

A. Pérez Urdaniz<sup>1</sup>  
F. M. Vega Fernández<sup>1</sup>  
N. Martín Navarro<sup>1</sup>  
R. Molina Ramos<sup>2</sup>  
I. Mosqueira Terrón<sup>1</sup>  
V. Rubio Larrosa<sup>3</sup>

# Discrepancias diagnósticas entre la CIE-10 y el DSM-IV en los trastornos de personalidad

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Salamanca Salamanca

<sup>2</sup> Hospital Fundación de Manacor Mallorca

<sup>3</sup> Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia Zaragoza

**Introducción.** Un 50 % de los pacientes atendidos en salud mental presentan trastornos de la personalidad; su diagnóstico es fundamental para el pronóstico y tratamiento de los pacientes. Habitualmente el clínico utiliza una de las nosologías, o la CIE-10 o la DSM-IV; es consciente de las diferencias entre ambas, pero da por buenos los resultados obtenidos con su nosología preferida.

**Material y método.** Se incluyeron en el estudio 248 pacientes atendidos en un centro de salud mental con trastornos de ansiedad (n = 121) y trastornos depresivos (n = 127), con una media de edad de 32,3 años para los trastornos de ansiedad y de 32,4 años para los pacientes depresivos. Se les administró el Cuestionario de Screening IPDE en sus dos versiones (DSM-IV y CIE-10) para observar el grado de concordancia entre ambas nosologías.

**Resultados y discusión.** En la muestra obtenida fue predominante la población femenina en trastornos de ansiedad (35,5 % hombres y 65,5 % mujeres) y en trastornos depresivos (29,10 hombres y 70,9 mujeres). Se realizó un estudio observacional en el que se valoró el porcentaje con tres o más ítems positivos y también el porcentaje con seis o más ítems positivos; es destacable que se obtiene mayor número de diagnósticos positivos y de comorbilidad con la versión DSM-IV del cuestionario de detección *International Personality Disorders Examination* (IPDE), por lo que se presenta la duda sobre si la CIE-10 subdiagnostica trastornos de la personalidad o el DSM-IV da falsos positivos. Además, hay diferencias cualitativas; que la CIE-10 subdivide en dos el trastorno límite de la personalidad, no incluye el trastorno narcisista de la personalidad y considere el trastorno esquizotípico de la personalidad una psicosis, hace que un paciente pueda recibir diferentes diagnósticos según se empleen criterios DSM-IV o CIE-10.

**Conclusiones.** En la muestra estudiada de pacientes las discrepancias diagnósticas entre los trastornos de la personalidad con el DSM-IV y la CIE-10 son tan importantes que

la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Americana de Psiquiatría deberían considerar en las próximas nosologías la unificación de las categorías diagnósticas y los criterios diagnósticos en los trastornos de la personalidad.

**Palabras clave:** Trastornos de la personalidad. IPDE. IPDE-DSM-IV. IPDE-CIE-10. Concordancia diagnóstica.

*Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(4):244-253

## Diagnostics discrepancies between ICD-10 and DSM-IV in personality disorders

**Introduction.** 50 % of the patients seen in the mental health clinics have personality disorders and their diagnosis is very important to establish the patient's prognosis and treatment. The clinician usually only uses one nosology, the ICD-10 or the DSM-IV and is aware of the differences between them. However, he/she gives preference to his/her favorite nosology.

**Material and method.** A total of 248 patients seen in a mental health clinic were included in the study. They were diagnosed of anxiety (n = 121) and depressive (n = 127) disorders, with a mean age of 32.3 years for anxiety disorders and 32.4 years depressive disorders. The International Personality Disorders Examination (IPDE) Screening Questionnaire in its DSM-IV and ICD-10 versions was administered to observe the degree of concordance between the two nosologies.

**Results and discussion.** The female population predominated in our sample, these being 35.5 % men with anxiety disorders and 65,5 % women, and 29.10 % men and 70.9 % women with depressive disorders. An observational study was performed by studying the percentage with 3 or more positive items and also percentage with 6 or more positive items. It was observed that the DSM-IV version produced more positive diagnoses and more comorbidity. Thus, it is necessary to consider whether the ICD-10 version subdiagnoses personality disorders or the DSM-IV version gives false positives. The qualitative differences between the ICD-10 and the DSM-IV must also be considered. The ICD-10 does not include narcissistic and schizotypal personality disorders and subdivides the borderline personality disorder into

---

Correspondencia:  
Antonio Pérez-Urdaniz  
Centro de Salud Mental Miguel Armijo  
Arapiles, 25  
37007 Salamanca  
Correo electrónico: perurdanz@usuarios.retecal.es

two subcategories, so that a given patient can receive different diagnoses according to the nosology used.

**Conclusions.** In the patient sample studied, diagnostic discrepancies in personality disorders between DSM-IV and ICD-10 are so important that the World Health Organization and the American Psychiatry Association should consider unifying categories and diagnostic criteria of personality disorders in the next nosologies.

**Key words:**  
Personality disorders. IPDE. IPDE-DSM-IV. IPDE-ICD-10. Diagnostic agreement.

## INTRODUCCIÓN

El concepto «trastorno de personalidad» ha sido objeto de grandes controversias, constituyendo uno de los mayores interrogantes teóricos y prácticos de la psiquiatría clínica de los últimos tiempos. Es ahora cuando los conceptos empiezan a consolidarse, si bien aún quedan muchos aspectos sin clarificar.

