



Protocolo diagnóstico de los trastornos de personalidad

F. Turriago Bernal y F. Ferre Navarrete

Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Trastornos de personalidad
- *Cluster*
- Diagnóstico

Keywords:

- Personality disorders
- Cluster
- Diagnosis

Resumen

En los últimos años los trastornos de la personalidad (TP) están ganando la atención de los profesionales de salud tanto mental como de otras áreas, así como una exposición mediática sin precedentes. Quienes se dediquen a la práctica clínica no deben estar al margen del conocimiento de dichas entidades, las cuales interactúan permanentemente con otros diagnósticos tanto de salud mental como orgánica, así como con el entorno en el que se desarrollan. En esta guía intentamos ayudar a entender la definición del TP en sí, así como su clasificación, con sus similitudes y diferencias más claras de cara a poder identificar los casos de mayor gravedad presente o potencial y saber cuándo puede corresponder una derivación a los servicios correspondientes.

Abstract

Diagnostic protocol for personality disorders

In recent years the personality disorders (PD) are gaining the attention of professionals both mental and other health areas and an unprecedented media exposure. Those involved in clinical practice should not be outside the knowledge of these entities, which permanently interact with other diagnoses mental health both organic as well as the environment in which they develop. In this guide we try to help you understand the definition of PD itself, and their classification, their similarities and distinct differences in order to be able to identify the most serious cases or potential and know when it can match a referral to appropriate services.

La personalidad y sus trastornos: definiciones

Podemos decir que la personalidad es la conjunción de todas las características psicológicas, moduladas por el entorno social y condicionadas por la biología, que conforman la manera de ser de los seres humanos. Es el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria. Cuando estos rasgos suponen una variante que va más allá de lo habitual en la mayoría de las personas, y son además inflexibles y desadaptativos, podemos hablar de un trastorno de la personalidad¹. El DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) lo plantea como “*un patrón duradero de experiencia interna y de conducta que se desvía marcadamente de las expectativas de la cultura del indivi-*

duo, es generalizado e inflexible, teniendo un inicio en la adolescencia o adultez temprana, es estable sobre el tiempo y lleva a la angustia o la incapacidad”².

Diagnóstico: clasificación y consideraciones generales

Dentro de la clasificación clásica se encuentran 10 trastornos comúnmente agrupados en 3 diferentes categorías (*clusters*) que comparten unas características comunes (fig. 1).

Es importante aclarar que esta agrupación tiene más utilidad académica que clínica, y no ha sido consistentemente validada. A su vez, existen con frecuencia rasgos de diferentes *clusters* en una misma persona². Se interpretan los *clusters*

