

Trastornos de la personalidad.

Fuentes S., Barragán J., Valero C.
Centro de Salud Mental de Villena (Alicante, ESPAÑA-UE).

CONCEPTO.

Patrones de comportamiento inadaptados, generalizados, persistentes y muy arraigados.
La alteración se localiza en el rasgo de la personalidad, más que su estado.

Los rasgos inadaptados pueden ser:

- comportamiento
- emocionales
- cognoscitivos
- perceptivos
- psicodinámicos

La necesidad de conocerlos mejor ha surgido por tres razones fundamentales:

- la constatación de que se trata de trastornos frecuentes en la comunidad, y se detectan en medios socioculturales distintos;
- el daño o perjuicio que suponen para el individuo que los padece, la familia y la sociedad en general,
- la evidencia de que son una variable importante para la evolución y el pronóstico de las enfermedades mentales, así como para el resultado del tratamiento.

Las concepciones de la personalidad se han desarrollado tradicionalmente a partir de tres disciplinas distintas: psicoanálisis, sociología y psicología conductista. A éstas hay que añadir el enfoque biológico.

Uno de los puntos más discutidos al comparar los distintos modelos teóricos consiste en saber si deben ser considerados desde un punto de vista dimensional o bien categorial. Este problema se plantea debido a que muchos rasgos descritos se encuentran, en mayor o menor grado, en la mayoría de los individuos.

Según el enfoque dimensional, que cuenta con más pruebas experimentales a su favor, los trastornos de la personalidad constituyen variantes cuantitativas extremas y desadaptativas dentro del amplio espectro de la personalidad normal.

El enfoque categorial considera que son entidades psicopatológicas cualitativamente distintas, síndromes que pueden estar presentes o ausentes. Tal vez lo adecuado sea utilizar un enfoque u otro en función de los distintos trastornos.

La mayoría de definiciones coinciden en destacar tres puntos fundamentales:

- a. se inician precozmente, en la infancia, adolescencia o, como máximo, al principio de la edad adulta;
- b. persisten a lo largo del tiempo y los distintos ámbitos personales y sociales van siendo invadidos por patrones anormales de conducta, y
- c. generan un importante malestar al individuo y/o problemas de rendimiento laboral o social.

Asimismo es preciso distinguir si realmente se trata de un trastorno estable y duradero o si, por el contrario, es consecuencia de otros factores, como enfermedad mental, abuso de sustancias, enfermedad orgánica o simplemente la reacción a un acontecimiento estresante. También es necesario considerar las circunstancias

ambientales que envuelven al individuo. Más frecuentes entre las poblaciones urbanas y los grupos socioeconómicos más bajos. Asimismo se aprecia un ligero descenso en los grupos de edades más avanzadas. Los trastornos de la personalidad no muestran diferencias respecto al sexo; algunos trastornos específicos parecen ser más frecuentes en los hombres que en las mujeres, o al contrario. Los abordajes de tipo psicoanalítico son preferibles en pacientes ansiosos y/o inhibidos, mientras que las terapias cognitivo-conductuales se muestran más eficaces cuando se trata de fijar unos objetivos o de modificar hábitos desadaptativos o socialmente peligrosos.

Diagnóstico, signos y síntomas:

1. Antecedentes de dificultades de larga duración en diversas esferas de la vida.
2. Egosintónico.
3. Rigidez.
4. Ansiedad, como protección subyacente.
5. Falta de empatía con los demás.
6. Fijación en la etapa del desarrollo: inmadurez.
7. Dificultades en las relaciones interpersonales: amor y trabajo.

Epidemiología:

1. Prevalencia: 6-9%.
2. El trastorno del temperamento es un análogo precoz.
3. El trastorno de la personalidad comienza a manifestarse en la adolescencia tardía o al inicio de la juventud.
4. Afecta por igual a ambos sexos.
5. Antecedentes inespecíficos de trastornos psiquiátricos familiares.
6. Transmisión genética parcial de algunos trastornos de la personalidad.

Etiología:

- Multifactorial.
- Claros determinantes biológicos: genéticos, injuria perinatal, encefalitis, TCE).
- Alta tasa de concordancia entre gemelos monocigóticos.
- Dificultades individuales madurativas y problemas familiares (maltrato, incesto).

Pruebas psicológicas:

- Pruebas neuropsicológicas: etiología orgánica (EEG, TAC y mapeo electrofisiológico).
- Tests proyectivos: revelan preferencias por diversos patrones y estilos de personalidad.

Fisiopatología:

- Lóbulo frontal: Impulsividad, escasa capacidad de juicio, abulia.
- Lóbulo temporal: Rasgos de Klüver-Bucy, misticismo, posible violencia.
- Lóbulo parietal: Negación o rasgos eufóricos.

Evolución:

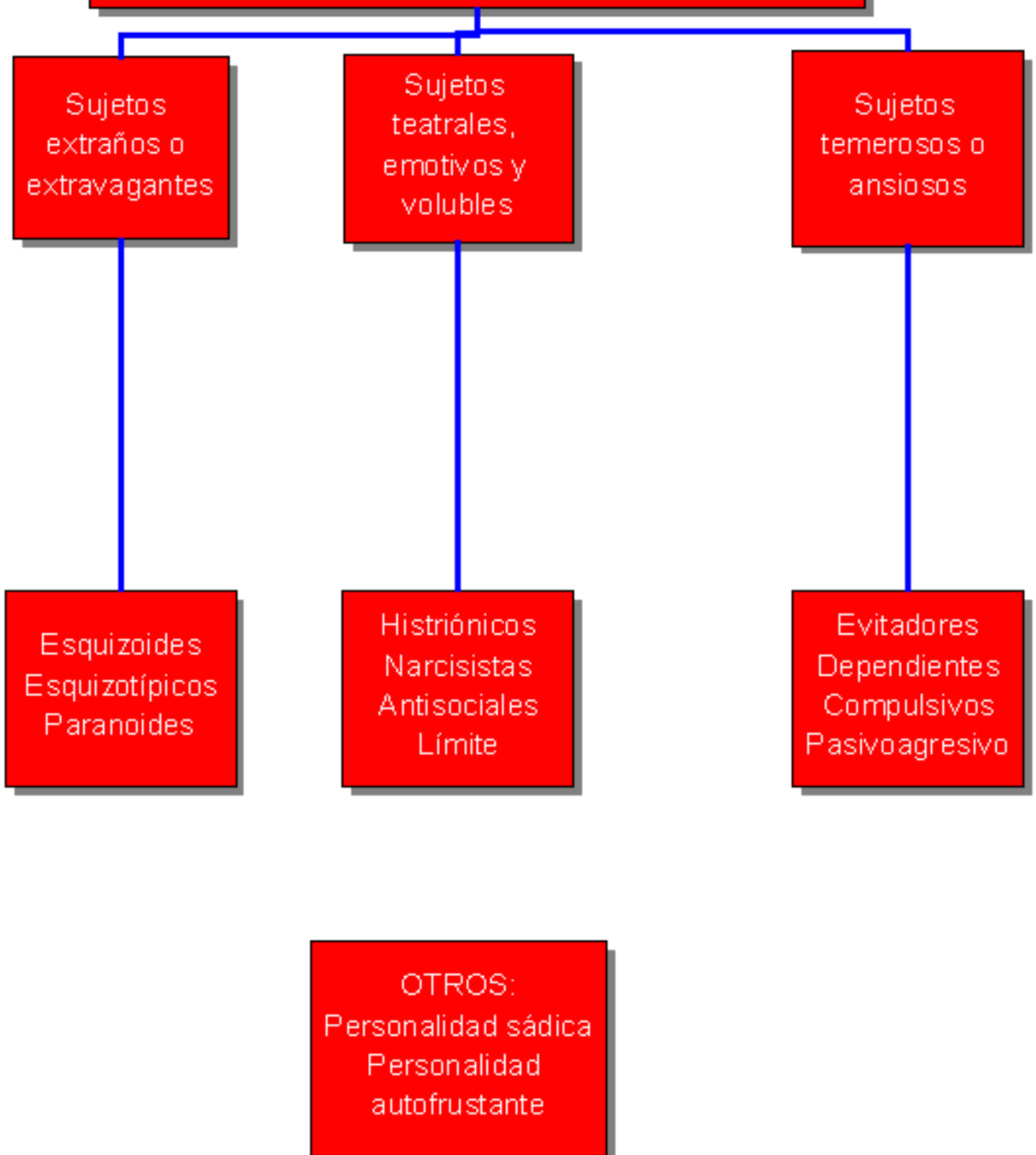
Variable. Estable o empeora. Algunos mejoran.

Clasificación de los trastornos de personalidad según la CIE-10 y el DSM-IV:

CIE-10	DSM-IV
Trastorno paranoide de la personalidad	Trastorno paranoide de la personalidad
Trastorno esquizoide de la personalidad	Trastorno esquizoide de la personalidad
Trastorno disocial de la personalidad	Trastorno antisocial de la personalidad
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad	-
<ul style="list-style-type: none">• Tipo impulsivo• Tipo límite (<i>borderline</i>) de la personalidad	<ul style="list-style-type: none">• -• Trastorno límite
Trastorno histriónico de la personalidad	Trastorno histriónico de la personalidad
Trastorno anancástico de la personalidad	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad	Trastorno de la personalidad por evitación
Trastorno dependiente de la personalidad	Trastorno de la personalidad por dependencia
Otros trastornos específicos de la personalidad	-
-	Trastorno esquizotípico de la personalidad
-	Trastorno narcisista de la personalidad
-	Trastornos de la personalidad no especificados

CLASIFICACIÓN.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD



El DSM-IV clasifica los trastornos de la personalidad en torno a tres grandes grupos e incluyen 11 categorías:

1- *Sujetos extraños o extravagantes:*

- esquizoides
- esquizotípicos
- paranoides

2- Sujetos inmaduros:

- histriónicos
- narcisistas
- antisociales
- límite

3- Sujetos temerosos:

- evitadores
- dependientes
- compulsivos
- pasivo-agresivos

PRINCIPIOS SOBRE LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS

1. Los trastornos de la personalidad (TP) no son enfermedades.
2. Los TP son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados, no entidades internamente homogéneas.
3. Los TP son sistemas dinámicos, no entidades estáticas y permanentes.
4. La personalidad consiste en múltiples unidades con múltiples niveles de datos.
5. La personalidad existe en un *continuum*. No hay división estricta entre normalidad y patología.
6. La patogenia de la enfermedad no es lineal, sino que se distribuye secuencialmente y de forma múltiple a través de todo el sistema.
7. Los criterios con los que se evalúa la patología de la personalidad deben ser coordinados de forma lógica con el propio modelo de sistemas.
8. Los TP pueden ser evaluados, pero no diagnosticados de forma definitiva.
9. Los TP requieren modalidades de intervención combinadas y diseñadas estratégicamente.

GRUPO I: PERSONAS QUE PARECEN EXTRAÑAS O EXCÉNTRICAS

- Notable aislamiento interpersonal y social.
- Alteración en los mecanismos de procesamiento de la realidad exterior.
- Llamativa dificultad para aprender las habilidades sociales más elementales.
- Percepciones distorsionadas y actitudes de desconfianza.
- Raros, impenetrables, viven socialmente aislados en distintas formas de marginalidad.
- Carecen del sentido del humor y de intereses ailiativos.
- Fríos, inexpresivos.
- Fácil adhesión a sectas, altamente vulnerables a la patología psiquiátrica: esquizofrenia, trastornos

afectivos y abuso de sustancias.

Eysenck:

- conductas desviadas de la norma.
- elevadas puntuaciones en la dimensión “psicoticismo”.
- “callosidad” emocional.
- componente de la impulsividad y del aventurerismo que no pertenecen a la extraversión.
- altas puntuaciones en la “esquizotipia”.

Estos trastornos apenas se modifican a lo largo de la biografía del sujeto.

● TRASTORNO PARANOIDE

Se diagnostica al inicio de la edad adulta.

Prevalencia se sitúa aproximadamente en el 0,5-2,5 % en la población general; entre los pacientes psiquiátricos ingresados es del 10-30 %, y en las muestras procedentes de centros de salud mental es del 2-10 %.

Mayor prevalencia entre los familiares de pacientes.

Más frecuente entre los varones.

Más común en los grupos socioeconómicos más bajos.

- > Desconfianza.
- > Hipersensibilidad.
- > Propensión a dar significado a los detalles más nimios.