La personalidad puede entenderse como la organización dinámica de los aspectos biológicos y psicológicos que caracterizan a una persona y la distinguen de otra. Los trastornos de personalidad constituyen formas de comportamiento rígidas, permanentes, arraigadas y maladaptativas del sujeto. Representan desviaciones o variaciones de la normalidad, tanto por exceso como por defecto, que dan lugar a patrones desadaptativos y consolidados de conducta, estables en el tiempo, que originan un malestar subjetivo y deterioro funcional significativos para el sujeto o para terceras personas.

En cuanto a la epidemiología, no es fácil establecer las cifras de prevalencia de los trastornos de personalidad. Los estudios efectuados en ese sentido en este campo son escasos. Las dificultades para establecer cifras de incidencia y prevalencia radican fundamentalmente en los problemas para realizar diagnósticos diferenciados, dada la alta frecuencia con que los trastornos de personalidad se solapan entre sí y con otros trastornos mentales.

Neugebauer et al.<sup>1</sup> (1980) analizaron los estudios epidemiológicos publicados en Europa y Estados Unidos desde 1950. La prevalencia media que encontraron fue del 7%. En una revisión conjunta de varios estudios con entrevistas estandarizadas y criterios DSM-III-R, Weissman<sup>2</sup> (1990) encontró unas tasas que oscilaban entre el 10-13% de presencia de trastornos de personalidad en la población general, sin una marcada diferencia entre sexos, salvo para algún trastorno de personalidad en concreto. Un estudio publicado por Samuel et al.<sup>3</sup> (1994), con 810 adultos entrevistados por psiquiatras utilizando un instrumento semiestructurado con criterios diagnósticos DSM-III, muestra una prevalencia del 5,9%, con mayor presencia entre varones, en personas separadas y con escasa comorbilidad entre los diferentes trastornos de personalidad.

Por otra parte, los estudios de Casey y Tyrer<sup>4</sup> (1986) ofrecieron resultados de prevalencia mucho más altos al ser formulados en asistencia primaria: 34% de trastornos de personalidad.

Para concluir puede decirse que el trastorno por dependencia es el más frecuente en la población general, seguido del esquizotípico; el antisocial, esquizotípico, esquizoide y narcisista son más frecuentes en varones, mientras que el límite y el trastorno por dependencia son más frecuente en mujeres. El trastorno de personalidad límite es el que más frecuentemente se asocia en comorbilidad con otros trastornos de personalidad<sup>5</sup>.

Existen en la actualidad diversos instrumentos diagnósticos (PAS, SCID-II, MMPI-2, etc.), algunos en forma de entrevistas semiestructuradas y otros en forma de tests. Para nuestro estudio empleamos el IPDE, tanto en su forma CIE-10 como en su forma DSM-IV, al ser el único avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en su forma «corta» por comodidad, tanto diagnóstica como para el propio paciente, al ser un test autoaplicado. Este test es de detección sistemática (*screening*), no elabora diagnósticos. Al ser un test «doble» permite «comparar» y verifica criterios diagnósticos DSM-IV o CIE-10.

A su vez, un 50% de los pacientes que acuden a su equipo de salud mental presentan trastornos de la personalidad subyacentes que condicionan la evolución del cuadro; es por ello que el IPDE despunta como una buena herramienta de cribado para valorar rasgos, junto con la impresión diagnóstica del clínico para la mejor orientación del tratamiento de los pacientes (farmacológico y psicoterapéutico).

En nuestra práctica clínica diaria hemos administrado el IPDE corto a todo paciente que acudía por primera vez a consulta durante los últimos 4 años y comentado los resultados con dicho paciente

Para nuestra sorpresa hemos comprobado al pasar el IPDE DSM-IV y el IPDE CIE-10 que la correspondencia no es total entre ambos y, en muchos casos, sujetos que responden a criterios de un determinado trastorno en una de las clasificaciones no cumplen los del trastorno equivalente en la otra. Además, la CIE-10 no contempla alguna modalidad de trastorno que sí existe en el DSM-IV, como el trastorno narcisista; sin embargo, sí contempla la personalidad inestable con sus dos subtipos: límite e impulsiva, pero ¿se corresponden éstas con el trastorno límite del DSM-IV? Existen dudas razonables respecto a si miden lo mismo o no.

Uno de los mayores obstáculos con que nos encontramos a la hora de establecer el diagnóstico es la dificultad para definir el concepto de normalidad, así como para distinguir el límite entre rasgo y trastorno. Los rasgos constituyen tendencias a actuar de forma similar en ciertas situaciones. Cuando los rasgos aparecen de forma constante y con una intensidad marcada darán lugar a conductas típicas y de las que se extraerán los criterios que determinen el diagnóstico de trastorno propiamente dicho. Pero la realidad es que los

elementos diagnósticos y nosológicos con los que contamos en la actualidad no permiten resolver de forma plenamente satisfactoria este problema.

Por otro lado está la elevada comorbilidad entre los trastornos de personalidad, codificados en el eje II, y los trastornos codificados en el eje I en el sistema nosológico DSM. De hecho, durante años muchos autores han considerado los trastornos de personalidad como formas menores de un trastorno mayor equivalente<sup>6</sup>.