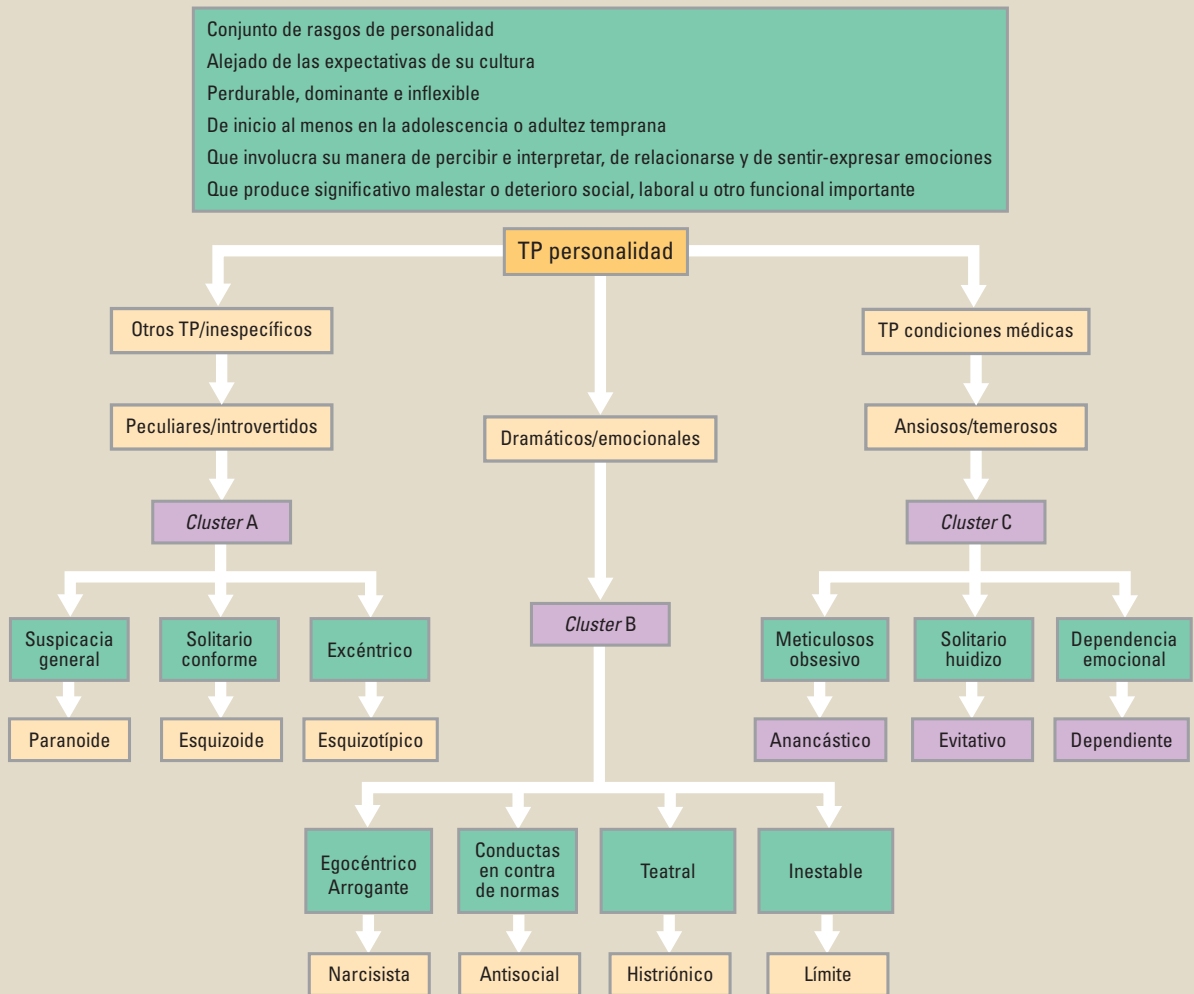


Fig. 1. Diagnóstico, clasificación y consideraciones generales de los trastornos de personalidad.

como espectros de disfunción de la personalidad en un continuo con otros trastornos mentales (fig. 1).

En relación con el diagnóstico hay que tener en cuenta varias características: requiere que su funcionamiento sea de larga evolución, y los rasgos de personalidad particulares deben ser evidentes al llegar a la adultez temprana. Estos rasgos no deben haber aparecido en respuesta a estresores circunstanciales específicos u otros estados mentales más predominantes (depresión, ansiedad, intoxicación). El profesional debe valorar la estabilidad de estos rasgos a través del tiempo y de diferentes situaciones. Aunque a veces una sola entrevista es suficiente para hacer un diagnóstico, suele ser necesaria más de una y estar espaciadas entre ellas. La dificultad en el diagnóstico también surge porque muchas veces el paciente no considera problemáticas las características que definen al trastorno (egosintónicas). Por eso es útil tener otros informantes¹.

Sintomatología característica para el diagnóstico

Trastornos de la personalidad del grupo o *cluster A* (Figura 2)

Trastorno paranoide de personalidad

La sintomatología esencial consiste en una tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como agresivas o amenazantes para él. Se ha comprobado una mayor incidencia en grupos minoritarios, sujetos pertenecientes a sectas, inmigrantes y sordos¹.

Suelen creerse explotados por los demás, ser patológicamente celosos y reaccionar a menudo de forma agresiva. Les cuesta perdonar los agravios y presentan un sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad.

