



# COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

## FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**El papel del ambiente familiar en la etiología de la personalidad patológica: Análisis de estilos educativos parentales y su relación con los clústeres del DSM-5.**

Autora: Mia Chadwick

Director: Luis Torres Cardona

Madrid

2025/2026

## Capítulo 1: Introducción

Los trastornos de personalidad constituyen una problemática compleja tanto para la comunidad de psicólogos como para la sociedad. Afectan aproximadamente al 10% de la población general (Lenzenweger et al., 2010), lo que representa una carga significativa para los sistemas de salud debido a su carácter prevalente, elevada comorbilidad y alto uso de recursos sanitarios. Van Asselt et al. (2008) señalan que "los pacientes con trastornos de personalidad que buscan tratamiento imponen una alta carga económica a la sociedad, una carga sustancialmente mayor que la encontrada en, por ejemplo, la depresión o el trastorno de ansiedad generalizada" (p. 259). Por otro lado, aunque la mayoría de trastornos de personalidad sean vividos de manera egosintónica por el paciente, estos se asocian con el deterioro del funcionamiento social, laboral y familiar, por lo que tienden a ocasionar un alto nivel de sufrimiento e incluso incrementan riesgo de suicidio exponencialmente. Especialmente en el trastorno límite de la personalidad (TLP), donde la tasa de intentos de suicidio alcanza el 70-75% (Black et al., 2004). Por estas razones, su detección e intervención deberían constituir una prioridad en el ámbito de la salud pública

Según la asociación americana psiquiátrica (2022), los trastornos de personalidad son patrones de experiencia interna y comportamiento persistentes e inflexibles que se desvían significativamente de las expectativas de la cultura del individuo. Además, afectan negativamente la capacidad de la persona para relacionarse con los demás y desenvolverse de manera funcional en diversos ámbitos vitales. Como la propia definición lo indica estas patologías son particularmente rígidas y crónicas, ya que los esquemas del trastorno están profundamente enraizados en el sujeto. Como resultado, el pronóstico suele ser desalentador y la comunidad científica se mantiene en disputa sobre la etiología de los TP y el tratamiento más óptimo.

Como indican Millon & Davis (1998), tanto la personalidad normal como la personalidad patológica se construyen mediante la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Por tanto, para estudiar la etiología de los trastornos de personalidad es imprescindible prestar atención a las experiencias tempranas. Especialmente aquellas entre los 0 a los 6 años, ya que es cuando el cerebro está en su etapa de mayor neuroplasticidad, por lo que es más vulnerable a las influencias contextuales. Por esta razón, el abordaje de las prácticas parentales que moldean las experiencias tempranas, resulta

esencial para poder comprender el desarrollo del trastorno de personalidad y los esquemas cognitivos que lo subyacen.

El presente trabajo pretende hacer una revisión actualizada que sintetice los hallazgos acerca de estilos educativos parentales específicos y su relación con cada cluster de TP que propone el DSM-5 desde una visión cognitivista. De esta manera, busca ofrecer una mirada integradora que analice elementos comunes y específicos entre clusters con respecto a la etiología. Además, se busca identificar tanto prácticas óptimas como factores de riesgo y prevención para estos trastornos y las estructuras cognitivas que estas prácticas fomentan.

Conocer los riesgos de ciertos modelos educativos parentales y las prácticas que conllevan, puede prevenir su implementación sesgada. El conocimiento acerca de las relaciones entre los trastornos de personalidad y ciertas prácticas de crianza permitiría la creación de programas psicoeducativos universales orientados a padres y educadores. Asimismo, esta información también facilitará la intervención temprana en familias vulnerables redireccionando los modelos educativos parentales hacia estilos más adaptativos y mitigando los factores de riesgo identificados.

Por otro lado, una mejor comprensión etiológica de los trastornos de personalidad puede resultar en tratamientos más eficaces. Es decir, que cuando el terapeuta es consciente del modelo educativo-parental comúnmente relacionado con el trastorno diagnosticado, puede enfocarse en conflictos sistémicos y esquemas cognitivos disfuncionales que suelen surgir en dicho modelo y que probablemente contribuyeron a la aparición y mantenimiento del trastorno. En otras palabras, este conocimiento permite desarrollar un tratamiento más específico al paciente, tomando en cuenta su infancia y el rol de esta en la situación psicopatológica actual.

