



Trastornos de la personalidad. Formas límite. Trastorno obsesivo-compulsivo

P. Sanz Correcher^{a,*}, L.S. Vega González^{a,b} y J.D. Molina Martín^a

^aCentro de Salud Mental de Villaverde. Área de Gestión Clínica y Psiquiatría de Salud Mental. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España. ^bCiencias de la Salud. Universidad Complutense. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Trastornos de la personalidad
- Límite
- Obsesivo-compulsivo
- Anancástico

Keywords:

- Personality disorders
- Borderline
- Obsessive-compulsive
- Anankastic

Resumen

Definimos trastorno de personalidad como un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo, y que afecta a su cognición, a su afectividad, al funcionamiento interpersonal y al control volitivo e impulsivo. El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como por una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos. Una acentuación extrema de los rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad, egosintónicos y altamente valorados en las sociedades desarrolladas actuales orientan a un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (según denominación del DSM-5) o trastorno anancástico de la personalidad (según la CIE-10), entidad clínica relacionada pero diferenciada del trastorno obsesivo-compulsivo.

Abstract

Personality disorders. Borderline disorders. Obsessive-compulsive disorder

Personality disorder is defined as a perdurable pattern of inner experience and behaviour that moves away from the expectations of the individual's culture, affecting the affectivity, interpersonal functioning and volitional and impulsive control. Borderline personality disorder is characterized by a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, self-image and affect regulation as well impulse control, appearing before adulthood and in several contexts. The diagnosis of obsessive-compulsive disorder of personality (DSM-5), or anankastic disorder of personality (ICD-10) relies on exacerbation of obsessive-compulsive personality traits, ego-syntonic (highly valued in developed countries).

Trastornos de la personalidad

Concepto

Definimos «Trastorno de personalidad» (TP) como un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo, y que afecta a su cognición, a su afectividad, al funcionamiento interpersonal y al control volitivo e impulsivo.

Clasificación

Las dos clasificaciones diagnósticas vigentes, el DSM-5¹ y la CIE-10², describen distintos tipos específicos de TP que se recogen en la tabla 1.

Las distintas categorías diagnósticas de TP se pueden aplicar a niños o adolescentes en casos excepcionales en los que los rasgos desadaptativos de la personalidad son especialmente dominantes y persistentes y es improbable que se limiten a un momento particular del desarrollo o a la presencia de otro trastorno mental. Además, para poder efectuar el diagnóstico a un menor de 18 años, los síntomas deberán permanecer, por lo menos, un año.

*Correspondencia

Correo electrónico: pedro.sanz@salud.madrid.org

TABLA 1

Tipos de trastornos de la personalidad (TP) según las clasificaciones DSM-5 y CIE-10

DSM-5	CIE-10
Grupo A (raros o excéntricos)	
TP paranoide	T. paranoide de la personalidad
TP esquizoide	T. esquizoide de la personalidad
TP esquizotípica	
Grupo B (emocionales o erráticos)	
TP antisocial	T. disocial de la personalidad
TP límite	T. de inestabilidad emocional de la personalidad
TP histriónico	T. histriónico de la personalidad
TP narcisista	
Grupo C (ansiosos o temerosos)	
TP evasivo	T. ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad
TP dependiente	T. dependiente de la personalidad
TP obsesivo-compulsiva	T. anacástico de la personalidad
Otros TP	
Trastornos mixtos y otros TP	
Cambio de la personalidad debido a otra afección médica	Trastornos mixtos de la personalidad
Otro TP especificado	Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificadas
Otro TP no especificado	

Sin embargo, el diagnóstico de TP no genera consenso entre la comunidad científica, dando como resultado un conflicto entre los que apoyan un modelo categorial en el que los TP son entidades concretas con límites definidos, y los que apoyan el modelo dimensional, en el que no hay límites definidos entre unos y otros TP, ni entre un TP y una personalidad sana.

Las clasificaciones diagnósticas actuales DSM-5 y CIE-10 apuestan por mantener el modelo categorial, aun sabiendo que existe una baja validez interna y externa, con baja especificidad y en el que la norma es que un mismo individuo comparta criterios de varios TP. Fruto de ello es que el DSM-5, en su Sección III (modelos emergentes) ha añadido una comprensión dimensional de estos trastornos y una propuesta de diagnóstico dimensional para, sin renunciar al aún vigente modelo categorial, comenzar a valorar la utilidad de este nueva propuesta.

Esta propuesta dimensional (en desarrollo) es una forma de diagnóstico individualizado que se realiza en función de una escala de intensidad o nivel de funcionamiento de la personalidad (a nivel personal e interpersonal) y en función de cinco dominios psicopatológicos (dimensionales, con dos polos) afectados como son: afecto negativo frente a estabilidad emocional; desapego frente a extroversión; antagonismo frente a amabilidad; desinhibición frente a escrupulosidad y psicoticismo frente a lucidez. La propuesta ha sido recibida, también, de forma ambivalente.