El hecho de que la mayoría de los pacientes que acuden a los equipos de salud mental padezcan trastornos ansiosos y/o depresivos hace que nos centremos en estos grupos semiológicos, descartando el resto, que es menos prevalente.

En relación con los trastornos afectivos se ha encontrado asociación frecuente entre depresión y trastorno límite de la personalidad (Akiskal, 1981). Pacientes distímicos y ciclotímicos parecen tener una frecuencia mayor de trastorno de la personalidad que el resto de pacientes con trastornos depresivos<sup>7</sup>. Los trastornos de personalidad más frecuentes en los pacientes distímicos son el límite, el histriónico y el trastorno por evitación<sup>8</sup>.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, se calcula que aproximadamente en el 35-40 % de los casos subyace un trastorno de personalidad, generalmente del grupo C (Stein, 1990; Pollack, 1992; Sanderson, 1994; Noyes, 1994). Se ha comprobado que la asociación trastorno de ansiedad-trastorno de la personalidad comporta una peor respuesta al tratamiento, peor funcionamiento global y tendencia a recaídas y a la cronicidad<sup>9</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODO

La muestra se obtuvo entre las personas que solicitaron atención en un centro de salud ambulatorio provenientes de un subsector de unos 60.000 habitantes.

### Criterios de inclusión

- Pacientes que acuden por primera vez a dicha consulta ambulatoria.
- El motivo de consulta se basa en quejas de semiología ansiosa, depresiva o ambas.
- Edades comprendidas entre 18 y 65 años.
- Capacidad de comprensión y raciocinio suficientes para leer e interpretar dicho cuestionario.

Se obtiene una muestra de 320 pacientes, de los cuales 121 fueron diagnosticados de trastorno de ansiedad y 127 de trastorno depresivo.

A todos ellos se les administra el cuestionario autoaplicado de evaluación de trastornos de personalidad IPDE versión CIE-10 y DSM-IV<sup>10</sup>.

Tabla 1	Puntos de corte para cada categoría (DSM-IV)
Categorías	Punto de corte
Paranoide	4 de 7
Esquizoide	4 de 7
Esquizotípico	5 de 9
Histriónico	5 de 8
Antisocial	3 de 7
Narcisista	5 de 9
Límite	5 de 9
Obsesivo-compulsivo	4 de 8
Dependiente	5 de 8
Evitativo	4 de 7

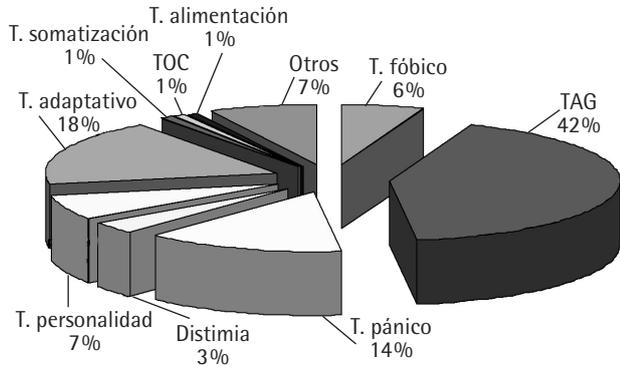
Se realiza un estudio observacional de las subpoblaciones en las que se tiene en cuenta:

- Número de sujetos y porcentaje que tienen tres o más ítems positivos.
- Número de sujetos y porcentaje que tienen seis o más ítems positivos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece como punto de corte la existencia de tres o más ítems positivos del cuestionario para considerar determinada categoría como significativa. Este punto de corte bajo provoca un aumento en la tasa de falsos positivos a costa, claro está, de aumentar la sensibilidad (es decir, identifica como «posibles» más casos de los que, tras su estudio, se confirmarán como ciertos). Esta premisa debe darse en todo test o instrumento de detección: no se debe «escapar» ningún caso.

Para aumentar la especificidad (identificar como «sanos» todos aquellos susceptibles de serlo) existen dos posibilidades:

Tabla 2	Puntos de corte para cada categoría (CIE-10)
Categorías	Punto de corte
Paranoide	4 de 7
Esquizoide	4 de 9
Histriónico	4 de 6
Disocial	4 de 6
Impulsivo	3 de 5
Límite	3 de 5
Anancástico	4 de 8
Dependiente	4 de 6
Ansioso	4 de 6



**Figura 1** | Diagnósticos de los trastornos de ansiedad (I). TOC: trastorno obsesivo-compulsivo; TAG: trastorno de ansiedad generalizada.

- Emplear el IPDE largo (desechado por resultar inviable su aplicación en la consulta diaria).
- Aumentar el punto de corte (ya que tanto el DSM-IV como la CIE-10 establecen puntos de corte más altos que lo acordado por la OMS) (tablas 1 y 2).

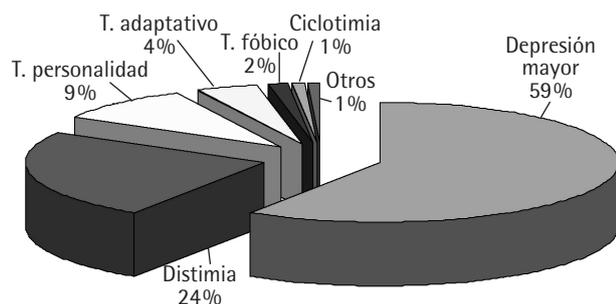
Dada la disparidad en número de ítems positivos y en el número total de ellos dentro de cada categoría acordamos proponer seis o más como el número de ítems necesarios para aumentar especificidad.