Crterios diagnósticos del DSM-IV:

1. Desconfianza y suspicacia hacia los demás, desde comienzo de la edad adulta y presentes en diversos contextos, con interpretación malevolente de los motivos de los otros, indicados por 4 o más de los siguientes signos:
 1. El sujeto sospecha sin base suficiente, explotado, dañado o engañado por los demás.
 2. Cuestiona injustificadamente la lealtad o la confianza de amigos.
 3. Resistencia a hacer confidencias debido al temor injustificado de que la información se utilice en su contra.
 4. Atribución de significados ocultos degradantes o amenazantes a comentarios o hechos inocentes.
 5. Rencoroso.
 6. Percibe ataques contra su persona con reacciones con ira.
 7. Sospecha recurrentemente, sin justificación, de la fidelidad de la pareja.
2. No sobreviene de la esquizofrenia, de trastorno anímico con características psicóticas o de otro trastorno psicótico, y no se debe a efectos de un problema médico.

Desconfianza hacia los demás, la sospecha constante de que pretenden perjudicarles. Necesitan de forma exagerada sentirse autosuficientes y se conceden a sí mismos gran importancia.

El sentido de realidad está distorsionado, de forma que cualquier detalle del ambiente, por nimio que sea, puede ser interpretado como amenazante o como la prueba que confirma sus sospechas. Son dados a ver conspiraciones y por ello permanecen en constante estado de alerta con el fin de controlar y detectar la más mínima señal de peligro. Cuando creen hallarla, reaccionan de forma rápida e incluso pueden contraatacar con violencia.

Suelen ser rectos, se aferran a las normas y carecen de sentido del humor y de flexibilidad, mostrándose intransigentes, cuando no hostiles, ante todas aquellas personas cuyas actitudes no encajan con las suyas.

Sentido combativo y tenaz, en ocasiones se dejan llevar por el fanatismo.

La tendencia a considerarse muy importantes genera una actitud autorreferencial que les induce a sentirse ofendidos ante el más pequeño desaire; no olvidan, se suelen mostrar resentidos y rencorosos y jamás perdonan.

En muchos casos presentan celos patológicos en relación a la pareja y son frecuentes los conflictos laborales.

Carecen de amigos y raramente explican sus cosas por temor a que la información pueda ser utilizada en contra suya. En sus relaciones interpersonales son fríos y carentes de ternura y se basan en la jerarquización; sumisos ante los que consideran superiores; despóticos con los inferiores. Acaban viviendo solos.

Falta de autocrítica.

En situaciones muy estresantes, estas personas pueden padecer episodios psicóticos de breve duración.

Con cierta frecuencia presentan abuso o dependencia de tóxicos y pueden desarrollar otros trastornos (depresivo, agorafóbico u obsesivo-compulsivo).

Los tipos esquizotípico, esquizoide, narcisista, evitativo y límite son los que más se asocian al trastorno paranoide de la personalidad .

Existen 2 versiones:

1. Dura, afirmativa, litigante.
2. Blanda, sensitiva, sufriente. Hipersensibilidad, rencor, sentimientos de ser tratados de manera peyorativa.

● **TRASTORNO ESQUIZOIDE**

El inicio de este trastorno se sitúa al principio de la edad adulta, aunque en la infancia ya se ha detectado la dificultad de relación y la falta de expresividad emocional en los ámbitos familiar y escolar.

Prevalencia 0,4-0,9 %.

Más frecuente entre los varones.

No hay pruebas de una relación genética del trastorno con la esquizofrenia.

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

1. Patrón generalizado de indiferencia a las relaciones sociales con limitado espectro de expresiones emocionales en relaciones interpersonales, desde comienzos de la edad adulta y en diversos contextos. Indicado en 4 o más signos:
 1. No desea relaciones estrechas, incluidas las familiares.
 2. Escaso interés en relaciones sexuales con otra persona.
 3. Pocas actividades le resultan placenteras.
 4. No tiene amigos, aparte de los familiares directos.
 5. Indiferencia a elogios o críticas.
 6. Frialdad emocional, desapego.
2. No se produce exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo, y no obedece a los efectos directos de una enfermedad médica.

Falta de interés e incluso la indiferencia por las relaciones sociales.

Dificultad para expresar sentimientos de cualquier tipo. Ensimismados, ausentes.

A primera vista pueden parecer personas simplemente tímidas o introvertidas, aunque suelen tener reacciones emocionales intensas y, a veces, consiguen una adaptación social aceptable.

Todo parece indicar que las personas con trastorno esquizoide no manifiestan sus emociones por el mero hecho de que no las tienen. Su mundo interior diríase que está vacío. Como máximo, en situaciones en las que se encuentran especialmente cómodos y relajados, pueden verbalizar estados de malestar en relación con sus dificultades para las relaciones sociales.

Esta conducta extraña y solitaria es comparable con la del esquizotípico, pero en el esquizoide la alteración parece ser por defecto, mientras que en aquél es de tipo cualitativo, con distorsiones perceptivas y cognitivas. Dificultad o incapacidad para disfrutar de las cosas agradables.

Los acontecimientos vitales importantes parecen no inmutarle y tampoco sabe reaccionar con rabia o simplemente enfadarse cuando las circunstancias lo requieren.

En la esfera social carecen de amigos y de relaciones o, como mucho, sólo llegan a cierto grado de intimidad con algún familiar muy allegado si consiguen depositarle su confianza.

Estas deficiencias, unidas a su escaso interés por las cuestiones sexuales, contribuye a que estas personas suelen permanecer solteras. Les resulta difícil reconocer las emociones en los demás, se muestran inexpresivos, fríos y distantes y acostumbran a provocar reacciones de indiferencia. Carecen de habilidades sociales.

En el ámbito laboral se muestran indecisos y ambiguos en sus objetivos.

Poco participativos y raramente se les ve integrados en un grupo.

En su interior se sienten en desacuerdo con su autoimagen. Tienden a ocuparse en actividades solitarias que no requieran interacción alguna y, en ciertos casos, son capaces de obtener buenos resultados, aunque suelen pecar de fantasiosos. En las tareas de tipo mecánico o abstracto es, al parecer, donde mejor se desenvuelven.

Las personas con un trastorno esquizoide de la personalidad pueden padecer fobias y vivencias autorreferenciales y, en casos de estrés intenso, presentar episodios psicóticos breves, de minutos u horas.

Frecuente el consumo de tóxicos.

