del ICD-10), ya que suele requerir de ayuda especializada en centros de salud o manifestarse intermitentemente en determinadas circunstancias o ambientes; con estas medidas se reduce la comorbilidad y se restringe notablemente el diagnóstico de trastorno de personalidad no especificado (Tabla 2). Tercer nivel: cualidad del trastorno, cualidad que se establece por medio de la descripción del dominio de rasgos, esto es, aquellos cinco dominios más destacados en cada individuo, que pueden o no ser patológicos de acuerdo a su severidad; éstos son un conjunto de dimensiones y no categorías, por tanto, son subyacentes y están a la base sustentando las disfunciones de la personalidad; existen cuatro dominios que son similares a cuatro del Modelo de Cinco Factores propio de la población general (neuroticismo, baja empatía, baja escrupulosidad y baja extroversión), aunque con una leve modificación de la nomenclatura; además, cuatro dimensiones del CID-11 son similares al DSM-5 (afectividad negativa, antagonismo, desinhibición y distanciamiento), pero el psicoticismo se suprime porque la tradición

Tabla 1. Propuesta para el trastorno de personalidad en el CIE-11*

<p>Trastorno de la personalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración profunda de cómo un individuo experimenta y piensa sobre sí, los otros y el mundo, que se manifiesta en patrones mal adaptativos de la cognición, experiencia emocional, expresión emocional y conducta • Los patrones mal adaptativos son relativamente inflexibles y están asociados con problemas significativos en el funcionamiento psicosocial que son particularmente evidentes en las relaciones interpersonales • La alteración se manifiesta a través de un rango de situaciones personales y sociales (es decir, no está limitada a relaciones o situaciones específicas) • La alteración es relativamente estable en el tiempo y es de larga duración. Más comúnmente, el trastorno de personalidad tiene sus primeras manifestaciones en la niñez y es claramente evidente en la adolescencia <p>Calificador inicio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la alteración tiene su origen en la adultez, se puede agregar el calificador “inicio tardío”. El calificador “inicio tardío” se debe emplear para aquellos casos en los cuales, por la historia, no hay evidencia de un trastorno de la personalidad o de sus primeras manifestaciones antes de la edad de 25 años

*Adaptado de Tyler P, Reed GM, Crowford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. The Lancet 2015; 385: 717-26.

mundial la ha ubicado al interior del espectro de la esquizofrenia y en su lugar ha propuesto el dominio anancástico; estos dominios se pueden aplicar igualmente a sujetos sin trastorno de personalidad, pero cuando se constata una disfunción, señalan el foco en que se manifiesta la perturbación y con ello se facilita la elaboración racional de un plan terapéutico (Tabla 3).

Cuestionamientos e interrogantes

La minuciosa propuesta del CIE-11 ha sido impugnada dando motivo a objeciones de diferente carácter, profundidad y utilidad. 1] Una baja confiabilidad entre pares, puesto que los criterios generales de respuesta se mueven en el rígido rango de sí/no informado por los sujetos mismos²⁸. 2] El grado de severidad corresponde a una descripción muy general del promedio de la conducta en relación a sí y los otros, a las funciones sociales y laborales, pero no al sufrimiento mismo del individuo, es decir, se acentúa la desviación del comportamiento, con lo que se cae nuevamente en la estigmatización. 3] El diagnóstico es tan amplio y general, abarca una psicopatología tan heterogénea, que surgen dudas sobre su utilidad terapéutica ya que los dominios de rasgos no permiten una