<p>TP paranoide</p> <p>Desconfiados/malinterpretan todo en su contra/agresividad contenida</p> <p>Traídos al médico por allegados por problemas de convivencia/ven el conflicto en los demás</p> <p>Diagnóstico diferencial</p> <p>TP esquizotípico: son más excéntricos y con tendencia al aislamiento</p> <p>Al contrario que en una psicosis su pensamiento no es delirante. Percepción de realidad muy precisa pero juicio distorsionado</p>
<p>TP esquizoide</p> <p>Distantes/solitarios/poco expresivos/no agresivos</p> <p>No desean interacción social</p> <p>Diagnóstico diferencial</p> <p>El paranoide tiene más implicación social que el esquizoide</p> <p>El evitativo realmente tiene deseo de contacto social aunque lo evite por temor</p>
<p>TP esquizotípico</p> <p>Excéntricos/pensamiento mágico</p> <p>Interpretaciones sobrenaturales de hechos mundanos</p> <p>Diagnóstico diferencial</p> <p>En la psicosis hay delirios y alucinaciones, si bien los psicóticos fuera de estos episodios tendrían rasgos similares a estos TP</p> <p>Entre el desapego del esquizoide (más conectados) y el deseo de vínculo del evitativo (sufren menos)</p>



Fig. 2. Claves diagnósticas para los trastornos de la personalidad del grupo o *cluster A* que agrupa a los “raros o excéntricos”.

TP: trastorno de la personalidad.

Sin embargo, no suelen tener mucho deterioro social, ya que suelen guardar sus ideas para sí; sólo en casos graves se ven afectadas las relaciones interpersonales. Por lo general son traídos al tratamiento por familiares o compañeros de trabajo, hartos de sus argumentos y acusaciones constantes. Pese a que acepten un tratamiento, no suelen estar convencidos de que tengan un problema psiquiátrico. Para ellos sus problemas son culpa de otros³.

Su inflexible pensamiento se diferencia del psicótico en que no es delirante, por el contrario, con una percepción muy precisa de su ambiente, pero con un juicio de ellas deteriorado, malinterpretando el significado de la realidad aparente¹ (tabla 1).

Trastorno esquizoide

Consiste en un patrón generalizado de indiferencia a las relaciones sociales y una afectividad muy limitada. Algunos estudios indican un cociente hombre-mujer de 2 a 1².

Impresionan de ser personas frías, con gran incapacidad para sentir placer, respuesta pobre a los elogios, poco interés por las relaciones sexuales o ausencia de relaciones personales íntimas. Tienden a desempeñar trabajos solitarios o nocturnos para tratar con un menor número de personas, y todas sus actividades se caracterizan por no requerir implicación personal. Son solitarios, no presentan conductas agresivas, las que suplantadas mediante fantasías de omnipotencia o resignación⁴.

TABLA 1

Diagnóstico diferencial entre los distintos trastornos de la personalidad

	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípico	Narcisista	Antisocial	Histriónico	Límite	Anancástico	Evitativo	Dependiente
Autoestima	Normal/alta	Normal	Baja	Frágil	Alta	Frágil	Baja	Normal/alta	Baja	Baja
Implicación afectiva	Negativa	Mínima	Moderada	Demandante (admiración)	Nula	Demandante (atención)	Demandante (afecto)	Normal	Alta	Alta
Implicación social	Normal/negativa	Mínima	Baja	Alta y superficial	Superficial/destructiva	Alta y superficial	Inestable	Baja/normal	Mínima	Alta
Agresividad	Contenida	Inusual	Inusual	Posible	Alta	Posible	Alta	Contenida/pasiva	Inusual	Baja
Impulsividad	Inusual	Inusual	Inusual	Inusual	Alta	Probable	Alta	Contenida	Inusual	Baja
Conductas disruptivas	Querulantes Acusatorias	Inusual	Inusual/ extravagantes	Posible Controladas	Frecuentes y auto/hetero destructivas Delictivas	Probable Teatrales	Frecuentes y auto/hetero destructivas	Obsesivas	Inusual	Inusual
Episodios psicóticos	Posible premorbididad a t. delirantes	Posible premorbididad Esquizofrenia	Posible premorbididad Esquizofrenia	Inusual	Inusual	Inusual Cuadros disociativos	Posible Cuadros leves y breves	Inusual	Inusual	Inusual

Se diferencian de los pacientes esquizofrénicos en la ausencia de antecedentes y en que no tienen alteraciones del pensamiento ni de la sensoropercepción. El trastorno de personalidad (TP) paranoide interactúa más con otros, aunque sea para litigar, y los TP evitativos, aunque igual de aislados, anhelan en secreto el contacto con otros (tabla 1).