Lo que el DSM-5 sí tiene de novedoso y, ya sí, establecido, es el haber sacado los TP del famoso eje II, parte ineludible del diagnóstico multiaxial de las últimas ediciones. Ahora se comprenden como una entidad nosológica psiquiátrica como cualquier otro trastorno, pudiendo ser diagnóstico único o comórbido, en cuyo caso primario o secundario.

Trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos¹.

La complejidad en el manejo interpersonal, las demandas urgentes y la suicidabilidad del trastorno hacen que tenga una especial visibilidad en las consultas médicas y en los Servicios de Urgencias, lo que genera una sobrecarga emocional en el profesional y en los equipos. Es por esta transcendencia por la que en muchas ocasiones se habla de este trastorno como el paradigma de TP o que incluso lo empleemos para referirnos en concreto al TLP.

Epidemiología

La prevalencia en la población general del TLP se sitúa en torno al 1-2%. No existe diferencia entre sexos, aunque en las muestras clínicas se observan más mujeres, posiblemente por la mayor determinación en la solicitud de ayuda por parte de estas.

Etiología y desarrollo

El TLP es concebido en la actualidad, al igual que muchos otros trastornos mentales, desde la teoría de la diátesis/estrés.

La vulnerabilidad temperamental es una condición necesaria, y los estudios sugieren que tanto el diagnóstico de TLP como sus rasgos de personalidad subyacentes tienen un componente de heredabilidad en torno al 0,40. Sin embargo, por sí mismos, los rasgos (impulsividad, inestabilidad emocional) son insuficientes para causar un TLP, haciendo falta factores ambientales biográficos sobre esa población vulnerable, para que se desarrollen círculos viciosos de inestabilidad frente al entorno y percepciones negativas sobre el mismo que llevan a una mayor inestabilidad³.

Las adversidades en la infancia son la norma en los pacientes con TLP, y en un tercio de los mismos están documentados abusos y negligencias en la infancia pero, al igual que en el factor anterior, esto solo de por sí no es suficiente para desarrollar un TLP.

En la adolescencia conviene poner especial cuidado en no sobreatribuir este diagnóstico a las crisis adolescentes que, en muchas ocasiones, comparten síntomas pero que tienen un recorrido mucho más corto, recortado a la etapa vital.

Clínica

La característica principal del TLP es la inestabilidad afectiva (o disregulación emocional). Se describe como una extrema sensibilidad frente al ambiente, que lleva al paciente a rápidos cambios de humor ante eventos interpersonales, habitualmente en forma de frustración y rabia, tras la que se recupera de forma lenta.

La inestabilidad afectiva parece tener un sustrato neurobiológico propio, y muchos autores lo consideran el rasgo principal del TLP. A diferencia de un trastorno afectivo, no suele haber euforia o tristeza duraderas.

Las conductas impulsivas y autodestructivas son las que tienen más visibilidad para los clínicos, por lo llamativo y por el compromiso urgente. Al igual que en el caso anterior, se suele precipitar por conflictos interpersonales. Entre las conductas impulsivas tenemos el consumo de tóxicos, las conductas bulímicas, los hurtos en tiendas o la conducción temeraria, pero lo que causa más desasosiego en el clínico es la suicidabilidad y, en concreto, lo que se ha llamado «suicidabilidad crónica», esto es, la presencia continua de pensamientos suicidas con ocasionales tentativas (por ejemplo, sobreingestas medicamentosas). Característicamente estas tentativas son comunicadas a terceros, lo que no habrá que confundir con un intento de «manipulación» o «chantaje» al otro para obtener una ganancia.

Entre las conductas autolesivas, son frecuentes las auto-laceraciones, los cortes autoprovocados (incisiones, quemaduras con cigarrillos, etc.), habitualmente en miembros superiores (muñecas) o en zonas ocultas por la ropa (abdomen, muslos). En este caso, cabe remarcar que no hay una intencionalidad suicida, como habitualmente el propio paciente indica, sino un intento de aliviar o despistar la tensión psicológica a través del dolor físico controlado.

Como estamos viendo, muchos de los síntomas se desencadenan tras un evento interpersonal que genera malestar, pues este es un terreno altamente problemático para esos pacientes. Se han descrito como característicos un patrón de relaciones cercanas e íntimas inestables, con conductas de dependencia o fusionales y miedo al abandono, que condicionan fricciones y alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. Los pacientes con TLP característicamente presentan dificultades para decodificar la emocionalidad, tanto de sí mismo como del otro, lo que lleva a inadecuadas interpretaciones de las intenciones de terceros⁴.

En la esfera de la sensorpercepción, están descritas las alucinaciones, pseudoalucinaciones o ilusiones auditivas, en momentos de estrés, en forma de «voces» descalificadoras o críticas, pero breves y sin desarrollo delirante asociado como en el caso de la esquizofrenia. De igual forma, también pueden aparecer episódicamente fenómenos paranoides, despersonalizaciones y distintos tipos de fenómenos disociativos.

Diagnóstico

El DSM-5 describe 9 criterios de los que son necesarios 5 para establecer el diagnóstico, como se puede ver en la tabla 2.

Comorbilidad

El TLP presenta una elevada comorbilidad con trastornos afectivos, siendo así que en décadas pasadas se llegó a producir un debate, ya superado, sobre si el TLP debería ser considerado un trastorno afectivo.