## Capítulo 2: Conceptualización de los trastornos de personalidad

El sistema más utilizado para diagnosticar trastornos de la personalidad es el establecido por el DSM-IV-TR. Este modelo identifica diez trastornos de la personalidad, considerados categorías diagnósticas discretas. No obstante, el manual los agrupa en tres conjuntos o Clusters, en función de las similitudes que presentan en sus patrones de

comportamiento y características clínicas. Los trastornos de personalidad suelen manifestarse a inicios de la etapa adulta, aunque dependiendo del trastorno pueden manifestarse rasgos precursores desde la niñez o la adolescencia.

### Cluster A

El cluster A, está compuesto por los trastornos esquizoide, esquizotípico y paranoide de la personalidad, los cuales la Asociación Americana de Psiquiatras (APA) considera "Raros y excéntricos". A estos cuadros clínicos se les considera los más resistentes al tratamiento psicológico y farmacológico y se los ha vinculado tradicionalmente con un espectro prepsicótico. Además, suelen caracterizarse por tener dificultades significativas en las relaciones interpersonales y una baja conciencia de enfermedad.

El trastorno esquizoide padecido por menos del 1% de la población (Weissman 1993), se caracteriza por una marcada falta de interés en las relaciones interpersonales. Las personas con este trastorno tienden a organizar su vida de modo que permanecen en constante aislamiento, poseen escasa capacidad de introspección y se muestran una efectividad restringida: "Las personas con trastorno esquizoide de la personalidad manifiestan una tendencia a sacrificar la intimidad con el fin de preservar la autonomía que necesitan para mantener sus creencias de autosuficiencia e independencia" (Beck y Freeman, 1990).

Por su parte, el trastorno esquizotípico de la personalidad prevalece entre el 3% y el 4% de la población (APA, 2000). Este trastorno se caracteriza por la presencia de distorsiones cognitivas o perceptivas y conductas excéntricas, es decir que existe una ruptura en su proceso de diferenciación entre fantasía y realidad del paciente. Asimismo, en estos también se observan problemas relacionales e ideas paranoides. Finalmente, en este cluster también se encuentra el trastorno paranoide cuya prevalencia oscila entre el 2% y el 4% (Chou, SP., 2004) . Los sujetos que lo padecen presentan desconfianza y suspicacia intensa porque interpretan las intenciones del otro como malévolas o manipulativas. Además, suelen sentir miedo, rabia y ansiedad intensa debido a interpretaciones erróneas de las palabras o conductas del resto.

## Custer B

La categoría B está compuesta por cuatro trastornos de la personalidad: el histriónicos, el narcisista, el antisocial y el límite. Aunque se trate de patologías muy distintas en su manifestación todas comparten un componente dramático y emocional intenso que dificulta la regulación afectiva, el control de la impulsividad y deteriora las relaciones interpersonales. Asimismo, este tipo de trastornos suelen tener mayor comorbilidad con el abuso de sustancias y los trastornos del ánimo.

El trastorno histriónico de la personalidad afecta entre el 0.6% y el 1.8% de la población (Aslam, S. et. al, 2025). En estos pacientes se evidencia un patrón persistente de búsqueda de atención mediante comportamientos y expresiones emocionales exageradas o teatrales. Es muy común que adopten actitudes seductoras y recurren a la apariencia para recibir reconocimiento. No obstante, la emocionalidad que manifiestan estos sujetos tiende a ser superficial y dramatizada, ya que actúan las emociones que perciben como socialmente esperadas para recibir validación externa.

Por otro lado, el trastorno antisocial cuya prevalencia es de 3.1% (Bushuell, et. al, 1989) se caracteriza por un patrón persistente de desprecio y vulneración ante los derechos de los demás. Este se manifiesta por engaños, impulsividad, agresividad e incumplimiento de normas sociales. Además, es uno de los pocos trastornos cuyas señales de alarma se manifiestan desde la infancia o adolescencia temprana en forma de conductas disociales .