## DISCUSIÓN

Del total de 320 pacientes a los cuales se entrega el cuestionario IPDE, 121 se diagnosticaron de trastornos de ansiedad y 127 de trastornos depresivos, desglosándose en las figuras 1 y 2.

Respecto al sexo y edad, los resultados en ambas muestras son muy similares. Un 35,5 % (43) de hombres «ansiosos» frente a un 29,1 % (37) de «depresivos», y en cuanto a las mujeres, un 65,3 % (79) «ansiosas» y un 70,8 % (90) «depresivas».

El rango de edad se sitúa entre 18 y 65 años (criterio de exclusión), con una media para la ansiedad de 32,3 y para la depresión de 32,4.



**Figura 2** | Diagnósticos de los trastornos depresivos (II).

Tabla 3	Ansiedad (DSM-IV)	
	Tres o más ítems positivos	Seis o más ítems positivos
Paranoide	39 (32,33 %)	5 (4,13 %)
Esquizoide	39 (32,33 %)	1 (0,8 %)
Esquizotípico	26 (21,5 %)	4 (3,3 %)
Histriónico	70 (57,8 %)	8 (6,6 %)
Antisocial	10 (8,26 %)	0 (0 %)
Limite	81 (67 %)	27 (22,3 %)
Obsesivo-compulsivo	80 (66,1 %)	13 (10,74 %)
Dependiente	38 (31,4 %)	9 (7,4 %)
Evitativo	86 (71 %)	30 (24,8 %)

Para continuar con la exposición de los resultados desglosaremos la población en ambos subgrupos: ansiedad y depresión, para así reflejar con claridad los mismos.

Como se podrá observar, existen grandes discrepancias entre las puntuaciones obtenidas con el IPDE DSM-IV y el IPDE CIE-10, discrepancias de tipo categorial, tales como la supresión de la categoría «narcisista» o «esquizotípica» o la disección que realiza la CIE-10 en la categoría «limite» (limite e impulsivo).

¿A qué puede ser debido?

Intentaremos proponer ciertas reflexiones previas a la exposición:

- ¿Dónde se ubican los individuos categorizados como «esquizotípicos» o «narcisistas» en la CIE-10?
- ¿Este solapamiento de diagnósticos es útil terapéuticamente?
- ¿Sobran categorías en el DSM-IV o faltan en la CIE-10?
- ¿Son necesarias para un enfoque terapéutico distinto?

Tabla 4	Ansiedad (CIE-10)	
	Tres o más ítems positivos	Seis o más ítems positivos
Paranoide	24 (19,83 %)	4 (3,3 %)
Esquizoide	77 (63,63 %)	10 (8,26 %)
Disocial	7 (5,78 %)	0
Impulsivo	33 (27,2 %)	0
Limite	30 (24,79 %)	0
Histriónico	40 (33,05 %)	2 (1,65 %)
Anancástico	78 (64,46 %)	16 (13,2 %)
Ansioso	74 (61,15 %)	9 (7,4 %)
Dependiente	65 (53,71 %)	1 (0,8 %)

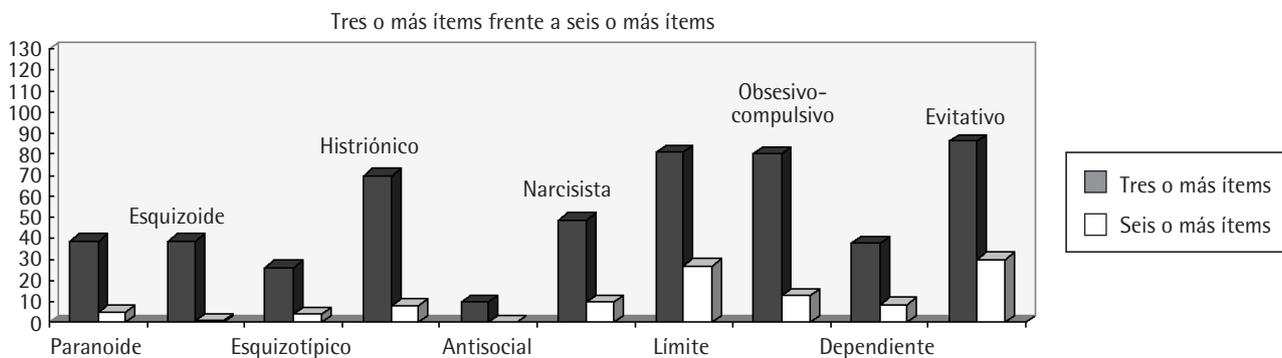


Figura 3 Ansiedad (DSM-IV).

– ¿Con ambas clasificaciones diagnosticamos a los mismos pacientes?

Estas cuestiones son extrapolables tanto para el subgrupo de ansiosos como para el de depresivos.