Trastorno esquizotípico

Se caracteriza por un patrón de conducta generalizado excéntrico y peculiar, ajeno a las convenciones sociales, que le genera déficits interpersonales marcados por malestar agudo y capacidad reducida para las relaciones íntimas². Se aprecia un mayor número de casos entre los familiares de pacientes esquizofrénicos. Es la personalidad premórbida más asociada a la esquizofrenia.

Impresionan como raros y extravagantes, destacándose el pensamiento mágico y las ideas peculiares. Suelen ser supersticiosos y preocupados por fenómenos paranormales. Tienen a atribuir significados inusuales e importantes a situaciones mundanas y en relación pueden creer que tienen poderes (por ejemplo, que algo ocurra después de haber pensado en ello –lover–). Sus interpretaciones erróneas e ideas sobrevaloradas no suelen ser irreductibles, a diferencia de los delirios². Pese a tender a ser personas aisladas como los esquizoides, persiste un interés por relacionarse, del cual se van desprendiendo al sufrir el rechazo por su aspecto y conductas peculiares y al sentir que no “encajan”, con la consecuente ansiedad que las interacciones sociales les producen¹. Esta desvinculación a su vez es lo que los separa del paciente evitativo, el cual se resiste a abandonar el anhelo de vínculo y sufre más (tabla 1).

Trastornos de la personalidad del grupo o cluster B (Figura 3)**Trastorno narcisista de la personalidad**

En la práctica no es fácil la distinción entre los grados saludables y patológicos de narcisismo. Una cierta medida de

amor propio no sólo es normal sino conveniente. Otro factor es que ciertas conductas patológicamente narcisistas en un individuo pueden ser simples manifestaciones de amor propio saludable en otro (el adolescente que se peina frente al espejo durante 45 minutos). Para complicar las cosas, vivimos en una cultura narcisista, siendo serviles a los medios y a las redes sociales⁵.

Las personas con el TP narcisista poseen un grandioso sentido de autoimportancia. Como se consideran especiales, esperan recibir un trato diferente, se creen con derecho a todo y toleran escasamente la crítica. Están preocupados por fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza o amor imaginarios. Son pretenciosos, explotadores, con dificultad para empatizar y reacios a reconocer o identificarse con los sentimientos y las necesidades de los demás, demandándoles a su vez admiración. Fingen simpatía para conseguir sus fines. Dada su frágil autoestima, son propensos a la depresión al sufrir rechazo de los demás y a la suspicacia cuando temen la exposición de alguna debilidad. Pueden ser agresivos cuando las cosas no les salen como quieren³.

Se distinguen de los trastornos límite –histriónico y antisocial– porque presentan menos aparatoidad, menos implicación afectiva y más adaptación social (tabla 1).

Trastorno antisocial de la personalidad

Caracterizado por un patrón generalizado de menosprecio y/o violación de los derechos de otros, manteniéndose al margen de las normas sociales; lo cual ya aparece en las etapas infantiles, y continúa y se amplía en la edad adulta. Es más frecuente en las áreas urbanas deprimidas y en poblaciones carcelarias. Existe un patrón entre familiares de primer grado. Es el único TP que requiere en sus criterios diagnósticos ser mayor de 18 años, aunque también debe haber historia de síntomas de trastornos de conducta antes de los 15 años².

La aparición temprana y los signos infantiles típicos involucran 4 categorías: agresión a animales o personas, destrucción de propiedad, hurtos y engaños o violaciones serias de normas². El patrón antisocial continúa en la edad adulta, sin poder conformarse con las normas sociales, continuamente realizando conductas delictivas. Se destacan por la

