

M. Real-López<sup>1,2</sup>, S. Noroze-Gallego<sup>3</sup>,  
M. Espinosa-Mata<sup>1,2</sup>, C. Agüero-Ramón-Llin<sup>3</sup>,  
J. Iglesias-Barrachina<sup>3</sup>, C. Ramos-Vidal<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

<sup>2</sup>Universitat Jaume I, Castellón

<sup>3</sup>Unidad de Salud Mental Infantil. Hospital General de Castellón

**Correspondencia:**

Matias Real-López  
mreal@uji.es

*Aplicación del modelo alternativo de diagnóstico de Trastorno de la Personalidad DSM-5 para valorar la evolución de una paciente adolescente*

*Application of the alternative model of DSM-5 Personality Disorder to assess the evolution of an adolescent patient*

**RESUMEN**

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su Sección III, presenta un modelo alternativo para el diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad que intenta eliminar algunos de los problemas que aparecen con el modelo oficial presentado en la sección II del manual. Es de considerable interés la posibilidad que ofrece este modelo, cuyos ejes son el funcionamiento de la personalidad y los rasgos de la personalidad, de poder caracterizar con precisión a un paciente que cumple criterios de varios trastornos de la personalidad o no cumple criterios de uno concreto. También se contempla la posibilidad de utilizarlo como herramienta para la valoración de la funcionalidad de un paciente y el diseño de un plan terapéutico en función de su personalidad. En este artículo se presenta a una paciente con alteraciones del comportamiento, se caracteriza su personalidad según este modelo y se observa su evolución.

**Palabras clave:** Adolescentes, Trastornos de Personalidad, DSM-5, Hospitales de Día.

**ABSTRACT**

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, presents in its Section III an

alternative model for diagnosing Personality Disorders, which tries to amend some of the problems of the official model, included in Section II. Is it of remarkable interest the possibility that this model, whose main axes are the personality functioning and the personality traits, brings us of being able to characterize with precision a patient that meets criteria of more than one personality disorders or does not fully meet criteria for a single one.

The possibility of using it as a tool to evaluate the functioning of a patient and designing a specific treatment plan according to his or her personality is also contemplated. In this article is present a patient whose behaviour is altered, her personality is characterised according to this model and he evolution is observed.

**Keywords:** Adolescent, Personality Disorders, DSM-5, Child Day Care Centers.

**INTRODUCCIÓN**

Tradicionalmente se ha considerado que el diagnóstico de Trastorno de Personalidad (TP) se debe realizar a partir de los 18 años de edad, ya que antes de la edad adulta la personalidad del sujeto no estaría plenamente desarrollada, con lo que no se cumpliría el criterio de estabilidad en el tiempo requerido para el diagnóstico de TP. No obstante, tanto el actual DSM-5 como su anterior

edición (DSM-IV-TR) contemplan la posibilidad de realizar un diagnóstico en la adolescencia en casos que presenten una clínica muy evidente (1,2). Aunque existen evidencias de que realizar dicho diagnóstico es fiable, su utilidad clínica continúa siendo motivo de debate, debido a que la adolescencia es una etapa en la que se suceden marcados cambios de personalidad y de conducta (3,4,5).

El DSM-5, en su Sección III, presenta un modelo alternativo al actualmente oficial (presentado en la Sección II) de caracterización de TP, estando dicho modelo alternativo basado en dos ejes: Las Áreas de Funcionamiento de la Personalidad y los Rasgos de Personalidad. Las Áreas de Funcionamiento de la Personalidad son la Personal (cuyos elementos a valorar son Identidad y Autodirección) e Interpersonal (cuyos elementos a valorar son Empatía e Intimidación). Cada uno de estos elementos recibe un valor según su afectación de 0 (ninguna afectación) a 4 (afectación extrema). Los Rasgos se dividen en 5 dominios (Afectividad Negativa, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo) y se clasifican según su presencia o ausencia. Hay Rasgos que pertenecen a más de un Dominio. Siguiendo este modelo, se puede establecer un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Especificado por Rasgos cuando se considere que el paciente cumple criterios de TP, pero o bien no cumpla los criterios de un TP específicos y se desee acotar más el diagnóstico que simplemente el de Trastorno de Personalidad No Especificado o bien cumple criterios de varios Trastornos de Personalidad específicos.

**Figura 1:** Criterios diagnósticos de Trastorno de Personalidad según el modelo presentado en la Sección III. En negrita, los criterios A y B que hacen referencia a las áreas de funcionamiento de la personalidad y rasgos de personalidad patológicos, puntos ambos que constituyen el mayor cambio del modelo alternativo, en los cuales profundizamos a lo largo del artículo.