Las depresiones mayores constituyen una posible complicación.

En cuanto a la asociación con otros trastornos de la personalidad, los más frecuentes son los esquizotípico, paranoide y evitativo.

● TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO

Se inicia al principio de la edad adulta, aunque en la infancia ya suele presentarse hipersensibilidad y ansiedad en el contexto social; estos niños se muestran solitarios y acostumbran a tener un bajo rendimiento escolar. También llaman la atención por lo peculiar de su forma de expresarse y por la rareza de sus pensamientos y fantasías.

La prevalencia en la población general se calcula en un 3 % y se diagnostica con una frecuencia ligeramente más alta entre los varones.

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

A. Patrón generalizado de déficit social e interpersonal, incomodidad aguda ante las relaciones cercanas y menor capacidad de entablarlas, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades de comportamiento, desde comienzos de la edad adulta y en diversos contextos. Indicado por 5 o más signos:

1. Ideas de referencia.
2. Creencias extrañas o pensamiento mágico, que influyen sobre el comportamiento y son incompatibles con las normas subculturales (superstición, creencia en la clarividencia,...)
3. Experiencias perceptivas desacostumbradas (ilusiones corporales).
4. Pensamiento y discurso extraño.
5. Susplicacia e ideación paranoide.
6. Afecto inapropiado o limitado.
7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
8. Falta de amigos.
9. Excesiva ansiedad social que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse con temores paranoides, más que con juicios negativos acerca de sí mismo.

B. No se produce exclusivamente durante el curso de esquizofrenia, trastorno de estado de ánimo con características psicóticas, trastorno psicótico o trastorno generalizado del desarrollo.

El trastorno esquizotípico es el más grave y más raro de todo el grupo.

La CIE-10 no lo clasifica entre los trastornos de la personalidad, sino que lo incluye en el apartado de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, para enfatizar la contigüidad que hay entre él y la esquizofrenia.

El esquizotípico comparte algunos aspectos con el paranoide y el esquizoide, pero revestidos de más gravedad, como lo demuestran, entre otras cosas, el mayor número de ingresos, el grado de deterioro y marginación social y el hecho de que una minoría acaben con esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

- > Pobreza en el contacto social y retraimiento,

- > Distorsiones cognitivas y perceptivas.
- > Notable excentricidad en la conducta, que se pone de manifiesto incluso en la forma de vestir.
- > Las rumiaciones obsesivas y las ideas supersticiosas.

Aunque la persona que lo presenta puede quejarse de tener pocos amigos, lo cierto es que parece no desearlos. Su lenguaje es peculiar; responde vagamente o con metáforas y, en conjunto, se expresa de forma muy rebuscada y estereotipada, sin llegar al descarrilamiento o incoherencia típicos del psicótico.

Incapaz de disfrutar de aquellas cosas o situaciones que son consideradas placenteras por la mayoría.

El contacto con los demás es frío y más bien receloso.

Con frecuencia le asaltan ideas autorreferenciales que le provocan grados de ansiedad elevados.

Proclives a interesarse por el mundo de lo paranormal y, a menudo, están convencidos de poseer poderes especiales o de que son capaces, de alguna extraña forma, de controlar los actos de los demás.

Pueden sufrir episodios de despersonalización o desrealización.

En situaciones de estrés pueden presentar episodios psicóticos breves, pero en algunos casos, el cuadro reviste tal gravedad que cumple criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico.

Con cierta frecuencia presentan depresiones, motivo de ingreso.

No es raro que el trastorno esquizotípico se dé con otros trastornos de la personalidad, especialmente el esquizoide, el paranoide, el evitativo y el límite.

GRUPO II: PERSONAS QUE PARECEN TEATRALES, EMOTIVAS Y VOLUBLES

La labilidad afectiva y dificultad para controlar los impulsos, con los consiguientes problemas para la adaptación social. A menudo son catalogados de inmaduros.

• TRASTORNO ANTISOCIAL

Aunque este trastorno se diagnostica a partir de los 18 años, en realidad se inicia en la infancia y tiene una evolución crónica y desfavorable, tanto más cuanto más prominentes sean los rasgos psicopatológicos.

Con el paso del tiempo algunos de los pacientes presentan cierta mejoría.

Prevalencia del 3 % para el sexo masculino y del 1 % para el femenino.

Los familiares de primer grado del paciente antisocial tienen más riesgo de padecer este trastorno, así como el abuso de sustancias y los trastornos por somatización; estos últimos son más frecuentes entre los parientes femeninos, mientras que el trastorno antisocial se da más entre los masculinos.

En la historia infantil hay figuras maternas demasiado tolerantes y padres excesivamente débiles, pero la emergencia del trastorno es tan temprana que a veces es difícil distinguir entre causas y efectos en la interacción familiar paternofilial. De hecho, la prevalencia familiar del trastorno habla más en favor de la intervención de factores genéticos que de una alteración exclusiva de los procesos de socialización por prácticas educativas inconvenientes.

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

A. Patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás desde los 15 años, indicado por 3 o más signos:

1. No acatamiento de las normas sociales de comportamiento lícito. Actos antisociales que exponen al arresto.
2. No valoración de la verdad.
3. Impulsividad, no planificación del futuro.
4. Irritabilidad y agresividad.
5. Desprecio temerario por su seguridad y la de otros.
6. Irresponsabilidad. Incapacidad para mantener un trabajo.
7. No remordimientos, es indiferente o se encuentra justificado por haber herido, maltratado o robado a otro.

B. El individuo tiene por lo menos 18 años.

C. Existe evidencia de trastorno de la conducta con inicio < 15 años.

D. No aparece exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o un episodio maníaco.

Constante desprecio hacia la ley y hacia los derechos de los demás.

Conocidos también como psicópatas.

La CIE-10 utiliza el término disocial, que tiene menos connotaciones peyorativas. Alteración de los procesos de socialización. Necesitan gratificaciones inmediatas y tienen una tolerancia muy baja a la frustración, con tendencia a la agresividad.

Incapacidad para sentir culpa o remordimiento por sus actos y propensión a responsabilizar siempre a los demás.

Se caracterizan por una gran dificultad para aprender de la experiencia, sobre todo del castigo.

Socialmente, son personas carentes de empatía, frías, manipuladoras, desconsideradas y, en ocasiones, crueles.