<p>TP narcisista</p> <p>Fantasia de éxito/arrogancia/necesidad de admiración constante/intolerantes a la crítica y el rechazo</p> <p>Dificultad para empatizar y atender necesidades de otros</p> <p>Diagnóstico diferencial</p> <p>Antisocial: menor adaptación social, no necesidad de admiración</p> <p>Histriónico/límite: mayor implicación afectiva, más aparatosidad</p>
<p>TP antisocial</p> <p>Menosprecio por normas sociales y derechos de otros/ausencia de culpa y empatía/conductas temerarias</p> <p>Requiere ser mayor de 18 años para el diagnóstico</p> <p>Diagnóstico diferencial</p> <p>Histriónico/narcisista ≠ más agresivos y temerarios, no necesidad de atención/admiración</p>
<p>TP histriónico</p> <p>Excesiva emocionalidad y demanda de atención/teatrales</p> <p>Afectividad superficial, lábil y seductora/altamente sugestionables</p> <p>Diagnóstico diferencial</p> <p>Límite: autodestructivos, sensación crónica de vacío, problemas de identidad</p>
<p>TP límite</p> <p>Impulsividad, inestabilidad emocional, conductas autodestructivas</p> <p>Pensamiento dicotómico (bueno/malo), sensación crónica de vacío, problemas de identidad</p> <p>Gran comorbilidad</p> <p>Diagnóstico diferencial</p> <p>Histriónico: no sensación de vacío, menor impulsividad, inestabilidad emocional y desorganización conductual</p> <p>Antisocial: no implicación afectiva</p>



Fig. 3. Claves diagnósticas para los trastornos de la personalidad del grupo o *cluster B* que agrupa a los “dramáticos, emocionales o erráticos”.

TP: trastorno de la personalidad.

despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de empatía; incapacidad para mantener relaciones personales y muy baja tolerancia a la frustración. Suelen ser irritables y agresivos. Son con frecuencia engañosos y manipuladores, buscando el beneficio propio. Además, son propensos a la realización de conductas temerarias, sin preocupación por la seguridad personal o ajena, así como la promiscuidad sexual y la dejación de deberes paternos y conyugales. No suelen sentir culpa por sus conductas, dirigiéndola a los demás. Usualmente no muestran rasgos de ansiedad ni depresión, a pesar de sus amenazas suicidas y sus frecuentes quejas somáticas. La edad de comienzo temprana les lleva a un grave deterioro, impidiendo el desarrollo de un adulto indepen-

diente y autosuficiente, lo que da lugar, en muchos casos, a años de institucionalización, con frecuencia más penal o correccional que médica¹.

Es difícil diferenciar este trastorno cuando va asociado al consumo de sustancias, ya que, además de muy frecuente, se ha demostrado que se potencian ambos⁵. La comorbilidad con el trastorno límite y el narcisista es muy alta, por lo que el diagnóstico clínico diferencial muchas veces es difícil. Sin embargo, el narcisista no suele ser impulsivo o agresivo, y generalmente carece de una historia infantil de trastornos de conducta o delincuencia. A su vez, el antisocial no suele estar tan necesitado de admiración o sentir envidia de otros. El TP histriónico y el límite comparten la impulsividad y desorga-

nización, pero suelen ser más exagerados en sus emociones y no tienden a infringir la ley. Sus esfuerzos manipulativos son para ganar afecto, mientras que el antisocial busca alguna gratificación material o de poder. Son además más agresivos y menos inestables emocionalmente¹ (tabla 1).

Trastorno histriónico de la personalidad

Se diagnostica con más frecuencia en las mujeres que en los hombres. El rasgo esencial es una excesiva y generalizada emocionalidad y búsqueda de atención. Pueden inicialmente atraer a nuevos conocidos por su entusiasmo, mente abierta y coquetería, pero se desgastan rápidamente con sus demandas constantes de protagonismo. Son típicos los cambios de humor y la escasa tolerancia a la frustración, sus relaciones interpersonales son tormentosas y poco gratificantes. Tienen a la teatralidad y son fácilmente sugestionables. La afectividad es lábil y superficial, con un deseo inapropiado de seducir y preocupación excesiva por el aspecto físico. Consideran sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad². Todo esto puede reflejarse en la relación con sus médicos, adulando, llevando regalos y haciendo descripciones dramáticas de síntomas físicos y psicológicos que son reemplazados en cada visita¹.

Muchas veces es difícil la diferenciación entre los histriónicos y los límite, si bien estos últimos se distinguen por sus tendencias autodestructivas, sensación crónica de vacío y problemas de identidad. En algunos trastornos de tipo disociativo pueden aparecer personalidades histriónicas de base (tabla 1).