Además de como herramienta diagnóstica, se postula que este modelo de diagnóstico puede tener utilidad clínica para caracterizar la personalidad del paciente y su funcionamiento así como planificar su tratamiento en función de las áreas de personalidad más afectadas y controlar su evolución (1).

Presentamos el caso de una paciente con alteraciones de cuya personalidad es caracterizada según este modelo.

## CASO CLÍNICO

### Motivo de consulta:

Mujer de 14 años que, tras acudir en repetidas ocasiones al servicio de Urgencias de Salud mental, es derivada a Unidad de Salud Mental Infantojuvenil por alteraciones de conducta y rasgos disfuncionales de personalidad.

### Antecedentes personales:

Embarazo controlado sin alteraciones reseñables, parto eutócico a los 9 meses, no instrumental. Desarrollo psicomotor normal. Acude a guardería. Posteriormente inicia educación primaria, bien adaptada tanto social como académicamente. Inicia conservatorio, toca la viola. Deportista de marcha atlética a nivel de competición. A los 10 años ingresa en un centro de alto rendimiento para deportistas. Allí sufre acoso escolar por parte de unas compañeras, desarrollando inseguridad sobre su imagen corporal. Comienza a provocarse el vómito, por lo que es derivada a Salud Mental, donde recibe asistencia psicológica durante 6 meses. Cuando se le recomienda el cambio de instituto, los padres se niegan aduciendo que no hay plazas en el centro en el que ellos desean que se incorpore y piden el alta voluntaria por mejoría, manteniendo a la niña en el entorno escolar donde estaba siendo acosada. No vuelve a tener contactos con Salud Mental hasta el episodio actual.

Figura 1. Criterios diagnósticos de trastorno de personalidad en Sección III del DSM-5

#### **Criterios generales del trastorno de la personalidad.**

- A. Dificultad moderada o grave en el funcionamiento de la personalidad (auto/inter personal).**
- B. Uno o más rasgos psicológicos de personalidad.**
- C. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo son relativamente inflexibles y se extienden a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- D. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo son relativamente estables a través del tiempo, y se inician al menos al menos en la adolescencia o en la edad adulta temprana.
- E. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no se explican mejor por otro trastorno mental.
- F. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no son exclusivamente atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica (p.ej., un traumatismo craneoencefálico grave).
- G. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de la personalidad del individuo no se conciben como normales para la etapa de desarrollo de la persona o para su contexto sociocultural.

**Antecedentes familiares:**

Hija única. Buena relación con ambos progenitores durante la infancia, muy apegada a su madre. Abuela materna con posible Trastorno de Personalidad. Madre muestra rasgos narcisistas, en seguimiento por Salud Mental por la ansiedad que le produce la actitud de su hija, irregular en visitas de seguimiento y cumplimentación terapéutica.

**Episodio actual:**

La paciente es traída a urgencias por cuarta vez en el mismo mes. Según explica el padre, que la acompaña, su hija presenta un absentismo casi total desde el inicio del curso, ha comenzado a consumir tabaco y cannabis, se relaciona con delincuentes juveniles y no respeta las normas que establecen los padres, fugándose del domicilio cuando le imponen castigos. Según explica el padre, han solicitado ayuda a servicios sociales dado que se ven desbordados por la situación. En una visita anterior al servicio se estableció tratamiento farmacológico (Fluoxetina 20mg/24h y Quetiapina 25mg/24h) con escasa respuesta. Traen de nuevo a la paciente a urgencias porque se ha fugado durante todo el fin de semana y presenta signos de intoxicación por sustancias.

**Exploración psicopatológica:**

En la primera entrevista, consciente, orientada, colaboradora. Abordable, pero responde con indiferencia a las preguntas planteadas. Aspecto descuidado. Presenta ánimo depresivo. Discurso enlentecido, coherente, explicando que es conocedora de lo disruptivo de sus conductas y de cómo podría cambiarlas, pero que no se encuentra motivada para ello. Niega ideación autolítica ni deseos de heteroagresividad. En el pasado se ha practicado autolesiones (unos pocos cortes superficiales en antebrazo), refiere que hace un mes que no se los provoca. Consume regularmente cannabis y tabaco, y alcohol ocasionalmente. Patrón de alimentación y de sueño errático y caprichoso. Se decide derivar a Salud Mental Infantojuvenil de forma preferente, estableciendo un diagnóstico provisional de Trastorno de Conducta No Especificado.