TABLA 2

Criterios diagnósticos de trastorno límite de la personalidad según el DSM-5 (se exigen 5 criterios para el diagnóstico)

Espectro psicopatológico afectado	Criterios diagnósticos
Identidad	1. Alteración de la identidad, autoimagen o sentido de sí mismo inestable
Síntomas afectivos	2. Inestabilidad afectiva 3. Irritabilidad 4. Sensación de vacío
Síntomas impulsivos	5. Autolesiones o tentativas autolíticas 6. Trastornos de conducta potencialmente dañinos para sí mismos, (conducción temeraria, consumo de tóxicos, conductas sexuales de riesgo)
Problemas interpersonales	7. Relaciones inestables e intensas 8. Esfuerzos para evitar el abandono
Síntomas cognitivos	9. Síntomas disociativos o ideación paranoide transitoria

TABLA 3

Comorbilidad del trastorno límite de personalidad con otros trastornos psiquiátricos

Diagnóstico comórbido	Prevalencia estimada
Depresión mayor	35-85%
Trastorno distímico	25-65%
Trastorno por uso de sustancias y alcohol	20-65%
Trastorno de estrés postraumático	35-55%
Trastorno de pánico	30-50%
Trastornos de la conducta alimentaria	30-50%
Fobia social	25-50%

La presencia de comorbilidades se recoge en la tabla 3⁵.

De entre los trastornos comórbidos, merece especial atención clínica el de trastorno por uso de sustancias y alcohol, que obligaría a un abordaje específico, puesto que se ha comprobado que el mantenimiento en el consumo es un indicador muy potente de mal pronóstico en la evolución del TLP.

Tratamiento

El tratamiento del TLP es fundamentalmente psicológico, no existiendo ningún fármaco que haya demostrado utilidad alguna sobre el trastorno. El papel de los fármacos se limita a aspectos sintomáticos y, además, todas las guías clínicas tienen entre los objetivos de sus programas de tratamiento la reducción, si no la supresión, de los fármacos.

El tratamiento psicológico del TLP se estructura alrededor de programas de abordaje multiprofesionales que exigen de una integración y coordinación en los equipos.

En la actualidad, ya se dispone de programas de tratamiento con evidencia demostrada mediante ensayos clínicos aleatorizados, y secundariamente a ello se están desarrollando guías clínicas para el manejo de estos pacientes en contextos de salud pública^{6,7}, en los que quedan definidos los niveles de tratamiento y participación de cada profesional o dispositivo.

Podemos dividir los programas de tratamiento en dos tipos: aquellos gestionados por un psiquiatra «generalista» y

aquellos que precisan de un programa y un equipo especializado. En ambos casos, como ya hemos señalado, siempre exigirá de una coordinación y funcionamiento en equipo. Vaya por delante que ninguno de los tratamientos desarrollados hasta la fecha, ni generalistas ni especializados, ha mostrado superioridad frente a otro. No existen datos al respecto, pero la tendencia es a elegir un abordaje generalista o especializado (cuando hay disponibilidad, obviamente) en función de la gravedad del cuadro, de comorbilidades o complejidades, o de factores psicosociales, legales o de coordinación añadidos.

Podríamos definir como elementos, que no técnicas, comunes, a todos los abordajes terapéuticos eficaces de los TLP los siguientes:

1. Establecimiento de un clínico de referencia que gestiona el diagnóstico, progreso, seguridad y coordinación, y del equipo en el que se ubica este.
2. Realización de una formulación del caso y/o búsqueda de la implicación del paciente y la generación de la alianza terapéutica, como objetivo *per se*, para establecer consenso y acuerdo colaborativos sobre los objetivos de nuestra ayuda y la forma de conseguirlos.
3. Estructura de un encuadre bien delimitado en cuanto a objetivos, disponibilidad, límites de la terapia y establecimiento de un plan de crisis.
4. Separación de las consultas de gestión del caso (*Case management*) y asesoramiento (en cuestiones legales, sociales), de las de intervención psicoterapéutica.
5. Intervenciones psicológicas activas (redirectivas), de empatía y apoyo, comprometidas y sinceras, sin caer en el alarmismo, que generen autorreflexión.
6. Incentivar aumentar el capital social (red social), la ocupación del tiempo y el trabajo.

Programas para psiquiatras «generalistas»

Dirigido a profesionales genéricos de la salud mental que aplican un modelo ordenado de abordaje terapéutico sin haber recibido un entrenamiento extenso en ninguno de los tratamientos especializados, pero cuentan con una buena experiencia general de la gestión de riesgos, la evaluación urgente y la intervención en situaciones de crisis, y cuentan con un servicio clínico detrás que funciona de forma coordinada con ese plan de tratamiento.

Existen algunos manuales que recogen este tipo de guía de abordaje^{5,8,9}: *Structured Clinical Management (SCM)* de Bateman y Krawitz (2013); *Good Psychiatric Management (GPM)* de Gunderson y Links (2014); *General Psychiatric Care (GPC)* de Chanen y McCluchteon (2009); *Stepped Care for BPD (SC)* de Joel Paris (2017); *Integrated Modular Treatment (IMT)* de John Livesley (2016).