Como paradoja, superficialmente pueden resultar agradables e incluso atractivas.

La falta de compromiso y la impulsividad caracterizan todos sus actos; son incapaces de mantener relaciones interpersonales duraderas y es frecuente que hayan tenido muchas parejas sexuales. Vida laboral inestable.

Pueden tener problemas graves con la ley. Pueden sentirse tensos, disfóricos o quejarse de aburrimiento. Otras veces desarrollan verdaderos trastornos de ansiedad, depresivos o somatizaciones. Adicciones a tóxicos o al juego patológico. La tasa de muerte violenta es más elevada que en la población general.

En cuanto a la coexistencia con otros trastornos de la personalidad, los más frecuentes son los trastornos límite, histriónico y narcisista.

● TRASTORNO LÍMITE

Se diagnostica al principio de la edad adulta.

Prevalencia del 2 %.

En las familias donde uno de los miembros padece este trastorno, el riesgo para los familiares de primer grado es 5 veces mayor que entre la población general. Asimismo el riesgo familiar es mayor para los trastornos por abuso de sustancias y los trastornos afectivos.

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

Patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y notoria impulsividad, desde comienzos de la edad adulta y en diversos contextos.

Indicado por 5 más signos:

Esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginario (no incluye los comportamientos suicidas o automutilantes mencionados en el criterio 5).

Relaciones interpersonales inestables y intensas, con alternancia entre idealización y desvalorización extremas.

Alteración de la identidad; autoimagen de sí mismo marcado e inestable.

Impulsividad en no menos de 2 áreas que le puedan causar perjuicios (gastos, abuso de sustancias, sexo, ...).

Recurrentes amenazas, gestos o comportamientos suicidas o automutilantes.

Inestabilidad afectiva debido a marcada reactividad del estado de ánimo.

Sentimientos crónicos de vacuidad.

Ira inapropiada, intensa o dificultad para controlarla.

Ideación paranoide o síntomas disociativos severos transitorios relacionados con estrés.

Sintomatología alternante (histriónica, obsesiva, antisocial y psicótica) a una velocidad que hace inoperante los tratamientos.

- > Inestabilidad, respecto a la vivencia de la autoimagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo.
- > Impulsividad.

Presentan alteraciones de la imagen de sí mismos y dudan a menudo de sus objetivos o de sus preferencias sexuales.

Los sentimientos de vacío les invaden constantemente.

Son muy sensibles a los cambios en sus relaciones interpersonales que, por otra parte, suelen idealizar o despreciar sin motivos aparentes; se implican tan intensamente que las rupturas acostumbran a ser motivo de descompensaciones, a veces graves.

Realizan esfuerzos excesivos para evitar el abandono, sea real o imaginado.

A menudo amenazan con autolesionarse o con el suicidio y en no pocas ocasiones lo ponen en práctica.

En algunos casos llegan a automutilarse y después no recuerdan nada, como si hubiesen pasado por un episodio disociativo.

Se calcula en el 8-10 % la tasa de suicidios consumados, más frecuentes entre los adultos jóvenes.

También son comunes las conductas temerarias o potencialmente autodestructivas: consumen tóxicos, conducen con peligrosidad, presentan episodios bulímicos, son despilfarradores, se adiccionan al juego y se involucran en relaciones sexuales poco seguras.

La evolución de este trastorno es muy variable y va desde el suicidio hasta la recuperación total. Entre los factores de buen pronóstico figuran el nivel alto de inteligencia, el talento artístico y la capacidad de imponerse una autodisciplina.

● **TRASTORNO HISTRIÓNICO**

Prevalencia del 2-3 %.

Más común entre las personas separadas o divorciadas que entre las casadas.

Más a menudo entre las mujeres.

Pueden surgir en familiar sobrepuestas, pero también en condiciones de privación afectiva.

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

Patrón generalizado de excesiva emotividad y búsqueda de atención, desde la edad adulta y en diversos contextos. Indicado en 5 o más signos:

1. Incomodidad si no es el centro de atención.
2. Comportamiento seductor o provocador sexualmente inapropiado.
3. Expresiones emocionales rápidamente cambiantes y superficiales.
4. Recurre al aspecto físico para llamar la atención.
5. Estilo discursivo excesivamente impresionista y carente de detalles.
6. Autodramatización, teatralidad y expresión emocional exagerada.
7. Sugestionable.
8. Considera que las relaciones son más íntimas de lo que en realidad son.

- > Excesiva emocionalidad.
- > Necesidad de ser siempre el centro de la atención.
- > La sugestionabilidad.

Buscan constantemente ser admirados por los demás y adoptan conductas inapropiadamente seductoras o provocativas, mostrando además una preocupación exagerada por su atractivo físico. En la biografía existen traumas de naturaleza sexual; al ser extravertidas y al estar insaciablemente necesitadas de afecto, son cálidas y seductoras, establecen con facilidad relaciones poco elaboradas y dan señales equívocas, que dan pie a malos entendimientos.

Facilidad para hacer amistades, pero son poco elaboradas y pasa rápidamente de lo que él cree gran intimidad al olvido o desprecio más absoluto.

Los cambios en las relaciones interpersonales no le afectan tan profundamente como a los que padecen un trastorno límite de la personalidad.

Egocéntricas y muy subjetivas en sus juicios, manifiestan cambios bruscos de humor y dan muestras de ser suspicaces e hipersensibles. Carecen de estabilidad emocional.

A pesar de su elevada sociabilidad, ante la mínima objeción les cuesta controlarse y reaccionan de forma airada e impropia.

Todas sus relaciones pecan de superficiales y, con frecuencia, se ven envueltos en conflictos; poco considerados, manipuladores, parecen poco sinceros y actúan de forma aparatosa y teatral.

La escasa tolerancia a la frustración y la necesidad de gratificaciones inmediatas hace que se sientan fácilmente decepcionados y tristes y que abandonen pronto tareas que han emprendido con entusiasmo.

Se inventan fantasías de tipo romántico.

La impulsividad los lleva a tomar decisiones demasiado rápidas. Su lenguaje es vehemente y vacuo; emiten opiniones contundentes pero jamás dan razones que las fundamenten.

Se expresa a veces, en forma de episodios distímicos, de intentos de suicidio instrumentales, de síntomas de conversión y de trastornos de conducta que se inician en la edad juvenil.