Trastorno límite de la personalidad

Particularmente los otros *cluster* B son definidos con frecuencia por cómo difieren del trastorno límite de la personalidad (TLP). Por desgracia, su creciente popularidad lo ha convertido en “bote de basura” psiquiátrico, sobreutilizado y mal utilizado. Es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. En los familiares de primer grado de estos pacientes se ha observado una mayor prevalencia de trastornos depresivos y de abuso de sustancias¹.

Se caracteriza por un patrón de conducta generalizado basado en la inestabilidad emocional, la dificultad para controlar impulsos y la intolerancia al malestar. Este, sumado a una baja autoestima, es un frecuente promotor de conductas disruptivas como autolesiones y explosiones de violencia, comportamiento amenazante y chantajista, afectación de la imagen de sí mismos y alteraciones de la conducta alimentaria. Se implican en relaciones intensas e inestables. Hay una notable alteración de la identidad que se manifiesta por incertidumbre ante temas trascendentales, como la orientación sexual y objetivos biográficos a largo plazo, asociado a una sensación de vacío y aburrimiento. Ese vacío, junto a la demanda constante de afecto, suele ser precursor de intentos y amenazas suicidas recurrentes. Sus relaciones interpersonales pasan de la idealización a la devaluación, es frecuente el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida, y los cambios de humor e ideación paranoide transitoria. Pueden sufrir descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica y corta duración².

Hay que tener en cuenta la gran comorbilidad que este desorden tiene con el resto de los TP, así como con otras

patologías psiquiátricas (trastornos afectivos, alimentarios, etc.)³ (tabla 1).

Trastornos de la personalidad del grupo o *cluster* C

Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad

También denominado TP anancástica. Consiste en un patrón generalizado de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal a expensas de la flexibilidad, la mente abierta y la eficiencia. Es más común en hombres que en mujeres, y aparece con más frecuencia en los familiares de primer grado de las personas que lo padecen².

Son sujetos con conductas rígidas que con frecuencia se marcan objetivos inalcanzables y que están preocupados por las normas que ellos mismos se imponen. Presentan falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas por detalles, reglas, organización y horarios; rectitud y escrupulosidad excesivas, junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones interpersonales. No tienen conciencia de que sus conductas molesten a los demás por los retrasos e inconvenientes que conllevan. Expresan una insistencia poco razonable en que los demás se sometan a sus rutinas y resistencia también poco justificada a dejar a los demás hacer las cosas a su manera. Las habilidades sociales están muy limitadas, tienen poco sentido del humor y cualquier cosa que amenace su rutina les genera una gran ansiedad. Suelen ser avaros con ellos mismos y con los demás, prefiriendo guardar el dinero para problemas futuros².

El diagnóstico diferencial (tabla 1) se hace, sobre todo, con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Los pacientes con TOC sufren por pensamientos recurrentes desagradables que conducen a conductas ritualistas también egodistónicas, y que reconocen como un problema del que quisieran librarse. En el TP son patrones de comportamiento a lo largo de la vida y además egosintónicos. Raramente causan estrés en ellos e incluso pueden considerarse altamente adaptativos (incluso personas que por estos mismos rasgos son valoradas como hábiles o exitosos en su área de trabajo –devoción y perfeccionismo–). Suelen ser sus allegados los que los instan a consultar ante la dificultad para la convivencia¹.

Trastorno evitativo

Patrón de conducta caracterizado por una extrema sensibilidad al rechazo. Es lo que comúnmente denominaríamos timidez patológica. Parece ser que los niños con un temperamento tímido son más propensos a padecer este cuadro en su vida adulta. Raramente es un diagnóstico primario o único en la práctica clínica, siendo más común como suplementario a otro TP u otro diagnóstico generalmente afectivo¹.