El trastorno narcisista presenta tasas de prevalencia que oscilan entre 0 y 6% dependiendo del grupo poblacional, sin embargo esta cifra está potencialmente subestimada en los contextos occidentales debido a normalizaciones culturales de ciertos rasgos narcisistas (Anyasodor, A. E. et al, 2024). Entre los criterios diagnósticos más relevantes se encuentran un patrón dominante de grandeza, necesidad constante de admiración y falta de empatía que se manifiestan en comportamientos arrogantes. Además, se evidencia una tendencia a explotar a los demás para la consecución de sus propios fines.

La última patología perteneciente a este cluster es el trastorno límite de la personalidad, que además es el más estudiado por la comunidad científica. Su prevalencia oscila entre 1% y 3% y se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad afectiva, impulsividad, y comportamientos autolesivos (Kaur, M. & Sanches, M., 2023). Las personas que lo padecen presentan una alteración significativa de la identidad, baja tolerancia a la

frustración y vacíos emocionales intensos. Además, existe una gran dificultad para mantener relaciones interpersonales debido a marcadas oscilaciones entre la idealización y la devaluación del otro.

### Cluster C

El cluster C agrupa a los trastornos de personalidad ansiógenos y temerosos. A diferencia de los trastornos de los Cluster A y B, estos trastornos pueden vivirse de una manera menos egosintónica, es decir, generan en el sujeto un mayor malestar subjetivo y conciencia de sufrimiento. Esto se debe sobre todo por su alta comorbilidad con trastornos de ansiedad, del ánimo y alimenticios: "En aproximadamente la mitad de los casos de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de la conducta alimentaria, existe una patología comórbida del clúster C. Esto tiene una influencia importante en la progresión de los síntomas, la eficacia del tratamiento y la posibilidad de recaída" (Hutsebaut, J. et al., 2018).

El trastorno dependiente tiene una prevalencia de 0.78% en países occidentales (Despland, J. N., et. al., 2020), convirtiéndolo en uno de los diagnósticos menos frecuentes entre los trastornos de personalidad. No obstante, se ha observado con mucha más frecuencia en mujeres adultas a comparación de otras poblaciones. Estos pacientes manifiestan una necesidad intensa de ser cuidados, miedo al abandono, dificultad para tomar decisiones sin apoyo y patrones de comportamiento sumisos. Desde una perspectiva cognitivista, este cuadro se sustenta en la creencia nuclear de incompetencia y vulnerabilidad personal.

De igual manera, los sentimientos de incompetencia y autoimagen devaluada también se ven en los pacientes con trastorno de personalidad evitativo, sin embargo, se diferencia por su patrón conductual de inhibición ante situaciones sociales o relacionales. Los sujetos con trastorno de personalidad evitativo son hipersensibles ante la crítica tienden a evitar el contacto interpersonal por miedo al rechazo o la humillación. La prevalencia de este trastorno, en países occidentales, oscila entre 0,8% y 5% (Reich, J. & Schatzberg, A., 2021).

Finalmente, el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TOCP), se caracteriza por una preocupación excesiva por el orden, el control (mental e interpersonal) y una búsqueda constante del perfeccionismo. Esta rigidez conductual y cognitiva limita la eficiencia funcional del paciente y el establecimiento de relaciones interpersonales

satisfactorias, sin embargo estos no tienen conciencia de enfermedad. El TOCP es el trastorno de personalidad más prevalente en el DMS-5 con una tasa de aproximadamente el 6.5% de la población mundial. Asimismo, se ha identificado una alta comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Brdzik, M. et. al., 2025)

El DSM-5 establece criterios específicos que deben cumplirse para poder diagnosticar cada uno de estos trastornos. No obstante, existen casos donde una persona cumple múltiples criterios, sin embargo, no los suficientes para realizar el diagnóstico formal. En estas situaciones se habla de un sujeto con rasgos de un determinado tipo de personalidad y no de un trastorno propiamente dicho. Es decir, en el caso del trastorno esquizoide de la personalidad, estaríamos hablando de una persona con rasgos esquizoides. Estas personas igual requieren de intervención terapéutica y es esencial no pasárlas por alto. Debido a estas situaciones es que algunos profesionales proponen un modelo dimensional que estudie los procesos que subyacen diversas categorías diagnósticas y el establecimiento de categorías trans diagnósticas que permitan tener una mejor idea de porque ocurre la alta comorbilidad entre algunas patologías. Como resultado se podrían establecer tratamientos innovadores que sean efectivos para diversas patologías que comparten un factor subyacente determinado. (Broco, L. et al., 2020).