planificación específica. 4] El diagnóstico se centra en la descripción de impedimentos psicosociales generales, lo que conlleva una falta de apoyo sólido para una terapia centrada en lo causal. 5] Se han elaborado Guías Clínicas o Estándares de Procedimiento, aunque sus resultados han sido medidos en un único estudio de campo limitado²⁹. 6] Existe solo un instrumento de autoaplicación, *The Personality Inventory*, que podría facilitar el diagnóstico en la práctica habitual, pero aún no ha sido puesto a prueba³⁰. 7] El trastorno borderline, condición opcional limitada a especialistas, cuenta ya con una amplia evidencia, lo que demanda una tarea ingente de reunir más estudios empíricos a los ya existentes. 8] Como el tratamiento de la personalidad borderline cuenta con procedimientos psicoterapéuticos sofisticados ya probados, el afán de diagnosticar este trastorno entrañaría una sobrecarga importante al sistema médico. 9] El trastorno borderline no cuenta con un análisis factorial suficiente, lo que podría significar que correspondería a un factor general de la psicopatología de la personalidad o a síntomas entendidos como rasgos de la personalidad³¹. 10] De lo anterior se desprende la necesidad de someter los dominios de personalidad a validadores externos, tarea imprescindible antes de confeccionar un sistema de clasificación abarcador y satisfactorio.

Tabla 2. Propuesta de severidad del trastorno de personalidad CIE-11*

<p>Trastorno de personalidad leve</p> <p>Existen problemas notorios en muchas de las relaciones interpersonales y en la ejecución de los roles ocupacionales y sociales esperados, pero se mantienen algunas relaciones y/o se llevan a cabo algunos roles.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ejemplos: capaz de mantener, y tiene algún interés en mantener, algunos pocos amigos. Intermitente o frecuentemente, algunos conflictos con sus iguales, compañeros de trabajo y/o supervisores o, alternativamente, exhibe retraimiento, conducta aislada pero, en cualquier caso, es capaz de mantener y querer mantener el empleo, si se dan oportunidades de empleo apropiadas. Tiene relaciones significativas con algunos miembros de la familia, aunque típicamente evita o tiene conflictos con otros <p>El trastorno leve de la personalidad típicamente no se asocia con daño significativo hacia sí u otros.</p>
<p>Trastorno de personalidad moderado</p> <p>Existen problemas acentuados en la mayoría de las relaciones interpersonales y en la ejecución de roles ocupacionales y sociales esperados a través de un amplio rango de situaciones, que son suficientemente extendidas para comprometer a la mayoría en algún grado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ejemplos: capaz de mantener muy pocos amigos o tiene poco interés en mantener amistades. Regularmente presenta conflictos con sus pares, compañeros de trabajo y/o supervisores, o acentuado retraimiento y conducta de aislamiento que interfiere con su capacidad para funcionar constructivamente en el trabajo o con los otros. Puede exhibir poco interés en y/o esforzarse en relación a empleos permanentes cuando se presentan oportunidades apropiadas de empleo. Puede tener como resultado una historia de cambios frecuentes de empleo. Ha entrado en conflictos, o a una notoria ausencia de, relaciones con muchos miembros de la familia. <p>El trastorno de personalidad moderado frecuentemente se asocia con una historia pasada y expectativa futura de daño a sí o a otros, pero no a un grado que cause daño duradero o coloque en riesgo la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ejemplos: ideación suicida recurrente o intentos de suicidio sin una clara expectativa de morir, episodios recurrentes de autoagresión sin una clara letalidad, conducta recurrente hostil y confrontacional, o episodios violentos ocasionales que comprometen sólo destrucción menor de la propiedad (ej., romper objetos) o agresión interpersonal tales como empujar, dar empujones o abofetear, que no son suficientes como para causar daños duraderos a los otros.
<p>Trastorno de personalidad severo</p> <p>Hay muchos problemas severos en el funcionamiento interpersonal que afectan todas las áreas de la vida. La disfunción social general del individuo es profunda y está ausente o gravemente comprometida la habilidad y/o la voluntad para llevar a cabo de modo generalizado roles ocupacionales y sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ejemplos: no tiene amigos pero puede asociarse. Incapaz o sin deseos de mantener un trabajo regular debido a falta de interés o esfuerzo, dificultades interpersonales, o conducta inapropiada (ej., irresponsabilidad, explosiones afectivas, insubordinación), aún cuando estén disponibles oportunidades de empleo apropiados. Conflicto con o retraimiento de sus pares y compañeros de trabajo. Ausencia de relaciones familiares (a pesar de tener familiares vivos) o echadas a perder por conflictos significativos. <p>El trastorno severo de la personalidad habitualmente se asocia a una historia pasada y futura expectativa de daño importante hacia sí u otros que ha provocado daños duraderos o ha puesto en peligro la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ejemplos: intentos de suicidio con una clara posibilidad de morir, episodios de autoagresión con lesiones permanentes, desfiguración o deformación del individuo, episodios de destrucción severa de la propiedad como el incendiar una casa provocado por la ira, o episodios de violencia suficiente como para causar daño permanente a otros.