## ANSIEDAD

### Discusión de la ansiedad

A la vista de los datos (tablas 3 y 4 y figs. 3 y 4) encontramos mayor prevalencia del trastorno evitativo (71 %) en aquellos individuos con punto de corte 3 y también en aquellos con punto de corte 6 (25 %). Este resultado da lugar a la primera discrepancia:

- ¿A qué podemos equiparar en trastorno evitativo en la clasificación CIE-10?
- ¿Al trastorno ansioso? Si es así, tampoco concuerdan los resultados, ya que es más prevalente el trastorno anancástico en ambos puntos de corte (64,5 y 13,2 %).
- El trastorno ansioso con punto de corte 6 tan sólo se ve reflejado en un 7,5 % de los encuestados, la tercera parte que el evitativo. ¿Dónde están repartidos la «suelta fuga» de pacientes evitativos?

– Cabe destacar que, así como en el DSM-IV con punto de corte 6 los pacientes límites corresponden al 22 % (el segundo en prevalencia tras los evitativos), en la CIE-10 no hay representación.

Todas estas diferencias, ¿pueden condicionar en cierto modo el abordaje terapéutico del paciente, según la elección personal de profesional en elegir una u otra corrección?

## DEPRESIÓN

### Discusión de la depresión

Entre los individuos depresivos existen mayores porcentajes de pacientes que puntúan en alguna categoría (tablas 5 y 6 y figs. 5 y 6) respecto a los ansiosos, constatando mayor comorbilidad entre eje I y eje II.

Esta diferencia es más significativa con el IPDE DSM-IV que con la corrección CIE-10.

La disparidad de criterios se repite entre los sujetos afectados de semiología depresiva.

Es especialmente llamativa la diferencia observada, de nuevo, entre DSM-IV y CIE-10.

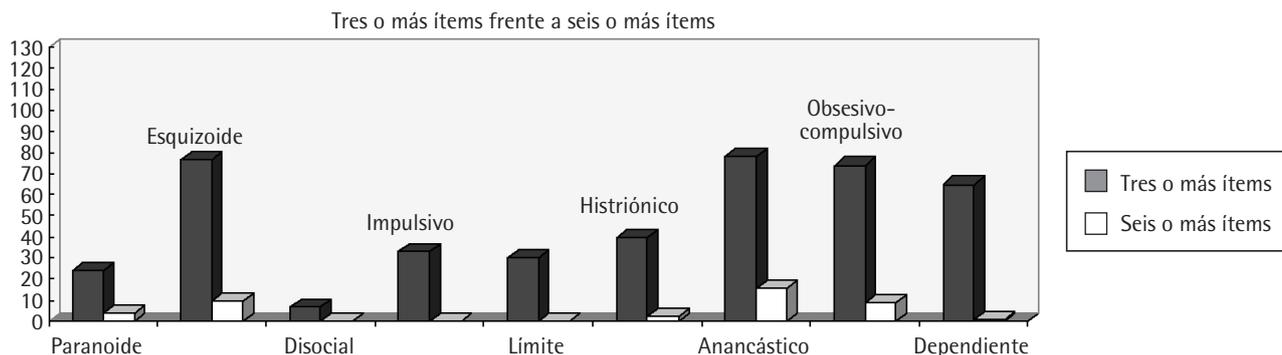


Figura 4 Ansiedad (CIE-10).

Tabla 5	Depresión (DSM-IV)	
	Tres o más ítems positivos	Seis o más ítems positivos
Paranoide	56 (44,1 %)	9 (7 %)
Esquizoide	67 (52,7 %)	3 (2,3 %)
Esquizotípico	54 (42,5 %)	8 (6,3 %)
Histriónico	65 (51,2 %)	5 (4 %)
Antisocial	15 (11,8 %)	0
Narcisista	58 (45,6 %)	8 (6,3 %)
Límite	101 (80 %)	30 (26,3 %)
Obsesivo-compulsivo	93 (73,2 %)	17 (13,4 %)
Dependiente	69 (54,3 %)	9 (7 %)
Evitativo	100 (78,7 %)	48 (37,7 %)

Tabla 6	Depresión (CIE-10)	
	Tres o más ítems positivos	Seis o más ítems positivos
Paranoide	60 (47,2 %)	8 (6,3 %)
Esquizoide	69 (54,3 %)	16 (12,6 %)
Disocial	11 (8,6 %)	0
Impulsivo	38 (30 %)	0
Límite	44 (34,6 %)	0
Histriónico	43 (33,8 %)	2 (1,57 %)
Anancástico	94 (74 %)	16 (12,6 %)
Ansioso	88 (69,3 %)	12 (9,44 %)
Dependiente	66 (52 %)	2 (1,57 %)

Así como en el DSM-IV punto de corte 6 los pacientes límite corresponden al 26 %, en la CIE-10 no tienen representación.

Para completar el estudio se extraen todos aquellos sujetos que puntúan seis o más ítems en cualquier categoría, tanto DSM-IV como CIE-10, y tanto para los que presentan semiología ansiosa como depresiva.

Con esto queremos ver la similitud diagnóstica entre el DSM-IV y el CIE-10, es decir, su «habilidad» para identificar, con igual índice de acierto, a aquellos sujetos con trastornos de la personalidad equivalentes en ambos sistemas de diagnóstico que, como venimos diciendo durante la exposición, es más bien mínima.

Una vez identificados, también establecemos la comorbilidad entre trastornos, que tal como dicen Dolan et al. (1995), «el número de diagnósticos por sujeto nos da idea de la gravedad de la alteración de dicho sujeto»<sup>11</sup>.

Tyrer y Johnson<sup>12</sup> prefieren hablar en estos casos de solapamiento de diagnósticos más que de verdadera comorbilidad y

proponen un nuevo sistema para la clasificación de la severidad del trastorno de la personalidad en cuatro niveles (tabla 7).