Programas de tratamientos especializados

Tradicionalmente se desarrollaron programas de tratamiento en regímenes de comunidad terapéutica y/o hospitales de día. En la actualidad, se tiende a programas ambulatorios intensivos que muestran similar eficacia que los programas de hospitalización, a la vez que reducen costes, aumentan la presión sobre los pacientes para mantener un alto grado de autoeficacia en su día a día en el afrontamiento de su malestar

y son más manejables para los profesionales, al reducir el estrés continuo que pueden generar los conflictos relacionales de estos pacientes en un régimen hospitalario.

Habitualmente consisten en un reparto de tareas entre los profesionales, con consultas de gestión del caso, sesiones semanales de terapia grupal y sesiones de psicoterapia individual. Tienen un tiempo definido (entre 20 sesiones y 2 años) y exigen de formación y capacitación específica. Los más destacados son¹⁰⁻¹²: Terapia dialéctico conductual (DBT) de M. Linehan (1993); Terapia basada en la mentalización (MBT) de Bateman y Fonagy (2003); Terapia focalizada en la transferencia (TFP) de Yeomans, Clarkin y Kernberg (2014); Terapia focalizada en esquemas (SFT) de Young, (1999) y Entrenamiento para la regulación emocional y la solución de problemas (STEPPS) de Blum (2002).

Aspectos terapéuticos especiales

Hospitalización aguda. No está indicado el ingreso agudo para el TLP, aunque excepcionalmente puede estar indicado en situaciones concretas para contener una escalada sintomatológica o para el abordaje de comorbilidades que así lo requieran (por ejemplo, desintoxicación). En cualquier caso, dicho ingreso tendrá bien definidos los objetivos y duración del mismo, y se encontrará encuadrado de forma explícita en el programa de tratamiento del paciente.

Formulación del caso. En las primeras entrevistas con el paciente, junto con el diagnóstico del caso, es recomendable establecer una formulación del caso conjuntamente con el paciente. En dicho planteamiento se acuerdan, de forma conjunta entre el profesional y el paciente, los objetivos del tratamiento, fomentando la implicación del paciente en el mismo y diseñando un plan terapéutico a medida y ajustado a la realidad personal y social del paciente.

Plan de crisis. Durante el diseño de la formulación del caso, se establece un plan de crisis donde queda explicitado a dónde, a qué y/o a quién puede recurrir el paciente en una situación de urgencia cuando no está disponible el terapeuta.

Equipos de tratamiento. La evidencia demuestra que no es recomendable tratar un trastorno de estas características de forma aislada, sin el apoyo de un equipo.

Un equipo de profesionales perfectamente definidos y un modelo de tratamiento común van a ser necesarios para el abordaje de estos trastornos.

Un equipo multiprofesional de estas características otorgará una elevada coherencia interna que aporta respuestas uniformes y claras al paciente, y permitirá el reparto de funciones necesario, a la vez que se autosupervisarán y establecerán apoyos en momentos de decisión o de crisis.

Los estudios muestran que, en ocasiones, los fracasos terapéuticos son debidos a aspectos relacionados con características de los equipos y/o de la gestión de los mismos¹³⁻¹⁵: aspectos institucionales (defectos en la planificación, cuestiones de soporte o cultura institucional); aspectos del equipo (resistencias al cambio, ausencia de liderazgo, problemas de comunicación, ausencia de supervisión); aspectos del

profesional (no selección del personal, no formación específica).

Pronóstico

En los últimos años, importantes estudios prospectivos¹⁶⁻¹⁸ han provocado un cambio en la percepción de la gravedad del trastorno, confirmándose que el pronóstico del TLP es, para sorpresa de muchos, bueno, cuando hasta hace pocos años se consideraba lo contrario. Esta falsa percepción de los clínicos (*clinician's illusion*)¹⁹ era debida al perfil de búsqueda de ayuda de estos pacientes, caracterizado por una demanda urgente y desbordante para el clínico, pero que después desaparecían de las consultas cuando se encontraban bien, manteniendo un seguimiento solo aquellos que no mejoraban, transmitiendo al clínico una percepción de gravedad y cronicidad²⁰.

En la historia natural de la enfermedad, cuando evoluciona favorablemente, se observa que la evolución de los síntomas no es paralela. La impulsividad remite pronto, pero otros síntomas como la inestabilidad afectiva son más lentos e incluso, aun habiendo remitido los síntomas, puede permanecer crónicamente un deterioro psicosocial, quedándose con un rendimiento funcional empobrecido (a nivel laboral, de parejas o en la crianza de hijos).