**Evolución:**

Durante la asistencia ambulatoria, la paciente se muestra abordable, vinculándose adecuadamente con los profesionales. Abordamos el origen de la clínica

actual. Explica que en el verano previo al inicio de la clínica descubre a una amiga con una intoxicación etílica y comienza a pasar tiempo con ella para intentar influir positivamente en ella, explicando que, en su lugar, ella se ha visto influida negativamente por su amiga.

Cuando se explora la dinámica familiar, se evidencia una gran disfuncionalidad. La paciente y su madre presentan una relación fusionada/conflictiva, rivalizando en muchas facetas de la vida tales como la atención del padre, el aspecto físico, etc. La madre acusa a la paciente de ser la causante de los problemas de pareja que existen entre los padres, y utiliza confidencias que le realiza su hija en los momentos en los que hay buena relación para descalificarla posteriormente. Las intervenciones y entrevistas que se pueden realizar con ella son mínimas ya que explica que sus estudios le quitan mucho tiempo.

El padre realiza un papel de juez entre las discusiones de madre e hija, tomando habitualmente partido por una, lo que desemboca en enfados y descalificaciones por parte de la otra. Alterna adecuada supervisión de la paciente con indiferencia, en ocasiones levantando castigos, habitualmente desproporcionados, de la paciente o fingiendo no darse cuenta de cuando la paciente se los salta, a escondidas de la madre.

En sucesivas entrevistas se realiza reestructuración cognitiva a la paciente y se reajusta el tratamiento farmacológico (Fluoxetina 20mg/24h, Aripiprazol 10mg/24h, Trazodona 100mg/24 horas) que, junto con la asistencia del Servicio de Atención a la Familia, producen una mejoría parcial de la conducta de la paciente, así como de su clínica depresiva. No obstante la dinámica familiar sigue estando alterada y se mantiene el consumo de estupefacientes. Se presenta el caso al Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia y la paciente pasa a cargo de Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ).

En el momento de su ingreso se pasan los test TAMAI (Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil) (6), que mide la adaptación del paciente a distintos entornos, y el MACI (Inventario Clínico para Adolescentes de Millon) (7), que evalúa patrones de personalidad y sintomatología en adolescentes. Ambos tests han demostrado utilidad para definir la personalidad del paciente y planificar el tratamiento, así como sensibilidad al cambio terapéutico del paciente (8,9). El TAMAI indica unos percentiles elevados en inadaptación personal, insatisfacción con el ambiente familiar,

percepción de educación inadecuada por parte de la madre y discrepancia educativa entre ambos padres, así como en la escala de tendencia de respuesta, contradicciones. También existen ítems aislados de inadaptación social. En el MACI destaca la inclinación al abuso de sustancias y predisposición a la delincuencia, encontrándose también percentiles altos en rebeldía, tendencia límite, difusión de la identidad, insensibilidad social, discordancia familiar y propensión a la impulsividad.

Inicialmente la paciente se muestra hiperalerta durante su estancia en HDIJ, posteriormente se adapta bien a las actividades, participando activamente en terapias grupales y resolviendo conflictos con compañeros de forma adecuada. Vulnera frecuentemente las normas de vestuario, no protestando cuando se le corrige. En casa continua el descuido de higiene, presentando una infestación de piojos que se prolonga durante varios meses. Continúa mostrando baja tolerancia a la frustración, presentando ocasionalmente autolesiones y fugas del domicilio cuando se le castiga o se impone una norma con la que no está de acuerdo. Se consigue una mejoría parcial, aunque notable de estas conductas. Asimismo, se consigue que la paciente abandone el cannabis, negativizándose los controles en orina.

La intervención a nivel familiar es dificultosa. En el nivel de desbordamiento actual, los padres no son capaces de distinguir las preocupaciones adecuadas sobre las conductas de la paciente (como el consumo de sustancias o el inicio de relaciones sexuales) de las banales, otorgándoles a todas el mismo nivel de importancia, que alterna entre la sobreimplicación y la indiferencia. En una ocasión en que la paciente no acude a HDIJ y los padres afirman que no está en casa se recurre a la Policía Local para que localicen a la paciente, hecho frente al cual lo padres protestan. No obstante reconocen los progresos que está realizando su hija.