En la actualidad se calcula que aproximadamente dos tercios de los pacientes con diagnóstico de un determinado trastorno de personalidad también cumplen criterios diagnósticos de otro, si bien aún queda por resolver la cuestión de si esto es debido realmente a la existencia de comorbilidad entre los trastornos de personalidad o se trata de un error de los instrumentos diagnósticos empleados.

### Ansiedad

Elegimos aquellas dos categorías más prevalentes, que resultan ser trastornos evitativos (30, 50%) y límite (27, 45%), y vemos comorbilidad respecto a los trastornos más prevalentes (tabla 8).

La asociación más prevalente resulta evitativo-límite (50% respecto al total de individuos con trastorno evitativo y 55,6% respecto al total de individuos con trastorno límite de la personalidad) (tabla 9).

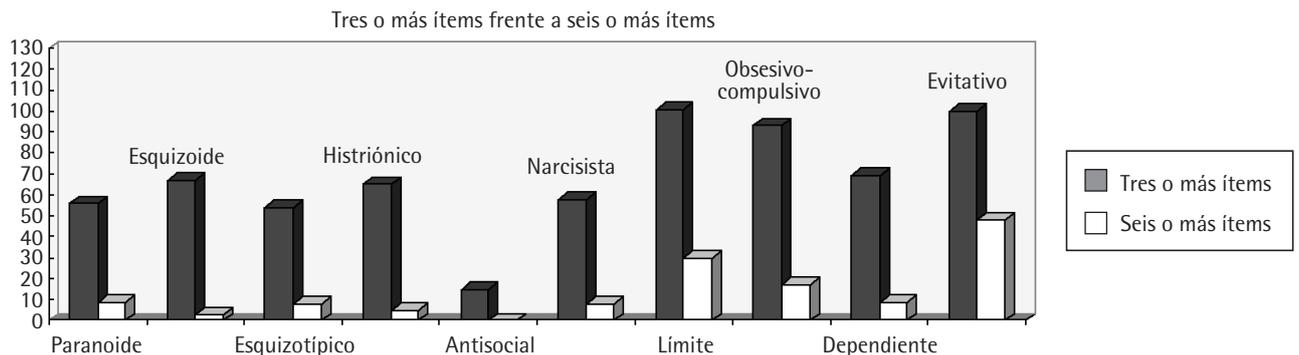


Figura 5 Depresión (DSM-IV).

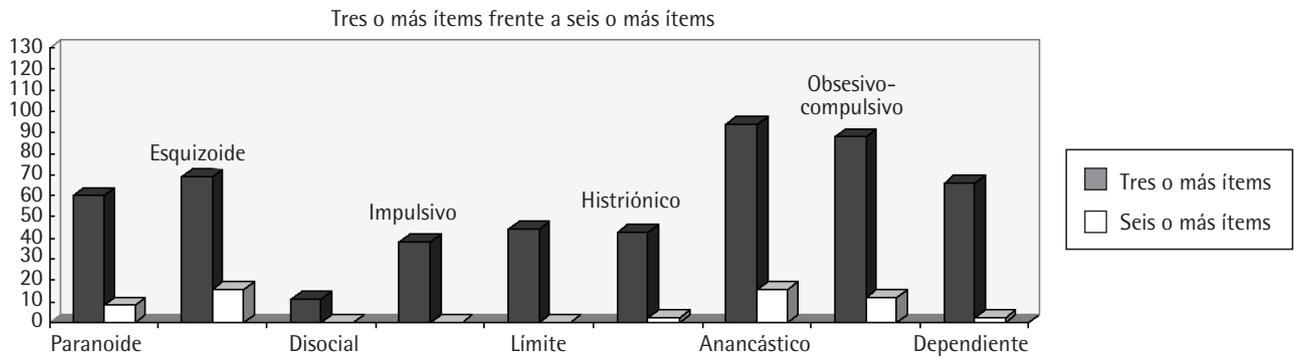


Figura 6 Depresión (CIE-10).

La asociación más prevalente resulta límite dependiente (44,4% de los «dependientes» son límites) desde el punto de vista de los sujetos con trastorno dependiente y límite evitativo (48,1% de los límites son evitativos) desde el punto de vista de los sujetos con trastorno evitativo.

Cabe destacar la mínima similitud en la capacidad de detectar a sujetos con igual trastorno entre la CIE-10 y el DSM-IV, en especial en trastorno límite de la personalidad (DSM-IV) y sus homónimos de la CIE-10.

**Comorbilidad**

**DSM-IV**

- Ningún trastorno en DSM-IV: 6 (10%).
- Un trastorno: 20 (33,3%).
- Dos trastornos: 17 (28,3%).
- Tres trastornos: 14 (23,3%).

- Cuatro trastornos: 2 (3,3%).
- Cinco trastornos: 1 (1,6%).

**CIE-10**

- Ningún trastorno en la CIE-10: 26 (43,3%).
- Un trastorno: 26 (43,3%).
- Dos trastornos: 8 (13,3%).

Esto concuerda con múltiples estudios en los que se dice que más del 70% de los pacientes presentan comorbilidad entre dos, tres o cuatro trastornos.