### Capítulo 3: Desarrollo y etiología de los trastornos de personalidad

La etiología de los trastornos de personalidad es sumamente compleja y puede variar significativamente entre sujetos, sin embargo se sabe que es resultado de una interacción dinámica de factores biológicos, psicológicos y ambientales. Si bien no se ha determinado un gen específico responsable de su aparición, en determinados pacientes con el diagnóstico de TP, se han podido apreciar alteraciones en los genes asociados a la regulación el estado de ánimo, como los receptores de dopamina y transportadores de serotonina ( Adamczyk, P., et al., 2025.) Estas modificaciones pueden señalar una predisposición neurobiológica a responder de manera disfuncional ante situaciones adversas.

En la misma línea, Francesca Cirulli, la directora de investigación del instituto de sanidad de Roma, sostiene que el funcionamiento óptimo de los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico representan un factor de protección ante las experiencias tempranas adversas que los pacientes anteriores no tienen debido a la predisposición genética señalada.

Además, Cirulli señala el papel medidor que tienen las neurotrofinas en la relación entre las vivencias estresantes o traumáticas y las disfunciones conductuales: "Debido a su participación en el desarrollo y funcionamiento del cerebro, las neurotrofinas podrían ser factores importantes implicados en la mediación de los efectos de experiencias tempranas estresantes o traumáticas sobre las disfunciones conductuales y la psicopatología." (Cirulli, F., et. al., 2009). Asimismo, estudios neuroanatómicos han revelado anomalías estructurales en el cerebro de pacientes con trastornos de personalidad. Dichas anomalías están ubicadas en la amígdala, el córtex prefrontal y el sistema límbico, que regulan el procesamiento emocional, por lo que pueden conducir a un patrón de temperamento caracterizado por alta impulsividad y tendencia a efectos negativos, otro factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de personalidad.

Las experiencias de adversidad en la infancia como el abuso emocional, físico o sexual, la negligencia o el trauma, son factores de riesgos predominantes en el desarrollo de las patologías de la personalidad. Inclusive situaciones menos extremas como el estrés crónico o los ambientes familiares disfuncionales tienen la capacidad de potenciar la expresión de pre disposiciones genéticas pre existentes. Desde una perspectiva cognitiva, el modelo propuesto por Beck y Freeman (1990) establece que los factores biológicos interactúan con las experiencias tempranas para elaborar un perfil cognitivo característico. El perfil cognitivo de las personas que padecen un trastorno de personalidad está constituido por creencias nucleares disfuncionales originadas como estrategias adaptativas ante entornos hostiles y reforzadas durante toda la trayectoria vital. "Los trastornos de personalidad serían expresiones exageradas de aquellas estrategias primigenias que resultaron adaptativas en algún momento de la evolución filogenética" (Beck, A., et. al., 1990). Por tanto, cada trastorno se asocia con un perfil cognitivo específico, que coincide con las descripciones que el DSM-V hace de cada diagnóstico. Además, estas condicionan la interpretación sesgada de los acontecimientos, el mantenimiento de esquemas rígidos de procesamiento de la información y la aparición de pensamientos automáticos negativos coherentes con dichos esquemas. Este enfoque integrador permite comprender cómo los factores genéticos y ambientales convergen en la configuración de estilos cognitivos y comportamentales relativamente estables, que constituyen el núcleo de los trastornos de personalidad.

Los estilos educativos parentales son patrones comportamentales, actitudinales y emocionales estables que los cuidadores manifiestan en la relación con sus hijos y en el proceso de socialización de los mismos. Existen 2 dimensiones conductuales que se considera esencial estudiar con el fin de categorizar el estilo parental que predomina en una familia: La exigencia, que alude al grado de control, supervisión y normas que se le imponen al hijo, al igual que a las expectativas que recaen sobre el mismo; y la responsividad, que se refiere al nivel de apoyo emocional, sensibilidad y calidad de la comunicación intrafamiliar (D. Chitayaphorn, 2009). Según el modelo de Baumrind las distintas combinaciones de estas variables dan lugar a los 3 estilos parentales principales: Autoritario (Altos niveles de exigencia y bajos niveles de afecto) Permisivo (Altos niveles de afecto y bajos niveles de exigencia) y Autoritativo (Altos niveles de afecto y altos niveles de exigencia.) Posteriormente, Maccoby y Martin realizan una ampliación de este modelo adicionando la categoría de negligencia parental la cual implica bajos niveles de exigencia y bajos niveles de afecto.