Estos pacientes presentan con frecuencia trastornos depresivos y somatizaciones; también pueden padecer fenómenos de conversión. A veces alcanzan unos grados de ansiedad tan elevados que pueden confundirse con crisis de pánico.

La coexistencia con otros trastornos de personalidad es frecuente, principalmente los trastornos límite, narcisista, antisocial y dependiente.

Los intentos de suicidio para llamar la atención son frecuentes; sin embargo, no se conoce con exactitud el riesgo real de suicidio.

● TRASTORNO NARCISISTA

Prevalencia < 1 %.

No demostrado que sea más frecuente entre los varones.

Algunos autores piensan que también hay una fuerte determinación genética.

Se manifiesta precozmente a través de dificultades en los aprendizajes escolares y en los procesos de socialización.

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

Patrón generalizado de grandiosidad (de la fantasía o el comportamiento), necesidad de ser admirado y falta de empatía, desde la edad adulta y en diversos contextos.

Indicado por 5 o más signos:

1. Sobrevalora su propia importancia.
2. Fantasía de éxito, poder, brillo, belleza o amor ideal ilimitados.
3. Considera que es “especial y único”, y que sólo lo pueden comprender personas especiales o de alto nivel.
4. Requiere admiración excesiva.
5. Se atribuye derechos.
6. Explotador en sus relaciones interpersonales.
7. Carece de empatía.
8. Suele envidiar a otros o creer que los demás lo envidian.
9. Comportamientos arrogantes, soberbios.

En la CIE-10 no figura como una categoría diagnóstica, sino que se incluye en el apartado de otros trastornos de personalidad específicos.

- > La sobreestimación de sí mismo.
- > Tendencia a la grandiosidad.
- > Hipersensibilidad a la valoración de los demás.
- > Falta de empatía y de generosidad.
- > Necesidad exhibicionista de atención y de admiración.
- > Envidiosos y descalificadores con las personas que han conseguido reputación social.

El convencimiento de que son especiales y superiores lleva a estas personas a esperar un trato deferente por parte de los demás.

Presumidos y fatuos.

Autoestima frágil, hipersensibilidad a las críticas.

En realidad no las toleran y, ante la mínima señal de desaprobación o de falta de admiración, se muestran irritables, reaccionan de forma agresiva, a veces contraatacando, o se sumen en estados pseudodepresivos; en algunos casos se aíslan socialmente o adoptan un apariencia de humildad, bajo la cual ocultan su arrogancia.

Viven preocupados por sus fantasías de grandiosidad a todos los niveles: belleza, prestigio, amor. Suelen descalificar y envidiar a los que triunfan, pero están convencidos de que son ellos los envidiados. Les cuesta aceptar las normas de la realidad y, aunque profesionalmente pueden obtener éxitos importantes, el terror a ser juzgados suele perjudicar su rendimiento; por lo general huyen de las situaciones de competitividad.

Incapacidad de sintonizar con los sentimientos o deseos del prójimo.

Infravaloran a las otras personas y sólo se tratan con aquellas que consideran relevantes Relaciones amistosas o sentimentales, siempre con alguien que les refuerce su autoestima. Son ingratos y raramente dan muestras de generosidad.

Fríos y tienden a explotar y culpabilizar a los otros, especialmente a la familia, si no consiguen los éxitos que creen merecer; pueden llegar a comportarse como verdaderos tiranos.

Pueden padecer trastornos depresivos o distímicos o, por el contrario, estados hipomaníacos coincidiendo con épocas de grandiosidad.

También puede asociarse a anorexia nerviosa y trastornos por abuso de sustancias. Puede coexistir con rasgos de personalidad histriónica, límite, antisocial y paranoide.

GRUPO III: PERSONAS QUE PARECEN ANSIOSAS O TEMEROSAS

- > Miedo e inseguridad generalizados .
- > Elevados grados de ansiedad.
- > Sensibles a las señales de castigo.
- > Reacciones emocionales que interfieren en el aprendizaje y desorganizan la conducta.
- > Incapacidad de adquirir estrategias de afrontamiento.
- > Infradesarrollo de áreas de funcionamiento imprescindibles para la vida autónoma y el equilibrio emocional.
- > Introversión y neuroticismo.
- > La diferente expresión clínica de cada trastorno parece depender de las estrategias que el sujeto pone en marcha para defenderse de la ansiedad, una vez fracasada la adquisición de los aprendizajes adaptativos.
- > La falta de estrategias de afrontamiento adecuadas de lugar a conductas explosivas, desorganizadas y mal dirigidas, que alternan con el retraimiento y la inhibición.
- > Estos comportamientos no solo son inútiles como recursos para afrontar el miedo, sino que añaden nuevos conflictos en las relaciones interpersonales e hipersensibilizan al sujeto, que tiende a defenderse con mecanismos psicológicos de negación, de racionalización y de proyección y con estrategias de evitación y de inhibición en lo que respecta a su conducta.

Las estrategias para defenderse de esta ansiedad determinan, al parecer, la expresión clínica de los distintos trastornos (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo).

● **TRASTORNO POR EVITACIÓN**

Tímidos y retraídos ya en la infancia.

Prevalencia 0,5-1 %.

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

Patrón generalizado de evitación social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la valoración negativa, desde la edad adulta y en diversos contextos. Indicado por 4 o más signos:

1. Evita las ocupaciones que impliquen relaciones interpersonales por miedo a la crítica.
2. No desea relaciones con otros, a menos que está seguro de agradar.
3. Limitación en las relaciones íntimas por temor a ser avergonzado o ridiculizado.
4. Inquietud a ser rechazado en situaciones sociales.
5. Se inhibe en situaciones personales nuevas.
6. Se considera a sí mismo socialmente inepto, sin atractivo personal o inferior a los demás.
7. Reticente a correr riesgos personales o participar en cualquier actividad nueva, porque puede resultar embarazoso.

- > El miedo a ser juzgados negativamente.
- > Intenso malestar en el contexto social.
- > Viven preocupadas por sí mismas y en constante tensión emocional.
- > La pobre autoimagen.
- > Actitudes de hipervigilancia y reacciones inapropiadas debido a las lecturas equívocas que hace de las reacciones ajenas.

Cualquier situación en la que pueda cuestionarse su imagen les genera una gran ansiedad: no sólo temen ser desaprobados, sino también su propio descontrol ante la mínima señal de ello.