Respecto al riesgo de suicidio, el pronóstico a largo plazo se sitúa en torno a un 5-10% que contrasta con el síntoma de la suicidabilidad crónica de muchos de estos pacientes. Los jóvenes realizan más tentativas pero, sin embargo, la mayor letalidad se alcanza a los 38 años, sugiriendo una relación con aquellas evoluciones que no han sido favorables.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Los rasgos obsesivo-compulsivos de personalidad (ser perfeccionista, muy dedicado al trabajo, minucioso, perseverante y detallista, confiable y con fuertes principios morales, éticos y ciudadanos que rigen muchas de sus acciones, organizado y competente) son altamente valorados en las sociedades desarrolladas actuales, caracterizadas por una vida organizada, competitiva, previsora de riesgos y disciplinada, especialmente en organizaciones laborales. Estos rasgos son habitualmente egosintónicos para quien los presenta. Tal vez dediquen menos tiempo a las relaciones familiares, interpersonales o sociales, en general, pero suelen cuidar de que sus seres queridos tengan las necesidades básicas cubiertas, dedicando poco interés al ocio y descanso personal y mucho a la planificación, el orden, la clasificación y el almacenar objetos que, aunque muchas veces inútiles, creen que pueden llegar a necesitar algún día en el futuro²¹. No obstante, cuando las características de este estilo obsesivo-compulsivo se llevan al extremo, generan conductas desadaptativas que hacen que muchos de sus comportamientos se vuelvan ineficaces e ineficientes y perturben de forma importante el funcionamiento del individuo, tanto a nivel laboral (por su incapacidad para tomar decisiones

rápidas, establecer prioridades, ser flexible en la aplicación de las normas, respetar los estilos de trabajos de otros o para delegar responsabilidades) como en sus relaciones interpersonales y familiares (por sus dificultades para la cercanía e intimidad emocional, para relajarse y disfrutar de actividades placenteras o por su tendencia exagerada al control en detalles de la convivencia cotidiana como la limpieza, el orden, la puntualidad o el dinero). Entonces estaríamos hablando ya de un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP), según terminología del DSM-5¹, o trastorno anancástico de la personalidad (TAP), según la CIE-10². El TOCP, definido según criterios DSM-5¹, es «un patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal a expensas de un funcionamiento personal flexible, espontáneo y eficiente», que comienza en los primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro o más de los hechos recogidos en la tabla 4 (en donde se comparan los criterios diagnósticos DSM-5 y CIE-10).

Clasificación

La aproximación diagnóstica manejada en el DSM-IV, DSM-5 y la CIE-10 es de tipo categorial, conceptualizando cada uno de los TP descritos como entidades clínicas cualitativamente diferenciadas e identificables. En el DSM-5 se ha individualizado de forma novedosa un bloque diagnóstico denominado «TOC y trastornos relacionados» (en las anteriores versiones del DSM-IV, el TOC formaba parte de los

TABLA 4
Resumen comparativo de los criterios DSM-5 y CIE-10 de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP)/trastorno anancástico de la personalidad (TAP)

TOCP en el DSM-5 (4 o más de los siguientes hechos)	TAP en la CIE-10 (3 o más de los siguientes hechos)
Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad	Preocupación excesiva por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios
Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas	Perfeccionismo, que interfiere con la actividad práctica
Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y amistad (que no se explica por una necesidad económica manifiesta)	Rectitud y escrupulosidad excesivas, junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales
Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa)	Pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones
Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles, aunque no tengan un valor sentimental	Falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas que reflejan una profunda inseguridad personal
Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas	Insistencia poco razonable a que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonable a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer
Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que ha de acumular para catástrofes futuras	La irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos
Muestra rigidez y obstinación	Rigidez y obstinación

«trastornos de ansiedad»), en el cual se han agrupado diversos trastornos del espectro obsesivo-compulsivo: el TOC, el trastorno dismórfico corporal (TDC), el trastorno de acumulación, la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el trastorno de excoiación (rascarse la piel), el TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos, el TOC y trastornos relacionados debido a otra afección médica y otro TOC y trastornos relacionados especificados (por ejemplo, el TDC con imperfecciones reales, el TDC sin comportamientos repetitivos, los trastornos de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, los celos obsesivos o diversos cuadros culturales como son el *shubo-kyofu* (miedo excesivo a tener una deformidad corporal), el *koro* (episodio súbito de ansiedad intensa de que el pene, o la vulva y los pezones en las mujeres, se retraerá en el cuerpo y posiblemente causará la muerte) o el *jiko-shu-kyofu* (miedo a tener un olor corporal desagradable, también denominado síndrome de referencia olfatorio) y el TOC y trastornos relacionados no especificados).

El TOCP sigue, sin embargo, incluyéndose en el DSM-5 en el apartado de los «trastornos de la personalidad» y, más en concreto, en el Grupo C de los temerosos, junto al TP por evitación y el TP por dependencia, lo cual sigue generando controversia, ya que existen numerosos datos y autores que defienden la inclusión del TOCP en el grupo del espectro obsesivo del TOC y otros trastornos relacionados²².

Etiopatogenia

Los estudios genéticos, incluyendo estudios de gemelos, sugieren un alto nivel de heredabilidad para el TOCP y que existe un mecanismo genético compartido entre los síntomas obsesivo-compulsivos y los rasgos de personalidad propios del TOCP²². Así, se detecta una mayor frecuencia de rasgos obsesivos de personalidad en familiares de pacientes con TOC, incluyendo aquellos con tics y TOC²³.