Analizada nuestra muestra comprobamos mayor índice de solapamiento en el DSM-IV que en la CIE-10:

- DSM-IV; tres o más trastornos: 28% (un tercio de la muestra).
- CIE-10; tres o más trastornos: 0%.

**Depresión**

- Total: 77 sujetos.

Realizamos el mismo procedimiento, identificando a aquellos individuos cuya puntuación sea igual o mayor de seis en alguna categoría, tanto en el IPDE versión DSM-IV como en la versión CIE-10, para así, posteriormente, localizar el trastorno más prevalente, la comorbilidad del mismo con el resto de trastornos y el solapamiento entre ellos (tabla 10).

El trastorno más prevalente es el evitativo, al igual que en el caso de la ansiedad (62,33% de todos los individuos con trastornos de personalidad de seis o más ítems lo padecen).

La comorbilidad/solapamiento más frecuente es con el dependiente (66,6% de los sujetos con trastorno dependiente tienen, además, un trastorno evitativo) y con el trastorno límite respecto a los evitativos (un 31,2% de los individuos con trastorno evitativo tienen solapado un trastorno límite) (tabla 11).

Tabla 7 Nuevo sistema para la clasificación de la severidad del trastorno de la personalidad en cuatro niveles (Tyrrer y Jonson)		
Nivel	Clasificación	Resultado de la evaluación
0	Sin trastorno de la personalidad	Sin rasgos anormales
1	Dificultades de personalidad	Criterios que no llegan al umbral para un diagnóstico
2	Trastorno simple de personalidad	Uno o más trastornos de la personalidad del mismo grupo DSM-IV o CIE-10
3	Trastorno difuso de la personalidad	Dos o más trastornos de diferentes grupos

Tabla 8		Comorbilidad (ansiedad) (I)			
DSM-IV			CIE-10		
Porcentaje respecto a cada subcategoría	Subcategorías y n.º de sujetos con comorbilidad de evitativo	Porcentaje respecto a 30 evitativos	Porcentaje respecto a cada subcategoría	Subcategorías y n.º de sujetos con comorbilidad de evitativo	Porcentaje respecto a 30 evitativos
40 (5)	Paranoide: 2	6,7	20 (4)	Paranoide: 1	3,4
100 (1)	Esquizoide: 1	3,4	60 (10)	Esquizoide: 6	20
75 (4)	Esquizotípico: 3	10			
(8)	Histriónico: 0		(2)	Histriónico: 0	
(0)	Antisocial: 0		(0)	Disocial: 0	
40 (10)	Narcisista: 4	13,3	(0)	Impulsivo: 0	
55,6 (27)	Límite: 15	50	(0)	Límite: 0	
53,8 (13)	Obsesivo-compulsivo: 7	23,3	56,2 (16)	Anancástico: 9	30
	Dependiente: 4	13,3	77,7 (9)	Dependiente: 7	23,3
	Evitativo		100 (1)	Ansioso: 1	3,4

En segundo lugar aparece el trastorno límite (39%), cuya agrupación más frecuente es con el trastorno histriónico (un 80 % de los afectos de trastorno histriónico asocian trastorno límite) (esta asociación aparece como la más prevalente en múltiples estudios) y con el evitativo (un 46,6 % de los límites).

Por último, la comorbilidad habla de cierta preponderancia de los trastornos únicos (trastorno simple de personalidad o grupo 2 que diría Tyrer) como ocurre en nuestra muestra con la CIE-10, no así en el DSM-IV, en los que la mitad de nuestra muestra tiene dos o más trastornos.

#### Comorbilidad

##### DSM-IV

- Ningún trastorno en el DSM-IV: 4 (5,2 %).
- Un trastorno: 32 (41,55 %).
- Dos trastornos: 24 (31,16 %).
- Tres trastornos: 13 (16,9 %).
- Cuatro trastornos: 3 (3,89 %).
- Cinco trastornos: 1 (1,29 %).

Tabla 9		Comorbilidad (ansiedad) (II)			
DSM-IV			CIE-10		
Porcentaje respecto a cada subcategoría	Subcategorías y n.º de sujetos con comorbilidad límite	Porcentaje respecto a 27 evitativos	Porcentaje respecto a cada subcategoría	Subcategorías y n.º de sujetos con comorbilidad límite	Porcentaje respecto a 27 evitativos
20 (5)	Paranoide: 1	3,7	20 (4)	Paranoide: 0	
(1)	Esquizoide: 0		40 (10)	Esquizoide: 4	14,8
25 (4)	Esquizotípico: 1	3,7			
(8)	Histriónico: 3	11,1	(2)	Histriónico: 0	
(0)	Antisocial: 0		(0)	Disocial: 0	
40 (10)	Narcisista: 4	14,8	(0)	Impulsivo: 0	
	Límite			Límite: 0	
23 (13)	Obsesivo-compulsivo: 3	11,1	18,7 (16)	Anancástico: 3	11,1
44,4 (9)	Dependiente: 4	14,8	44,4 (9)	Dependiente: 4	14,8
43,1 (30)	Evitativo: 13	48,1	(1)	Ansioso: 0	