Cada estilo parental construye dinámicas relaciones familiares muy particulares. En el caso del estilo autoritario vemos una limitación en la autonomía del hijo ocasionada por la sobreprotección de los padres y acompañada de una comunicación unidireccional que escasas veces es asertiva. Además, se observa una constante utilización del castigo como método de socialización, rigidez en el repertorio de estrategias de crianza y, en algunos casos, la presencia de crítica excesiva y comportamientos intrusivos.

Por el contrario, los hogares permisivos se caracterizan por la ausencia o inconsistencia de límites. Esto, muchas veces, se debe a que los padres presentan una falta de confianza en sus habilidades dentro del rol lo que dificulta su desempeño como agente socializador. Con respecto a la comunicación, desde un punto de vista externo parece ser abierta, sin embargo suele adoptar un tono pasivo o pasivo-agresivo derivado de la tendencia a la evitación del conflicto característica de este tipo de cuidadores. Como resultado, pueden generarse problemas con la asunción de responsabilidades y la regulación emocional.

El estilo autoritativo, es considerado el más equilibrado por la psicología, ya que ofrece calidez, sensibilidad y una disciplina firme con una razonamiento lógico detrás, sin necesidad de abusar del castigo o la crítica. De igual manera, los padres autoritativos

fomentan la autonomía en sus hijos mediante estrategias como el andamiaje, el reforzamiento positivo y la seguridad emocional (Aksoy. D., 2023) (Maccoby, E. y Martín, J., 1983).

Finalmente, los cuidadores con un estilo negligente muestran una desvinculación emocional con respecto a sus hijos, además de una falta de interés por su proceso de socialización. Esto se traduce en una ausencia de disciplina, estructura y apoyo que puede tener consecuencias alarmantes.

La evidencia empírica sugiere que los estilos parentales y la calidad de relaciones cuidador-hijo que generan, tienen una influencia directa en el desarrollo de la personalidad, ya que afecta variables subyacentes a estas tales como la regulación emocional, la autopercepción, la capacidad de mentalización y el apego (Shu. W., 2024). A continuación se muestra una tabla con las implicaciones que presenta cada estilo parental para las variables mencionadas.

	Regulación emocional (Zheng. J., 2025)  (Aksoy. D., 2023)	Estilo de apego (Nathania. M. et. al. 2022)  (Neal, J., & Frick-Horbury, D. 2001)	Capacidad de mentalización (Miller. S, 2013)  (Istiqomah. A, 2018)	Autopercepción (Pinquart, M., Gerke, D. 2019)  (Kou. S, 2022)	Habilidades sociales (Zheng. J., 2025)  (Zena. Y. & Heeralal. P, 2021)
Permisivo	Baja capacidad de regulación emocional	Tendencia a apego ansioso	Los datos son menos claros. Sin embargo, la evidencia sugiere que la baja capacidad de regulación emocional y tendencia a ansiedad podría afectar su desarrollo. (Lian. J., 2021)	Resultados ambivalentes	Buena competencia social. La baja capacidad de autorregulación afecta negativamente al mantenimiento de las relaciones sociales.
Autoritario	Baja capacidad de regulación emocional	Tendencia a apego inseguro	Dificultades para desarrollar la capacidad de mentalización debido a la reducción de oportunidades para explorar perspectivas ajenas.	Autopercepción devaluada	Habilidades sociales empobrecidas debido a una inhibición social y baja niveles de confianza en el otro.
Autoritativo	Alta capacidad de regulación emocional	Tendencia al apego seguro	Buena capacidad de mentalización y mayor capacidad de reflexión sobre estados emocionales ajenos	Autopercepción positiva	Buena competencia social promovida por capacidad de comunicación asertiva y empatía.
Negligente	Baja capacidad de regulación emocional	Tendencia a apego desorganizado o evitativo	Dificultades para desarrollar la capacidad de mentalización debido a la reducción de oportunidades para explorar perspectivas ajenas.	Autopercepción devaluada	Habilidades sociales empobrecidas por falta de compresión de estados emocionales ajenos y de normas sociales