Mecanismos utilizados: negación y proyección.

Los otros lo ven como un individuo tímido, retraído y callado; en realidad, lo que está intentando es pasar inadvertido por el temor que tiene a no saber qué hacer o qué decir.

Gran retraimiento social.

Aunque ellos desean afecto y aceptación, tienen gran dificultad para establecer relaciones íntimas, ya que sólo son capaces de acercarse a aquellos de cuya aprobación están completamente seguros.

Les angustia encuentros con personas nuevas.

Poco soporte social, muy a menudo, se refugian en conductas de dependencia de la familia.

Profesionalmente, la falta de seguridad les impide aceptar nuevas responsabilidades o trabajos que impliquen relacionarse con gente nueva, aunque sea en detrimento de una posible promoción laboral. Si se ven obligados a ello, son proclives a poner excusas o incluso pueden presentar quejas somáticas erráticas.

Estos pacientes suelen desarrollar trastornos afectivos y de ansiedad, especialmente fobia social y ansiedad generalizada. También un trastorno de personalidad por dependencia y pueden tener rasgos del trastorno límite y de los trastornos del grupo I.

● **TRASTORNO POR DEPENDENCIA**

Se cree que la ansiedad de separación en la infancia, así como padecer una enfermedad crónica, puede predisponer a este trastorno.

El trastorno de la personalidad por dependencia se inicia precozmente y, aunque los datos epidemiológicos

son dispares, se considera uno de los trastornos de la personalidad más extendidos en ambos sexos.

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

Necesidad generalizada y excesiva de ser cuidado, comportamiento sumiso y dependiente y temor a la separación, desde comienzos de la edad adulta y en diversos contextos.

Indicado por 5 o más signos:

1. Incapaz de decidir sobre cuestiones cotidianas, sin recibir de otros una exagerada cantidad de consejos y seguridades.
2. Deja que los otros tomen las decisiones.
3. Dificultad de mostrarse en desacuerdo con los demás.
4. Le cuesta iniciar proyectos.
5. Se ofrece voluntariamente a hacer cosas desagradables, a fin de ganar la aprobación de otros.
6. Incomodidad cuando está solo, debido al temor de ser incapaz de cuidar de sí mismo.
7. Busca con urgencia otra relación como fuente de cuidado y apoyo cuando concluye una relación estrecha.
8. Se inquieta sin fundamento por el miedo a quedar librado a sus propios recursos.

- > Se siente siempre inseguro e incapaz de asumir responsabilidades importantes de su vida.
- > Intenta que los demás las tomen por él.
- > Antes de decidirse por algo, por intrascendente que sea, necesita oír reiteradamente el parecer de otras personas, a las que llega a agobiar pidiéndoles consejo.
- > Convencimiento de que todo el mundo es mejor que él.
- > Relaciones de gran dependencia con los demás y angustia por imaginar que éstos puedan abandonarle.
- > Obedientes y nunca se atreven a expresar sus opiniones si no coinciden con las ajenas.
- > Falta de confianza en sí mismos .
- > Pobre autoimagen.
- > Hipersensibles a las críticas.
- > Miedo a la soledad.

Viven presas de un sentimiento de insuficiencia, jamás valoran sus propios logros y se angustian ante la idea de tener que actuar por su cuenta.

Como consecuencia, casi nunca tienen la ocasión de sentirse gratificados.

A veces actúan en contra de sus propios deseos y llegan a hacer cosas que les resultan desagradables con tal de que se les siga aceptando y no pierdan el apoyo que necesitan. Nunca piden nada, por razonable que sea, y se muestran extraordinariamente sumisos.

La pérdida de una relación importante para ellos les crea una sensación tal de desamparo que puede ser causa de descompensaciones graves, acompañadas a veces de ideación autolítica.

En el aspecto laboral son pasivos, no muestran iniciativas y llegan a renunciar a pro-mocionarse con el fin de evitar envidias o simplemente ser mal vistos.

Presentan a menudo trastornos depresivos, de ansiedad y de adaptación.

Es frecuente la coexistencia de otros trastornos de la personalidad, especialmente el límite, el evitativo y el histriónico.

● TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Prevalencia del 1 % y se considera que es 2 veces más frecuente en los hombres.

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

Patrón generalizado de preocupación por el orden, perfeccionismo y control mental interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, desde la edad adulta y en diversos contextos.

Indicado por 4 o más signos:

1. Preocupación por los detalles, normas enumeraciones, orden, organización u horarios.
2. Perfeccionismo que impide llevar a cabo una tarea.
3. Dedicación excesiva al trabajo y la productividad.
4. Excesiva meticulosidad, escrupulosidad e inflexibilidad en cuestiones morales.
5. Incapacidad de desprenderse de objetos gastados o inútiles.
6. Renuncia a relegar tareas o trabajar con otros.
7. Falta de generosidad hacia sí mismo y los demás.
8. Rigidez y obstinación.

- > Falta de decisión y sus dudas constantes.
- > Viven pendientes de los detalles, a fin de evitar todo posible error.
- > Esclavos de las normas y del orden e incapaces de improvisar.
- > Ansiedad cuando algo se escapa de su control, de ahí que se vean obligados a hacer frecuentes comprobaciones.
- > Todo debe ser programado.
- > Son normativas, perseverantes y parsimoniosas.
- > Preocupación por el perfeccionismo y los rendimientos.
- > Necesidad de orden, limpieza y meticulosidad.
- > Tendencia a la duda sistemáticamente.
- > Recurren a continuas repeticiones y comprobaciones.
- > No tolerancia a la incertidumbre.
- > Nunca experimentan estados placenteros.
- > Evitan cualquier tensión interpersonal.
- > Especulan en lugar de actuar.
- > Utilizan mecanismos psicológicos de defensa en vez de estrategias conductuales de afrontamiento: racionalización, superstición o delegación de decisiones en otros.
- > Contacto personal difícil y suelen basar sus relaciones en la dominancia o la sumisión,
- > Poco flexibles y nada gratificantes y se obstinan en que las cosas se hagan a su manera.
- > Disciplinados, nunca se arriesgan a improvisar.
- > *Compulsivo*: naturaleza displacentera de muchas conductas obsesivas que se imponen como necesidad homeostática, a pesar que el interesado las considera inconvenientes o absurdas.
- > Conductas rituales, a pesar de enjuiciarlas como supersticiosas.
- > Sólo tras su ejecución se ve libre de su angustia.