Tras las iniciales teorías psicoanalíticas que hipotetizaban sobre el origen del TOCP en la etapa anal del desarrollo (1 a 3 años) y en una inadecuada educación del control de esfínteres, que hay que contextualizar en las prácticas educativas y culturales del momento²⁴, hay pocos autores que hayan examinado el papel de los factores ambientales en el desarrollo del TOCP. En estudios comparativos entre sujetos sanos y otros pacientes psiquiátricos no hospitalizados, los pacientes con TOCP (al igual que los pacientes con TOC) referían niveles de cuidado parental significativamente inferiores y más altos indicadores de sobrecontrol parental (actitud parental de firmeza y represión donde el tutor, a pesar de ser un buen cuidador, resulta demasiado punitivo e inflexible con el niño), de comportamiento compulsivo aprendido por miedo a las represalias parentales (o sea, aprendiendo a ser más obediente por refuerzo negativo) o por aprendizaje vicario (observando las conductas perfeccionistas, meticulosas, ordenadas, detallistas de los padres y mimetizándolas) y de aprendizaje del cumplimiento estricto de las obligaciones^{25,26}.

Epidemiología

Según la definición que manejemos de TOCP, las cifras de prevalencia estimadas en la población general se sitúan entre el 2,1 y el 7,9%^{1,22}, considerándose el TP más prevalente en pacientes psiquiátricos no hospitalizados, aunque este trastorno ha sido poco investigado y está infradiagnosticado^{1,22}. Es más prevalente en hombres que en mujeres, en proporción de 2 a 1, y puede darse con más frecuencia en los primogénitos y en profesiones que requieren perseverancia y atención a los detalles²¹. Estudios en médicos sugieren que ciertas características obsesivo-compulsivas contribuyen significativamente al éxito profesional²⁷.

Manifestaciones clínicas

Las personas con TOCP son altamente normativas, perseverantes y parsimoniosas, están muy preocupadas por el perfeccionismo y por los rendimientos, necesitan orden, limpieza y meticulosidad, y tienden a dudar sistemáticamente, por lo que recurren a continuas repeticiones y comprobaciones. Presentan un estilo de pensamiento extremadamente rígido, con una atención intensa y centrada en detalles específicos de una situación concreta más que en captar los aspectos más globales de las cosas. Asimismo, les caracteriza estar absorbidos intensamente en aspectos rutinarios o en actividades técnicas, tanto en el trabajo como fuera de él, permitiéndose muy raramente relajarse con actividades placenteras, ni siquiera cuando hacen un viaje de ocio o están de vacaciones, momentos en los que siguen programando minuciosamente los presupuestos, horarios y actividades, y se molestan si algo altera su planificación. La atención que prestan a los detalles y su preocupación por cosas que no solamente parecen improbables sino que a menudo son absurdas no raramente les generan estrés²². A pesar de sus planes, listas y programaciones, las personas con TOCP no consiguen una adecuada sensación de seguridad, ya que no toleran la menor incertidumbre y siempre especulan con posibilidades catastróficas o con imprevistos, por lo que viven atemorizadas y a la defensiva²⁸. Asimismo, son muy respetuosos con el orden social y cumplen escrupulosamente las normas sociales, y pocas veces experimentan estados placenteros. Rehúyen el conflicto y evitan cualquier tensión interpersonal que pueda sumarse a la ansiedad derivada de sus constantes incertidumbres. Además, especulan en lugar de actuar y se privan de los efectos adaptativos y homeostáticos de la acción, que tiende a estar inhibida como en los restantes trastornos del grupo C²⁸.

Historia natural

Varios estudios de seguimiento han mostrado una ausencia de estabilidad de los signos y síntomas de TOCP, lo que ha llevado a cuestionarse su inclusión en el grupo de los TP²². Los criterios más estables (como el perfeccionismo, la resistencia a delegar o la rigidez) parecen ser más bien rasgos caracteriales (ligados a factores genéticos y biológicos), mientras que los menos estables (como la avaricia) podrían

ser considerados como conductas sintomáticas intermitentemente expresadas en función de las circunstancias vitales, aprendizajes y elementos de la cultura (y, por ello, más influenciados por intervenciones psicosociales)²⁹.

Se han observado similitudes entre el curso vital del TOCP y el TOC, en cuanto al comienzo relativamente precoz en la vida³⁰ y su curso crónico y fluctuante³¹.

Comparado con otros TP, el TOCP se asocia a menor deterioro funcional³². Estos individuos suelen ser buenos compañeros de pareja, siendo fieles, responsables y cuidadores de sus parejas, aunque lo hacen de manera poco romántica y manifiestan poco sus emociones, pudiendo llegar a hacer complicada la convivencia si los síntomas son extremos. Debido a sus reservas emocionales, hacen buena pareja con personas de tipo histriónico, el más efusivo de todos los TP, que les hacen sentirse más activos y vivos, a cambio de darles estabilidad a estos²¹.

Aunque la prevalencia del TOCP es elevada en pacientes con TOC, la mayoría de los pacientes con TOC no cumplen criterios diagnósticos de TOCP^{1,22,33}. Psicopatológicamente se ha descrito la estrecha relación del TOCP con el TOC y el resto de los trastornos del espectro obsesivo²². El TOCP es altamente comórbido con otros trastornos psiquiátricos, en especial con aquellos caracterizados por conductas compulsivas, como son el TOC, el TDC y los trastornos de la conducta alimentaria²².