La paciente mantiene una evolución favorable. Hacia el final de su estancia, que coincide con el inicio del siguiente curso escolar, se propone un instituto con adaptación al nivel académico de la paciente, lo que provoca conflicto con los padres, especialmente la madre, ya que considera que no es adecuado que le adapten el nivel académico, aunque finalmente aceptan el plan propuesto, por lo que se procede al alta de la paciente. En el momento del alta se repite la realización del TAMAI y el MACI. En el TAMAI se observa una mejora de la adaptación general y personal, así como mejor satisfacción con el ambiente

familiar, discrepancia educativa y educación de la madre. Se observa que los ítems aislados de inadaptación social se han modificado y han aparecido nuevos ítems de inadaptación escolar, probablemente debidos al aumento de asistencia a clases y socialización que ha tenido la paciente durante su estancia. En el MACI el cambio más destacable es el aumento de los percentiles en Deseabilidad e Histriónismo, probablemente afectados por la vinculación de la paciente al dispositivo y la disminución de la insensibilidad social. El resto de ítems, con leves variaciones, son muy similares al test realizado al ingreso.

## **DISCUSIÓN**

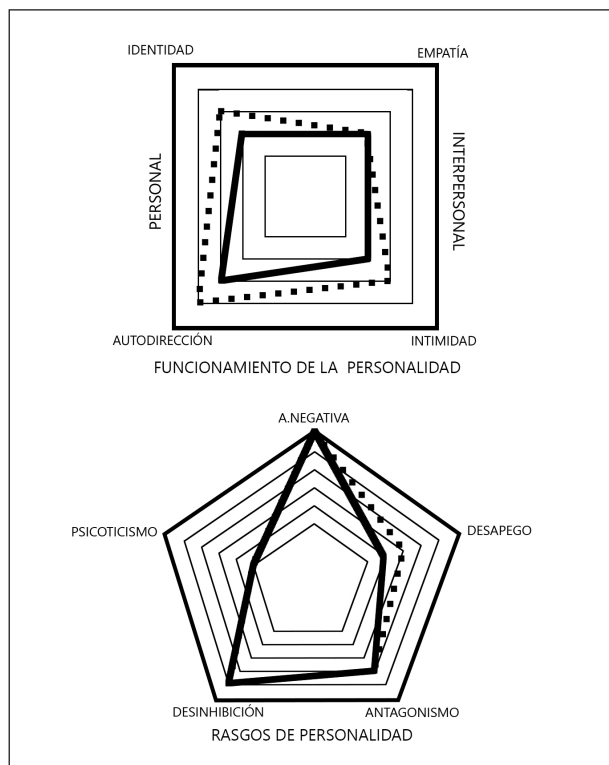
Cuando analizamos la personalidad de la paciente en el momento inicial según el modelo alternativo para el diagnóstico de Trastornos de la Personalidad que nos ofrece el DSM-5 se evidencia que, a nivel de Funcionamiento de la Personalidad, la esfera Personal es la más afectada, presentando en el área de Identidad un nivel de afectación 2 (afectación moderada) y en la de Autodirección un grado 3 (afectación severa). En la esfera interpersonal presenta una afectación en Empatía de grado 1 (afectación leve) y en Intimidad un grado 2 (Afectación moderada).

A nivel de rasgos de personalidad los dominios más claramente afectados son Afectividad negativa, en el que la paciente presenta 5 rasgos (Inestabilidad emocional, Inseguridad de Separación, Hostilidad, Perseverancia y Depresión), y desinhibición, presentando 4 (Irresponsabilidad, Impulsividad, Distraibilidad, Asunción de Riesgos). En menor medida están afectados los dominios de Desapego, con 2 rasgos (Depresión, Suspiciousidad), y Antagonismo con 3 (Falsedad, Búsqueda de Atención, Hostilidad). No presenta ningún rasgo asociado al dominio Psicoticismo.

Para facilitar el análisis del caso se realiza una representación gráfica de la personalidad del paciente (Figura 2). La mayor parte de la terapia individualizada con la paciente se centra en las áreas de funcionamiento más afectadas, fomentando el proceso reflexivo de pensamiento así como la necesidad de aprobación para mantener su autoconcepto. Adicionalmente a las terapias individualizadas se realizan terapias de grupo, así como talleres educativos, que forman parte del programa en el tratamiento de Hospital de Día Infante-Juvenil. La paciente y su familia reciben también tratamiento por el

Servicio de Atención a la Familia y la Infancia.

En el momento en el que se reevalúa la personalidad de la paciente, tras 8 meses de tratamiento, observamos que a nivel de Funcionamiento de la Personalidad han disminuido las puntuaciones tanto en el área Personal como Interpersonal. En el área personal la Identidad tiene una afectación de grado 1 (leve), y Autodirección afectación de 2 (moderada). En la Interpersonal, tanto Empatía como Intimidad presentan afectación de grado 1 (leve).