Es relevante señalar que el temperamento actúa como mediador entre el estilo educativo parental y las variables mencionadas en la tabla, operando mediante dos mecanismos distintos. En primer lugar, características temperamentales del niño elicitán respuestas específicas en los padres lo que puede conducirlos a adoptar un determinado estilo mediante el mecanismo de retroalimentación. Por ejemplo, un niño con temperamento difícil puede provocar en sus padres respuestas de frustración, incrementando la probabilidad de que recurran a estrategias parentales punitivas como el castigo. En segundo lugar, existen combinaciones temperamentales que presentan mayor vulnerabilidad frente a determinadas prácticas parentales o una menor resiliencia a contextos familiares disfuncionales lo que incrementa el riesgo de desarrollar una patología de la personalidad mediante procesos de interacción epigenética: "La literatura cada vez más amplia sugiere que la crianza interactúa con el temperamento para influir en el desarrollo socioemocional, señalando especialmente la posibilidad de que algunas dimensiones temperamentales sean más vulnerables que otras a los efectos perjudiciales de un contexto de crianza negativo" (Deković. M. et. al., 2016).

Los estilos parentales también pueden fomentar el desarrollo de esquemas cognitivos desadaptativos tempranos. Una revisión sistemática de 22 artículos confirma que la sobreprotección y la percepción de rechazo materno están asociados con la aparición de esquemas desadaptativos en la infancia lo que aumenta el riesgo de patologías de la personalidad en la adultez (Basso. A. et. al. 2019). Asimismo, los esquemas desadaptativos también pueden ser transmitidos generacionalmente. La evidencia sugiere que el estilo autoritativo parental predice una menor heredabilidad de los esquemas disfuncionales parentales mientras que el autoritario predice una mayor posibilidad de heredar e internalizar los esquemas parentales desadaptativos ( Francis. A. & Gibson. M., 2019).

Asimismo, la terapia sistémica analiza las consecuencias psicológicas en los niños cuando los progenitores tienen estilos de crianza inconsistentes, por ejemplo cuando uno adopta un estilo predominantemente autoritario y el otro uno permisivo. Esta configuración de estilos suele ser resultado de una triangulación donde el niño sirve para desviar la atención de los problemas de pareja. Además, suele potenciar los conflictos intrafamiliares y facilita

la formación de coaliciones entre uno de los padres y el hijo. Como resultado en la adolescencia se evidencian una falta de capacidad de regulación emocional y mayores problemas conductuales externalizantes (Rodrigues, M. & Pereira, C., 2020). Por otro lado, las coaliciones dificultan el proceso de diferenciación personal con respecto a los progenitores, lo que afecta negativamente el desarrollo de la identidad: Un estudio con 1.105 adolescentes suizos mostró que la triangulación coparental se asocia con desadaptación en algunas dimensiones de la identidad: Exploración rumiativa de la identidad y duda o falta de compromiso en valores y creencias propias ( Van Petegem, S., et. al., 2019). De acuerdo con la teoría de Salvador Minuchin esto se debe a que las dinámicas de triangulación y coalición provocan en los hijos sentimientos de dependencia, culpa o responsabilidad emocional por con respecto a sus padres que les impide explorar su identidad sana y libremente. Como fue mencionado. Las consecuencias que implican estas dinámicas familiares para variables subyacentes de la personalidad tales como el sentido de identidad, la autonomía y la regulación emocional señalan la relevancia de su estudio para comprender la complejidad etiológica de los trastornos de personalidad.

## Capítulo 5: Resultados

### **Cluster A**

Existe una relación entre el desarrollo de trastornos de la personalidad del grupo A y el estilo parental negligente o estilo autoritario caracterizado por bajos niveles de afecto . Esta relación se evidencia en un estudio longitudinal de 27 años llevado a cabo en una comunidad de 593 familias: "Un amplio estudio comunitario longitudinal de 27 años encontró que bajos niveles de afecto y cuidado parental en la infancia predijeron un mayor riesgo de trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide, y esquizotípico en la adultez, incluso después de controlar los problemas infantiles y la psicopatología parental" (Chen, H., et. al., 2006).

Asimismo, observamos aún más riesgo al desarrollo de estas patologías ante un estilo negligente caracterizado por abuso emocional, físico o sexual.