Tabla 10		Comorbilidad (depresión) (I)			
DSM-IV			CIE-10		
Porcentaje respecto a cada subcategoría	Subcategorías	Porcentaje respecto a 48 evitativos	Porcentaje respecto a cada subcategoría	Subcategorías	Porcentaje respecto a 48 evitativos
55,5 (9)	Paranoide: 5	10,4	37,5 (8)	Paranoide: 3	6,2
33,3 (3)	Esquizoide: 1	3	62,5 (16)	Esquizoide: 10	20,8
37,5 (8)	Esquizotípico: 3	6,2			
20 (5)	Histriónico: 1	2	50 (2)	Histriónico: 1	2
(0)	Antisocial: 0		(0)	Disocial: 0	
25 (8)	Narcisista: 2	4	(0)	Impulsivo: 0	
50 (30)	Límite: 15	31,2	(0)	Límite: 0	
58,8 (17)	Obsesivo-compulsivo: 10	20,8	37,5 (16)	Anancástico: 6	12,5
66,6 (9)	Dependiente: 6	12,5	0 (2)	Dependiente: 0	
	Evitativo		75 (12)	Ansioso: 9	18,7

## CIE-10

- Ningún trastorno en la CIE-10: 33 (42,85 %).
- Dos trastornos: 8 (10,38 %).
- Tres trastornos: 2 (2,59 %).

Ante tales discrepancias, podemos observar que las «pequeñas» diferencias entre el DSM-IV y la CIE-10, si no se toma la iniciativa de pasar ambos tests, se convierten en grandes diferencias que hacen que dichos cuestionarios sean de poca utilidad clínica, pues según qué revisión se use así serán los resultados, con la consiguiente distorsión diagnósti-

ca, o al menos de orientación, y, desde luego, que el más afectado es el paciente, por lo que nos parece que el tema debería ser estudiado por la OMS y la APA para subsanar tales problemas.

## CONCLUSIONES

- Existen diferencias categoriales entre la evaluación DSM-IV y la CIE-10 del cuestionario IPDE.
- Las categorías que se repiten en ambas escalas no contienen los mismos ítems, por lo que cabría pensar

Tabla 11		Comorbilidad (depresión) (II)			
DSM-IV			CIE-10		
Porcentaje respecto a cada subcategoría	Subcategorías	Porcentaje respecto a 30 evitativos	Porcentaje respecto a cada subcategoría	Subcategorías	Porcentaje respecto a 30 evitativos
33,3 (9)	Paranoide: 3	10	75 (8)	Paranoide: 6	20
33,3 (3)	Esquizoide: 1	3,3	37,5 (16)	Esquizoide: 6	20
62,5 (8)	Esquizotípico: 5	16,6			6,6
80 (5)	Histriónico: 4	13,3	100 (2)	Histriónico: 1	
(0)	Antisocial: 0		(0)	Disocial: 0	
62,5 (8)	Narcisista: 5	16,6	(0)	Impulsivo: 0	
	Límite		(0)	Límite: 0	
29,4 (17)	Obsesivo-compulsivo: 5	16,6	31,12 (16)	Anancástico: 5	16,6
33,3 (9)	Dependiente: 3	10	50 (2)	Dependiente: 6	20
29,1 (48)	Evitativo: 4	46,6	50 (12)	Ansioso: 1	3,3

que no diagnostican lo mismo, determinando cambios en el enfoque terapéutico.

- Las categorías que no se repiten:
  - ¿Son englobadas bajo otra denominación?
  - ¿Son pacientes no diagnosticados, con el consiguiente menoscabo terapéutico?
- ¿La CIE-10 infradiagnóstica? (basándonos en los datos obtenidos).
- ¿El DSM-IV es muy sensible a costa de aumentar los falsos positivos o la CIE-10 muy específica?
- Si el IPDE es un material de detección sería, pues, preferible que fuera más sensible que específico.
- Sería deseable y necesario unificar criterios en beneficio de un mejor diagnóstico y, como consecuencia, un mejor enfoque terapéutico.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Neugebauer R, et al. Formulation of hypotheses about the true prevalence of functional psychiatric disorders among adults in the US. En: Dohrenwend BP, editor. *Mental illness in the United States*. New York: Praeger, 1980; p. 56-92.
2. Weissman MM. The epidemiology of the personality disorders: a 1990 update. *J Pers Dis* 1993;7:44-62.
3. Samuels JF, et al. DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry* 1994;151:1055-62.
4. Casey PR, Tyrer P. Personality, functioning and symptomatology. *J Psychiatry Res* 1986;20:363-74.
5. Bernardo M, Roca M. Trastornos de la personalidad: evaluación y tratamiento. Capítulo 1: Epidemiología. Barcelona: Masson, 1998; p. 1-17.
6. Cañas de Paz F. Tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad: una visión general. Simposio sobre avances farmacológicos en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Prous Science, 2002.
7. Alnaes R, Torgensen, S. The relationship between DSM-III symptom disorders (axis I) and personality disorders (axis II) in an outpatients population. *Acat Psych Scand* 1988;78:485-92.
8. Pepper CM, Klein DN, Anderson RL, et al. DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *Am J Psychiatry* 1995;152:239-47.
9. Bernardo M, Roca M. Trastornos de la personalidad: evaluación y tratamiento. Barcelona: Masson, p. 97-122.
10. Riesco Y, Pérez Urdaniz A, Rubio V, Izquierdo J, Sánchez Iglesias S, Santos J, Carrasco J. The evaluation of personality disorders among inmates by IPDE and MMPI. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1998;26:151-4.
11. Oldham JM, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:571-8.
12. Tyrer P, Johnson T. Establishing the severity of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996;153:1593-7.