Su exigencia y extremado perfeccionismo les impiden tener una visión global de las cosas.

Antes de iniciar una tarea, pueden quedarse atascados intentando decidir cuál sería la mejor forma de hacerla. Son personas preocupadas por la eficacia, que no toleran el ocio; esto les lleva a renunciar a actividades placenteras o relaciones personales.

Rendimientos bajos, ya sea por su desorganización y lentitud o por su tendencia a dejar para el último momento las cosas importantes.

Esclavos de la limpieza y les horroriza desprenderse de las cosas.

Aunque se muestran pedantes, rígidos e intransigentes, son inseguros y temerosos y pronto se ponen a la defensiva.

Les caracteriza la rectitud y los escrúpulos de conciencia y son muy dados a moralizar.

Emociones afectuosas raras en ellos y se sienten molestos si otros las manifiestan.

Los límites entre el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo no siempre son fáciles de establecer. La mayoría de los estudios clínicos encuentran que el primero precede al inicio del segundo. Para evitar confundirlo con este último, la CIE-10 utiliza el término *anancástico*, que hace referencia a uno de los síntomas más graves de este trastorno y que consiste en que el paciente se ve asaltado por ideas absurdas que se imponen involuntariamente.

Complicaciones: trastorno depresivo y ansioso.

● OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Depresivo: la tristeza.

Crterios de investigación de personalidad depresiva del DSM-IV:

A. Patrón generalizado de cogniciones y comportamientos depresivos, desde la edad adulta y en diversos contextos.

Indicado por 5 o más signos:

1. El estado de ánimo habitual es dominado por abatimiento, tristeza, falta de jovialidad, infelicidad.
2. El concepto de sí mismo gira alrededor de creencias de inadecuación, desvalorización y baja autoestima.
3. Crítico, acusador y detractor hacia sí mismo.
4. Caviloso y proclive a la preocupación.
5. Negativista, crítico y sentencioso hacia los demás.
6. Pesimista.
7. Proclive a sentir culpa o remordimiento.

B. No se produce exclusivamente durante episodios depresivos mayores y no es mejor explicada por trastorno distímico.

Infelices y desgraciadas y cogniciones negativas.

Son serias, viven sin alegría y carecen de sentido del humor.

Apesadumbradas, perennemente preocupadas, pesimistas, siempre anticipan lo peor y con facilidad son presas del desaliento.

Baja autoestima y posturas críticas y negativas con los demás.

Se da más en las familias de pacientes con trastorno depresivo y se discute si podría constituir una predisposición a padecer este último.

Trastorno pasivo-agresivo : actitudes negativistas y resistencia sistemática a las peticiones de los demás.

Criterios de investigación en el trastorno de la personalidad pasivo-agresiva del DSM-IV:

A. Patrón generalizado de actitudes negativistas y resistencia pasiva a las exigencias de desempeño adecuado, desde la edad adulta y en diversos contextos. Indicado por 4 o más signos:

1. Resistencia pasiva a cumplir tareas sociales y ocupacionales de rutina.
2. Se queja de ser malentendido y no apreciado por otros.
3. Malhumorado y discutidor.
4. Critica irrazonablemente y desprecia a la autoridad.
5. Envidia y resentimiento hacia los que en apariencia son más afortunados.
6. Quejas exageradas y persistentes de infortunios personales.
7. Alterna entre el desafío hostil y el arrepentimiento.

B. No se produce exclusivamente durante episodios depresivos mayores y no es mejor explicado por trastorno distímico.

Suele ponerse más de manifiesto en el ámbito laboral; son personas que no toleran la autoridad y constantemente ponen objeciones a todo lo que se les pide.

No tienen conciencia de que su conducta es la causa de sus conflictos, se sienten incomprendidos y se vengan con agresiones encubiertas, obstaculizando el trabajo del prójimo.

Viven contrariados y malhumorados, son envidiosos y rencorosos y se irritan y discuten. Pueden presentar trastornos distímicos y depresivos, así como un consumo excesivo de alcohol.

Es frecuente la coexistencia de otros muchos trastornos de la personalidad.

Trastorno de la personalidad sádica:

Relaciones dominadas por comportamientos crueles o degradantes.

Comportamientos desconsiderados y agresivos para con el prójimo; que van unidos a una curiosa fascinación por la violencia y a la tendencia a torturar organismos vivos, sin sensaciones egodistónicas ni conciencia de alteración psíquica.

Clínicamente rara.

Frecuente en contextos forenses.

Causada a menudo por maltrato parental.

Trastorno de la personalidad autofrustrante:

Orientan sus vidas hacia desenlaces desfavorables.

Rechazan la ayuda o a las circunstancias propicias.

Responden con disforia a los desenlaces favorables.

Conducta generadora de continuas desgracias, que son vividas con incomprensible resignación.

TRATAMIENTO.

Tratamiento difícil por la escasa colaboración del individuo y del medio.

No siempre hay una conciencia permanente de anomalía caracterial.

Los psicofármacos son un recurso para normalizar la psicopatología del sujeto y potenciar su estabilidad emocional.

La presencia del terapeuta atenúa los perfiles psicopatológicos del paciente y reduce su conflictividad con el medio.

Múltiples modalidades: psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia de apoyo, terapia grupal, terapia familiar, terapia ambiental, hospitalización y farmacoterapia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. KAPLAN HI, SADOCK BJ. Trastornos de la personalidad. En Kaplan HI y Sadock BJ eds. Psiquiatría clínica 2ª ed (edición española) Barcelona 1996:187-201 .
2. VALDES M. Trastornos de la personalidad. En Vallejo J: Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 3ª de Masson Salvat Barcelona 1993: 508-519 .
3. MILLON T. Trastornos de la personalidad.ed. Masson Barcelona 1998.
4. BECK AT, FREEMAN A. Cognitive therapy of personality disorders. New York: The Guilford Press, 1990.
5. GIROLAMO G, REICH JH. Personality disorders. Genève: World Health Organization, 1993.
6. MILLON T, EVERLY G. La personalidad y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca, 1994.
7. STONE MH. Abnormalities of personality. New York: WW Norton, 1993.
8. VALDÉS M. La personalidad y la conducta en medicina. Publicaciones Universidad de Barcelona, 1983.