*Adaptado de Tyler P, Reed GM, Crowford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. The Lancet 2015; 385: 717-26.

La propuesta de clasificación del CIE-11

1] La propuesta de clasificación del trastorno de personalidad del CIE-11 representa un trabajo de largos años, elaborado por especialistas y clí-

nicos de todo el mundo, sometido a los más altos estándares científicos disponibles y con una perspectiva puesta en el futuro puesto que estimula a que sus resultados sean sometidos a investigaciones empíricas sistemáticas, ya sea estudios de

Tabla 3. Propuesta de dominio de rasgos del trastorno de personalidad CIE-11*

<p>Rasgos de afectividad negativa</p> <p>El dominio rasgo de negatividad se caracteriza primariamente por la tendencia a manifestar un amplio rango de emociones perturbadoras, que incluyen angustia, rabia, autodesprecio, irritabilidad, vulnerabilidad, depresión y otros estados emocionales negativos, a menudo en respuesta a estresores percibidos o reales relativamente menores</p>
<p>Rasgos disociales</p> <p>El núcleo del dominio de rasgos disociales reside en un desprecio por las obligaciones sociales y las convenciones y derechos y sentimientos de los otros. Los rasgos incluidos en este dominio incluyen callosidad, falta de empatía, hostilidad y agresión, rudeza, e incapacidad o falta de voluntad para mantener una conducta prosocial, a menudo expresada en una visión abiertamente positiva de sí mismo, categoría, y una tendencia a ser manipulativo o explotador</p>
<p>Rasgos de desinhibición</p> <p>El dominio de rasgo de desinhibición se caracteriza por una tendencia persistente para actuar impulsivamente en respuesta a estímulos internos o ambientales inmediatos, sin tomar en consideración las consecuencias de largo plazo. Los rasgos en este dominio incluyen irresponsabilidad, impulsividad, no tomar en consideración los riesgos o consecuencias, distracción o imprudencia</p>
<p>Rasgos anancásticos</p> <p>El núcleo del dominio de rasgos anancástico es un foco estrecho sobre el control y la regulación de la conducta propia y de los otros para asegurar que las cosas se conformen al ideal de las particularidades del individuo. Los rasgos en este dominio incluyen perfeccionismo, perseveración, constricción emocional y conductual, obstinación, deliberativo, ordenalidad, y preocupación por seguir las reglas y obligaciones contraídas</p>
<p>Rasgos de distanciamiento</p> <p>El núcleo del rasgo de distanciamiento es la distancia emocional e interpersonal, que se manifiesta en un marcado aislamiento social y/o indiferencia hacia las personas, aislamiento con muy pocas o sin figuras de apego, incluyendo evitación de no sólo de relaciones íntimas, sino también de amigos cercanos. Los rasgos en el dominio de distanciamiento incluye lejanía o frialdad en relación hacia otras personas, reserva, pasividad y falta de asertividad, y una reducción de experiencias y expresión de emociones, hasta el punto de una capacidad disminuida para experimentar placer.</p>

*Adaptado de Tyler P, Reed GM, Crowford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. The Lancet 2015; 385: 717-26.

campo, instrumentos diagnósticos estandarizados u otros. 2] Producto de la experiencia acumulada por investigadores y terapeutas, pretende ser una herramienta útil, de fácil y rápida ejecución, que contribuya en la elaboración del diagnóstico y plan terapéutico al clínico sobrecargado, que facilite el seguimiento del curso del trastorno y le ayude a comprender de manera abreviada los cambios y variaciones del enfermo, de su medio familiar y ambiental³². 3] Pretende inaugurar un cambio radical en la concepción de la personalidad en el ámbito clínico al adoptar una postura dimensional, con lo que suprime todas las categorías tradicionales, aunque deja como opcional para los especialistas el estudio del trastorno borderline debido a su fuerte soporte empírico y sus sofisticados procedimientos terapéuticos