**Figura 2:** Representación gráfica de las áreas de funcionamiento de la personalidad (Cuadrado) y Rasgos de personalidad (Pentágono), al inicio del seguimiento (línea discontinua) y en la evaluación final realizada antes del envío del artículo (línea continua). Las áreas de funcionamiento se califican según la escala de gravedad de la sección III, de 0 a 4. Los rasgos se califican según el número de rasgos presentes a nivel clínicamente significativo en cada dominio. Como podemos observar, los rasgos se modifican notablemente menos que el

funcionamiento de la personalidad con el inicio del tratamiento, lo que es consistente con la permanencia (relativa) en el tiempo y en distinta variedad de situaciones de un rasgo de personalidad.

Los rasgos de personalidad, que por definición son estables a medio-largo plazo, se ven menos modificados por el tratamiento. Aún así se observa una atenuación de los rasgos de Hostilidad, Falsedad y Depresión, reconducción de Búsqueda de atención, buscando dicha atención por acciones positivas en lugar de provocarla con conductas disruptivas, y desaparición del rasgo Suspicious (lo que lleva a pensar que, más que un rasgo inherente de su personalidad, era un mecanismo de afrontamiento inadecuado producto de las circunstancias de la paciente).

Estos resultados son muy similares a los obtenidos en los test realizados al ingreso y al alta, que muestran una evolución favorable de la adaptación y la conducta, mostrando menos variaciones a nivel de la personalidad.

## CONCLUSIÓN

La caracterización de la personalidad usando el Modelo Alternativo que nos ofrece el DSM-5 presenta una serie de ventajas que lo hacen muy interesante en lo que respecta al tratamiento de adolescentes. Nos permite, tras la caracterización, individualizar el tratamiento del paciente para tratar las áreas que se encuentran más afectadas de forma prioritaria. Asimismo transmite una imagen detallada del paciente que no transmitiría un diagnóstico más sencillo, lo cual facilita la comunicación y entendimiento entre profesionales. La posibilidad de representarlo de forma gráfica, como hacemos en este caso, además nos permite representar de forma sencilla la afectación del paciente a familiares o profesionales fuera del campo de la Salud Mental con los que precisemos coordinarnos. Además se trata de una herramienta, como vemos, sensible al cambio terapéutico. Por último, el no presentar un diagnóstico concreto por una parte reconoce la evolución del paciente (la cual, especialmente en niños y adolescentes, puede sufrir numerosas variaciones en un corto espacio de tiempo) y por otra evita el estigma que se puede dar al realizar un diagnóstico concreto del paciente, tanto a nivel social como a nivel asistencial.

Por el contrario, la caracterización de un paciente con este método es laboriosa, dado que requiere varias entrevistas con el paciente y una posterior puesta



en común de los distintos profesionales que puedan atenderle. Esto hace que no sea recomendable utilizar este método de caracterización de la personalidad en urgencias, ni sea eficiente realizarlo sistemáticamente a todos los pacientes, siendo más adecuado utilizarlo únicamente en los pacientes en los que la afectación de la personalidad sea un factor importante a nivel clínico y no sea adecuado diagnosticarlos de ningún trastorno concreto (bien porque no se ajusten a ninguno o, como en el caso del artículo, su personalidad aún esté en desarrollo).

Sería recomendable realizar estudios sobre la utilidad clínica del Modelo alternativo de Trastornos de la Personalidad que nos ofrece el DSM-5, ya que, como primera impresión, parece que nos encontramos ante una herramienta sensible al cambio terapéutico si se utiliza adecuadamente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American psychiatric association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (5 ed.). España: Panamericana; 2014.
2. American psychiatric association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (4ed. Revisada). España: Masson; 2001.
3. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatr* 2014; 134: 782-793.
4. Larrivé MP. Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci* 2013; 15: 171-179.
5. Laurensen EMP, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013; 7: 3.
6. Hernández-Guanir P. TAMAI, Test Autoevaluativo Multifuncional de Adaptación Infantil. (6 ed.). España: TEA Ediciones; 2009
7. Millon T. MACI Inventario Clínico para Adolescentes Millon. España: Pearson Alhambra; 2011.
8. Lastra I. El test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI) ¿Útil en el cribado de psicopatología infanto-juvenil?. *Inf Psiquiatr*. 4º Tr. 2001; 1: 191-203.
9. Vinet EV, Forns i Santacana M. El Inventario Clínico Para Adolescentes de Millon (MACI) y su Capacidad Para Discriminar Entre Población General y Clínica. *Psykhé* 2006; 15: 69-80.