Complicaciones

El TOCP se asocia a una gran autoexigencia y autodisciplina, rigiéndose por el intelecto y no por las emociones, soliendo ser personas reservadas y poco dadas a expresarse emocionalmente. Por todo ello, cuando su comportamiento se acerca al patrón tipo A de personalidad (descrita por los cardiólogos Friedman y Rosenman en los años 50 como un conjunto de respuestas al estrés como la competitividad, la sensación de urgencia constante y la hostilidad)³⁴ son muy propensos al estrés y a desarrollar trastornos psicósomáticos (migrañas, cefaleas, úlceras, problemas neuromusculares) y a sufrir enfermedades cardiovasculares cuando se asocian a otros factores de riesgo como la hipertensión²¹.

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos del TOCP en el DSM-IV y DSM-5 son muy similares a los recogidos en la CIE-10 para el TAP, requiriéndose al menos cuatro criterios en la DSM-5 y al menos tres en la CIE-10 (tabla 4). El manual DSM-5 incluye dos ítems sobre conductas no recogidas en la CIE-10: la dificultad para tirar objetos inútiles sin carga sentimental (conducta de acaparamiento *-hoarding-*) y la avaricia. La CIE-10 incluye dos ítems sobre pensamientos intrusivos y sobre dudas, ítems que no recogen la quinta versión de la DSM. Algunos autores han criticado que estos ítems pueden conducir a dificultades de solapamiento con los trastornos de ansiedad y el TOC, por lo cual se ha propuesto la exclusión de estos ítems en la futura reformulación del TOCP en la CIE-11²².

Diagnóstico diferencial

La diferencia más importante entre el TOCP y el TOC es que, en este último, se observan verdaderas ideas obsesivas y compulsiones que no son frecuentes en el TOCP. Hay que tener en cuenta el diagnóstico de TOC o el de trastorno de acumulación, especialmente cuando la tendencia a guardar objetos sea importante. Si se cumplen criterios para ambos trastornos, se diagnostican los dos¹.

Los sujetos con trastorno de la personalidad narcisista (TPN) también presentan tendencia al perfeccionismo y a creer que los demás no hacen las cosas tan bien como ellos, pero son más propensos a estar convencidos de que son realmente perfectos, mientras que quienes tienen un TOCP suelen ser autocríticos, dudando continuamente de la perfección de su trabajo o sus logros. Los sujetos con TPN o TP antisocial carecen de generosidad con los demás, pero se miman a sí mismos, mientras que los que tienen un TOCP presentan un estilo avaro en el uso del dinero y los gastos, tanto para ellos mismos como para los demás. Tanto el TOCP como el TP esquizoide pueden reconocerse por una aparente formalidad y distanciamiento social: en el primero esta conducta se basa en el malestar emocional y la excesiva dedicación al trabajo, mientras que en el esquizoide existe principalmente una falta de capacidad y desinterés para la intimidad, incluido el formar parte de una familia¹.

EL TOCP debe diferenciarse de un cambio de personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos surgen como un efecto directo de la enfermedad neurológica, infecciosa, autoinmune u otra². También debe distinguirse de los síntomas que pueden aparecer en asociación con el consumo de sustancias, como la cocaína o medicamentos¹.

Finalmente, debemos distinguir el TOCP de los rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad, egosintónicos y muy comunes y valorados en las sociedades occidentales. Solo cuando estos se convierten en inflexibles, desadaptativos y persistentes, lo cual ocasiona deterioro funcional significativo o sensaciones egodistónicas, debe diagnosticarse TOCP¹.

Tratamiento

Desde los clásicos estudios de Beck y Freeman se ha propuesto y practicado la terapia cognitivo-conductual como una de las de mayor utilidad, probada para tratar de mejorar los comportamientos desadaptativos, la falta de habilidades para dar prioridades, para manejar el tiempo, para solucionar problemas y corregir distorsiones cognitivas en el TOCP³⁵. Otros objetivos de los programas psicoterapéuticos con estos pacientes son aprender a delegar tareas en otras personas, evitar revisar la misma tarea continuamente y dedicar tiempo al ocio y al descanso, dándole la misma prioridad que a las actividades laborales, entre otros²¹. Cuando se detectan conflictos intrapsíquicos, biográficos familiares no resueltos o hipertrofia de los mecanismos de defensa y adaptación propios del carácter obsesivo (aislamiento afectivo, el no hacer por la duda, la hiperracionalización, moralización, comparti-

mentalización e intelectualización, el desplazamiento o formación reactiva, entre otros) que acaban siendo disfuncionales y empobrecedores de la vida personal y relacional pueden estar indicadas terapias sistémicas u otras de orientación dinámica^{24,36}.