La ideación mágica en el trastorno esquizotípico de la personalidad se relaciona específicamente con abuso emocional, mientras que la dificultad para sentir placer se relaciona a la negligencia emocional (Bernhard, J., et. al., 2022). En la misma línea Amparo Belloch menciona que durante la terapia cognitiva con estos pacientes se evidencian secuelas de experiencias traumáticas de abuso o negligencias e intentos de mantener distancia con el terapeuta para protegerse de una posible humillación. Ella plantea que el psicólogo debe de hacer de la terapia un espacio sumamente seguro para que el paciente esquizotípico se explore a sí mismo sin sentir la necesidad de protegerse recurriendo al pensamiento mágico (Belloch, A., 2000).

Con respecto al trastorno esquizoide de la personalidad se observa que el riesgo recae en estilos negligentes o autoritarios donde existe una falta de vinculación temprana con la madre, que suele ser común debido a la falta de calidez de este tipo de crianza. Además, en los sujetos esquizoides se observa una mayor secreción de cortisol desde la adolescencia y se reportan un mayor número de situaciones vitales estresantes tempranas, tales como conflictividad familiar, fenómenos que posiblemente estén conectados entre sí ((Esterberg, M., et. al., 2010). Asimismo, la falta de implicación e interés en la crianza de los hijos está relacionada con el aplanamiento afectivo y anhedonia social en la adultez característicos de la personalidad esquizoide ( Parwatha, N., et. al., 2024)

## Referencias

- Adamczyk, P., More, L., Morella, I. & Shaw, A. (2025). Neurobiology, molecular pathways, and environmental influences in antisocial traits and personality disorders. *Neuropharmacology* (269). <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2025.110322>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR (Text Revision)*. American Psychiatric Publishing.
- Anyasodor, A.E., Giri, S., Ross, A.G. et al. ( 2024) Adverse childhood experiences leading to narcissistic personality disorder: a case report. *BMC Psychiatry*, 24 (842). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06307-9>
- Aslam, S., French, J., Shrestha, S., Torrico, T. (2024) *Histrionic Personality Disorder*. StatPearls Publishing. Recuperado en diciembre de 2025 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542325/>.
- Beck, A. T., & Freeman, A. M. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Personality and Mental Health*, 1(3), 226-239. <https://doi.org/10.1002/pmh.42>
- Broco, L., Doll, A., Ramos, M., & Sánchez, A. (2020). La personalidad como vulnerabilidad unidimensional y bidimensional: el papel mediador de las variables cognitivas en la gravedad sintomatológica en una muestra de personas con trastorno grave de personalidad. *Clínica y Salud*, 31(1), 1-12. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a18>
- Burdzik, M., Debski, P., Gorczyca, P. et al. (2025) The impact of obsessive-compulsive personality disorder on obsessive-compulsive disorder: clinical outcomes in the context of bipolarity. *Frontiers in Psychiatry* (16). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1532966>

Chou, SP., Dawson, DA., Grant, BF., Hasin, DS., Ruan, WJ., Stinson, FS. et al. (2004) Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0711>

Despland, J. N., De Roten, Y., Dunker-Scheuner, D., Kramer, U., Maccaferri, G. E., & Sachse, R. (2020). Psychotherapy of Dependent Personality Disorder: The Relationship of Patient–Therapist Interactions to Outcome. *Psychiatry*, 83(2), 179–194. <https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1675376>

Hutsebaut, J., Willemsen, E. M. C., & Van, H. L. (2018). Tijd voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen: State of the art. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(5), 306–314.

Lenzenweger, M. F. (2010). Current Status of the Scientific Study of the Personality Disorders: an Overview of Epidemiological, Longitudinal, Experimental Psychopathology, and Neurobehavioral Perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58(4), 741-778. <https://doi.org/10.1177/0003065110386111>

Millon, T., & Davis, R. O. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM IV*. Elsevier - Masson.

Kaur, M. & Sanches, M. (2023). Parenting Role in the Development of Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 56 (1-2), 109–116. DOI: 10.1159/000524802

Reich, J., Schatzberg, A. (2021) Prevalence, Factor Structure, and Heritability of Avoidant Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(10), 764-772. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001378

Van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., & Severens, J. L. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 259-265. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0212>

Weissman, M. M. (1993). The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. *Journal of Personality Disorders*, 1, 44–62.