que se han desarrollado en la actualidad. 4] Su concepción dimensional lo separa absolutamente del DSM-5 aunque se acerca a él en su sección III, pero con diferencias importantes: eliminación de las seis categorías diagnósticas (salvo borderline), abolición del estudio del nivel de funcionamiento del Sí-mismo (identidad y autodirección) e interpersonal (empatía e intimidad), por considerarlo demasiado sofisticado y difícil, con un enorme gasto de tiempo y sin una evidencia empírica que lo avale suficientemente, sustitución del psicotimismo por la dimensión anancástica por juzgar aquella propia del espectro de la esquizofrenia. 5] Las investigaciones realizadas hasta ahora demuestran una amplia similitud entre los dominios de rasgos del CIE-11 y el DSM-5 sección III, similitud que permite armonizar, de manera

empíricamente validada hasta ahora, los dos sistemas de clasificación de mayor uso en la actualidad en el mundo³³. 6] Los clínicos sobrecargados pueden utilizar el CIE-11 en primer término para proceder más rápida y expeditamente, en especial en países con pocos recursos económicos, en sistemas de salud con insuficiencias tanto en la organización como en especialistas. 7] Los últimos estudios están demostrando que los dominios de rasgos propios del CIE-11 capturan con bastante fidelidad los trastornos de personalidad categoriales tradicionalmente establecidos y que, por tanto, no se pierde información clínicamente importante cuando se transita de un modelo categorial a uno dimensional, al igual que se estaba comenzando a comprobar con la sección III del DSM-5³⁴. 8] De manera esquemática se pueden describir los pasos que debe seguir un clínico en

su labor cotidiana, esquema que ayuda a todo el equipo de salud a operar según el nuevo procedimiento de comprensión de los trastornos de personalidad (Tabla 4).

Tabla 4. Esquema para el uso de la clasificación de trastorno de personalidad CIE-11 *

1. Investigación de los criterios diagnósticos generales; si se cumplen, entonces
2. Investigación del grado de severidad y
3. Investigación de los dominios rasgos de personalidad clínicamente relevantes
4. Opcional: determinación de los rasgos que cualifiquen como Borderline

*Adaptado de Herpertz SC. Neue Wege der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in ICD-11. Fortschr Neurol Psychiatr 2018; 86: 150-5.

Resumen

La clasificación formal de los trastornos de personalidad se remonta a los cuatro humores descritos por Hipócrates, pero el proceso iniciado por la OMS tiene como meta un cambio fundamental de conceptualización en el CIE-11. La clasificación categorial se reemplaza en su totalidad por una clasificación dimensional amplia. 1) Se entregan los criterios generales de un trastorno de personalidad; 2) se diferencian tres niveles de severidad; 3) a continuación se evalúan cinco dominios de rasgos: afectividad negativa, alejamiento, disociabilidad, desinhibición y anancasmo. Otros calificadores, como alteraciones del sí como también de relaciones interpersonales, se dejan para el futuro para probablemente ser usados por los especialistas. La propuesta de clasificación de trastornos de la personalidad del CIE-11 se muestra como capaz de ser efectuada por clínicos muy ocupados a través de diversos países y medios clínicos, y también se alinea con la sección III del DSM-5.

Palabras clave: Desorden de la personalidad, categorías, Clasificación Internacional de Enfermedades, rasgos de personalidad.

Referencias bibliográficas

1. Sass H, Herpertz S, Ernst W. Personality disorders. En: Berrios GE, Porter R, eds. A history of clinical psychiatry. London: The Athlone Press, 1995. p. 765-87.
2. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. Lancet 2015; 717-26.
3. Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, Michels R. Personality disorders in DSM-5. Am J Psychiatry 2010; 167: 1026-8.
4. Götzsche-Astrup O, Moskomitz A. Personality disorders and the DSM-5: scientific and extra-scientific factors in the maintenance of the status quo. Austr New Zeal J Psychiatry 2016; 50: 119-27.