Prima el malestar en el contexto social, con miedo a una evaluación negativa por parte de los demás, lo que les lleva a evitar las relaciones sociales y profesionales. Presentan una constante tensión emocional y temor, con preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o inferior a los demás. Se les hace difícil hablar de sí mismos y suelen contenerse emocionalmente por miedo a la exposición, la burla o la ver-

TP anancástico

Preocupaciones excesivas por detalles, reglas y organización/rigidez y escrupulosidad excesivas
Su perfeccionismo les dificulta terminar tareas
No hay conciencia de molestar a los demás/exigen misma rutina a los demás
Habilidades sociales limitadas/ansiedad por amenazas a sus rutinas
Traídos por allegados por dificultades de convivencia
Diagnóstico diferencial
TOC: pensamientos y conductas ritualistas egodistónicas/problema que desean tratar

TP evitativo

Miedo exagerado al rechazo (timidez patológica)/evitan contacto interpersonal
Comorbilidad con trastornos de ansiedad y afectivos
Diagnóstico diferencial
Esquizoide: no desean relacionarse

TP dependiente

Conducta excesivamente sumisa y dependiente
Víctimas frecuentes de parejas abusadoras/incapaces de estar solos
Indecisión constante/sin iniciativa
Diagnóstico diferencial
Límite/histriónico: demandantes de afecto/atención, agresividad



Fig. 4. Claves diagnósticas para los trastornos de la personalidad del grupo o *cluster C* que agrupa a los "ansiosos, temerosos".

TOC: trastorno obsesivo compulsivo; TP: trastorno de la personalidad.

güenza. Es frecuente diagnosticarlo en conjunto con trastornos de ansiedad o afectivos relacionados con su inhabilidad social².

La tendencia al aislamiento es comparable con la del TP esquizoide, pero los evitadores desean esa relación social que los esquizoides ignoran, e incluso rechazan. Por ello sufren mucho, pero mantienen mayor contacto con una realidad de la que los esquizoides se han desprendido (tabla 1).

Trastorno dependiente de la personalidad

Caracterizado por un patrón de conducta generalizado y excesivo de dependencia y sumisión. Es más común en las mujeres que en los hombres. Existen datos que señalan que las personas con una enfermedad crónica en su infancia pueden ser los más proclives al trastorno¹.

Parten de una baja autoestima tan grave como la del TP evitativo, pero con mayor habilidad para relacionarse. Presentan dificultades para tomar decisiones tanto cotidianas (el color de la camisa) como vitales (el tipo de trabajo), respaldándose en consejos y recomendaciones de los demás, sintiéndose incapaces de valerse por sí mismos y estando de acuerdo frecuentemente por miedo a ser rechazados. Subor-

dinan las necesidades propias a las de quienes dependen y se resisten a hacerles peticiones, temiendo ser abandonados. Es frecuente verlos soportando cónyuges abusivos, alcohólicos o maltratadores. Cuando terminan una relación suelen buscar rápidamente un sustituto que provea el apoyo y cuidados que necesita, y viven estas relaciones con gran angustia por miedo a un nuevo abandono, hasta el punto de desarrollar temores excesivos e injustificados. Suele ser un trastorno muy incapacitante a nivel laboral. Cuando están solos les resulta difícil perseverar en sus tareas. Evitan los puestos de responsabilidad y responden con ansiedad a la petición de liderazgo. No son personas que tomen la iniciativa por creer que alguien más podrá hacerlo mejor que ellos⁶.

Presenta frecuente comorbilidad con otros trastornos de ansiedad o depresión. Los rasgos dependientes suelen aparecer en gran cantidad en otros TP, siendo muy frecuentes en los de personalidad límite e histriónica. Sin embargo, estos dos últimos tienden a responder al rechazo (real o no) con sensación de vacío, rabia y demandas, en contraste con la reacción sumisa y complaciente del dependiente, que busca la estabilidad que el *cluster B* compromete en sus relaciones (Figura 4).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

● Importante ●● Muy importante

- ✓ Metaanálisis
- ✓ Ensayo clínico controlado
- ✓ Epidemiología
- ✓ Artículo de revisión
- ✓ Guía de práctica clínica

1. Oksenberg A. Trastornos de personalidad: hacia una mirada integral. Santiago de Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental; 2003.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Gabbard GO. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. 3.^a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2002.
4. Kraepelin E. La personalidad y sus desórdenes. Buenos Aires: Salerno; 1995.
5. Moizeszowicz J. Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson; 2001.
6. Allport G. La personalidad su configuración y desarrollo. Barcelona: Herder; 1963.