A diferencia del nivel de evidencia, Ia acumulada en el tratamiento psicofarmacológico del TOC que confirma la utilidad antiobsesiva de dosis altas de fármacos antidepressivos (tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina –ISRS–, duales y otros) (grado de recomendación A)³⁷, no existen ensayos clínicos aleatorizados amplios que hayan evaluado el papel de los psicofármacos en el TOCP^{22,37}. No obstante, algunos estudios con muestras pequeñas y observaciones clínicas defienden la utilidad de los ISRS en el TOCP^{22,38} para los rasgos caracteriales obsesivos, y más aún si hay depresión asociada (nivel evidencia IIb; grado de recomendación B), en terapia combinada con el abordaje psicoterapéutico, como es habitual en el resto de TP³⁷.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

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. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ª ed. (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. Versión en español: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. 5ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
2. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines [internet]. [consultado 28 febrero 2018] Ginebra: WHO; 1992. Disponible en: <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>. Versión en español: Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª ed. Madrid: Meditor; 1992.
3. Livesley JW, Larstone R. Handbook of personality disorders. Theory, research and treatment. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2018.
4. Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. The American Psychiatric publishing textbook of personality disorders. Washington: American Psychiatric Publishing; 2014.
5. Bateman AW, Krawitz R. Borderline personality disorder. An evidence based guide for generalist mental health professionals. Oxford: Oxford University Press; 2013.
6. NICE Borderline personality disorder: recognition and management. (CG78). NICE Clinical guideline; 2009. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>.
7. National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.
8. Gunderson JG, Links P. Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
9. Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF. Integrated treatment for personality disorder. A modular approach. New York: The Guilford Press; 2016.
10. Linehan M. DBT skills training manual. New York: The Guilford Press. 1993.
11. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2016.
12. Yeomans FE, Clarkin EJ, Kernberg OF. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: a clinical guide. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
13. Hutsebaut J, Bales DL, Busschbach JJV, Verheul R. The implementation of mentalization-based treatment for adolescents: a case study from an organizational, team and therapist perspective. *Int J Ment Health Syst.* 2012;6:10.
14. Bales D, Van Beek N, Smits M, Willemsen S, Busschbach JJ, Verheul R, et al. Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in The Netherlands. *J Pers Disord.* 2012;26,4:568-82.
15. Bales D, Timman R, Andrea H, Busschbach JJ, Verheul R, Kamphuis JH. Effectiveness of day hospital mentalization-based treatment for patients with severe borderline personality disorder: a matched control study. *Clin Psychol Psychother.* 2015;22(5):409-17.
16. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea T. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(8):827-37.
17. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich B, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2012;169(5):476-83.
18. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM. Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Am J Psychiatry.* 2016;173(7):688-94.
19. Cohen J, Cohen J. The clinician's illusion. *Arch Gen Psychiatry.* 1984;41(12):1178-82.
20. Paris J. Stepped care for borderline personality disorder. Making treatment brief, effective and accessible. London: Academic Press; 2017.
21. Caballo VE, López-Gollonet C, Bautista R. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. En: Caballo VE, coordinador. Manual de los trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Syntesis; 2004. p. 231-47.
22. Fineberg NA, Reghunandan S, Kollí S, Atmaca M. Obsessive-compulsive (anankastic) personality disorder: toward the ICD-11 classification. *Rev Brasileira Psiqu.* 2014;36:40-50.
23. Taylor S, Asmundson GJ, Jang KL. Etiology of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive traits: common genes, mostly different environments. *Depress Anxiety.* 2011;28:863-9.
24. McWilliams N. Psychoanalytic diagnostic. Understanding personality structure in the clinical process. New York: The Guilford Press; 2011.
25. Lennetz L, Grabe HJ, Ruhmann, Rampacher F, Vogetley A, Schulze-Rauschenbach S, et al. Perceived parenteral rearing in subjects with obsessive-compulsive disorder and their siblings. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;121:280-88.
26. Yoshida T, Taga C, Matsumoto Y, Fukuy K. Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;59:533-8.
27. Gabbard GO. The role of compulsiveness in the normal physician. *JAMA.* 1985;254:2926-9.
28. Valdés M. Trastornos de la personalidad. En: Vallejo J, editor. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 541-50.
29. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, et al. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry.* 2005;162:883-9.
30. Hayman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Br J Psychiatry.* 2001;179:324-9.

31. Tükel R, Oflaz SB, Ozyildirim I, Asiantas B, Ertekin E, Sözen A, et al. Comparison of clinical characteristics in episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2007;24:251-5.
32. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2002;159:276-83.
33. Mancebo MC, Eisen JL, Grant JE, Rasmussen SA. Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: characteristics, diagnostic difficulties and treatment. *Ann Clin Psychiatry*. 2005;17:197-204.
34. Rosenman R, Friedman M. Modifying type a behavior pattern. *J Psychosom Res*. 1977;21(4):323-31.
35. Beck AT, Freeman A. *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 1995.
36. Gabbard GO. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2002.
37. Vallejo J, Alonso MP, Vallejo G, Menchón. Trastorno obsesivo de la personalidad. En: Roca M, coordinador. *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 627-58.
38. Ekselius L, Von Knorring L. Changes in personality traits during treatment with sertraline or citalopram. *Br J Psychiatry*. 1999;174:444-8.