5. Morey LC, Benson KT, Skodol AE. Relating DSM-5 section III personality traits to section II personality disorder diagnoses. *Psycholog Med* 2016; 46: 647-55.
6. Anderson J, Snider S, Sellbom M, Krueger R, Hopwood C. A comparison of the DSM-5 section II and section III personality disorder structures. *Psychiatry Research* 2014; 216: 363-72.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. Fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
8. WHO. International classification of diseases. 10th revision. Mental and behavioural disorders. Geneva: World Health Organization, 1992.
9. Schneider K. Die psychopathischen Persönlichkeiten. Berlin: Springer, 1923.
10. Schneider K. Die psychopathischen Persönlichkeiten. 9. neubearbeitete Auflage. Wien: Franz Deuticke, 1950.
11. Schneider K. Klinische Psychopathologie. 7. Auflage. Stuttgart: Thieme, 1966.
12. Shedler J, Westen D. Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1350-65.
13. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 846-56.
14. Krueger RF, Skodol AE, Livesley WJ, Shrout PE, Huang Y. Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: refining the research agenda for DSM-V axis I. *Int J Methods Psychiatric Research* 2007; 16: S65-S73.
15. Widiger TA. Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatry* 2007; 6: 79-83.
16. Kraemer HC. DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *Int J Methods Psychiatric Research* 2007; 16: S8-S15.
17. Rottman BM, Ahn W, Sanislow CA, Kim NS. Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model description of patient cases? *Am J Psychiatry* 2009; 166: 427-33.
18. Skodol AE, Bender DA. The future of personality disorders in DSM-V? *Am J Psychiatry* 2009; 166: 388-91.
19. Herpertz SC. Neue Wege der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in ICD-11. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2018; 86: 150-5.
20. Kendler KS. A history of the DSM-5 scientific review committee. *Psycholog Med* 2013; 1793-800.
21. Kendler KS, Solomon M. Expert consensus v. evidence-based approaches in the revision of the DSM. *Psycholog Med* 2016; 1-8.
22. Widiger T, Frances A. Towards a dimensional model for the personality disorders. En: Costa P, Widiger T. Personality disorders and the five factor model of personality. Washington DC: American Psychological Association, 1994. p. 19-39.
23. Shedler J, Westen D. Dimensions of personality pathology: an alternative to the five-factor model. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1743-54.
24. Matthews G, Deary IJ, Whiteman M. Personality traits. 3rd edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
25. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psycholog Med* 2012; 42: 1879-90.
26. Tyrer P, Crawford M, Mulder R, the ICD-11 Working Group for the Revision of the International Classification of Personality Disorders. Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011; 377: 1814-5.
27. Tyrer P, Crawford M, Mulder R. The rationale for the reclassification of personality disorders in the 11th Revision of the International Classification of Diseases. *Personal Ment Health* 2011; 5: 246-59.
28. Kim YR, Blashfield R, Tyrer P. Field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 1. Severity of personality disturbance. *Personal Ment Health* 2014; 8: 67-78.
29. Kim YR, Tyrer P, Lee HS. Preliminary field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients. 2. Proposed trait domains. *Personal Ment Health* 2015; 9: 298-307.
30. Oltmanns JR, Widiger TA. A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The Personality Inventory for ICD-11. *Psychological Assessment* 2017.

31. Tyrer P. Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. *Personal Ment Health* 2009; 3: 86-95.
32. Clarkin JF, Huprich SK. Do DSM-5 personality disorder proposals meet criteria for clinical utility? *J Person Disor* 2011; 25: 192-205.
33. Bach BB, Sellbom M, Kongersley M, Krueger RF, Mulder R. Deriving ICD-11 personality disorder domains from DSM-5 Traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiat Scand* 2017; 136: 108-17.
34. Bacg B, Sellbom M, Skjernov M, Simonsen E. ICD-11 and DSM-5 personality trait domains capture categorical personality disorders: finding a common ground. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2018; 52: 425-34.

Correspondencia:

Gustavo Figueroa Cave
Departamento de Psiquiatría
Escuela de Medicina
Universidad de Valparaíso
Email: gfigueroacave@gmail.com