

Trastornos de personalidad

Jordi Barris Ruset

¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD?

Todos los seres humanos contamos con una personalidad y será ésta la que nos va a permitir la interacción a nivel social con las demás personas, así como permitirnos saber quiénes somos, nuestros gustos, preferencias, disgustos, etc. En pocas palabras, el saber quiénes somos y poder relacionarnos con el mundo que nos rodea es la función de nuestra personalidad.

La personalidad por su parte, esta compuesta por dos elementos vitales; el temperamento y el carácter.

- Temperamento es esa parte hereditaria o genética que se nos transmite del padre y de la madre. El temperamento con el que nacemos, ya está predispuesto y no se puede modificar, únicamente se puede controlar, por lo que nuestra manera de responder a los estímulos del medio que nos rodea estará en gran medida condicionado por nuestro temperamento. Nuestra inteligencia y nuestros instintos van de la mano con nuestro temperamento.
- Carácter es una parte que vamos adquiriendo conforme vamos creciendo y desarrollándonos. Es decir, el carácter es la respuesta que tenemos al medio a partir de un conocimiento previo por nuestra parte. La conducta así como la manera en que manejamos los momentos de presión, estrés o incluso los momentos de felicidad, están dictados por su parte en gran medida por nuestro carácter.

Existen algunas fallas durante el desarrollo de una persona, que se reflejan o afectan tanto nuestro temperamento como nuestro carácter. Por lo tanto, podemos decir que dependiendo de dichas alteraciones, en combinación con los factores culturales, genéticos, ambientales y biológicos, podemos hablar de alteraciones en la personalidad. Es decir, cuando la personalidad se ve afectada, ésta no permitirá que el sujeto funcione en su medio de manera adecuada, predisponiéndolo a un gran sufrimiento, llegando a afectar sus esferas sociales, personales, laborales, escolares, en sus relaciones íntimas de pareja o con amistades. En breve, los sujetos que presentan un trastorno de la personalidad, verán su funcionamiento alterado en grados variados.

Empiezan a manifestarse con claridad en su juventud o principio de la adultez. No obstante, muchas veces existen antecedentes de dichos problemas o “rasgos disfuncionales” del temperamento en la infancia.

Hay ciertos criterios que todos los trastornos de la personalidad presentan, que requieren estar presentes para poder decir que el sujeto lo padece.

- Un trastorno de la personalidad es un patrón persistente y perdurable de experiencias internas y de conductas que varían significativamente de lo esperado según la cultura del individuo.
- Dichos patrones se manifiestan en la manera de percibir o de interpretar quién es cada uno, las personas que nos rodean o bien alguna experiencia de nuestro entorno.

- También se ve reflejado en los afectos o sentimientos de los sujetos, pudiendo ser desde ira intensa, inestabilidad emocional o bien, sentimientos inapropiados según el momento o la situación. Estas manifestaciones tendrán como consecuencia un pobre funcionamiento interpersonal y a los sujetos que padecen un trastorno de la personalidad, les resultará difícil controlar sus impulsos.
- Al ser problemas que se gestan desde etapas muy tempranas del desarrollo, dichos patrones de conducta y de sentimientos tenderán a ser poco flexibles, es decir, difíciles de modificar por lo que la conflictiva se presentará a través de todas las áreas de interacción de la persona afectada.
- Esta conflictiva que afecta a nivel social, personal y de relación con los demás, se puede observar inicialmente en la adolescencia o en la adultez temprana, aunque en muchas ocasiones, se pueden encontrar algunos indicadores más tempranos que pueden señalar un probable trastorno de la personalidad a futuro.

Probablemente uno de los conflictos más severos de los trastornos de la personalidad es que éstos son ego sintónicos. Esto significa que la persona afectada no cree estar mal ni logra identificar tener un problema. Puede estar consciente que padece o sufre mucho a lo largo de la vida, más no logra identificar que le fuente del problema radica es sí mismo, tendiendo a culpar a los hechos, a segundas personas o simplemente a no asumir esta parte de la realidad donde se ve que el trastorno radica dentro de uno mismo.

Los trastornos de la personalidad no son problemas con un curso agudo; podemos imaginar a una persona con una grave depresión, pero que cuando se repone de ésta vuelve a ser la que era. La persona con trastornos de la personalidad no reacciona así, no vuelve a ser la que era porque siempre es la que es y se ha ido haciendo con sus características disfuncionales durante su vida.

Esto no significa que los trastornos de la personalidad no tengan tratamiento, al contrario. Con un depresivo hay que atender la depresión, con un psicótico la psicosis; pues bien, con una persona que sufre de trastornos de la personalidad, hay que atender a su personalidad, con el objetivo de convertir lo que antes eran rasgos o maneras de ser disfuncionales en funcionales.

Los rasgos disfuncionales son "formas de ser" constantes, que no obedecen a un mal momento concreto sino que están muy arraigadas en el individuo; alteran esencialmente sobre la percepción de los demás y del entorno, provocando sufrimiento en uno mismo y/o en los otros. Imaginemos, por ejemplo, a una persona enormemente desconfiada, que es suspicaz incluso con sus seres queridos y que siempre piensa que la están engañando o que se están queriendo aprovechar de ella, humillarla, etc. Esta persona tiene rasgos disfuncionales de personalidad de tipo paranoide.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: PERSPECTIVA ACTUAL.

A lo largo de muchas décadas, aquellos involucrados en el terreno de la salud mental han tratado de dar respuesta a preguntas tan sencillas como, dónde se traza la línea imaginaria entre una personalidad sana o funcional y una personalidad enferma o disfuncional? La personalidad es algo estable o se puede llegar a modificar? De lograrse algún cambio, éstos se logran con el paso del tiempo, con tratamientos

psicoterapéuticos, con medicamentos? Todos contamos con una personalidad, pero como diferenciar cual es “sana” y aquella “enferma”.

Personalidad, es un término utilizado ampliamente no solo por psicólogos y psiquiatras sino por el común de la gente, cada uno utilizándolo según la conveniencia de lo que quieren expresar. En este sentido, la definición que cuenta con la mayor aceptación es aquella que define la personalidad como “un patrón persistente de experiencias internas y de comportamiento que dictan las respuestas de un individuo. Es decir, la personalidad se encuentra constituida por dos elementos esenciales, el temperamento y el carácter. Estos dos componentes, son los principales responsables de guiar la manera en la que uno responde ante cualquier situación.

Una de las características del ser humano es la de adaptarse a su medio, a una situación, a una experiencia, etc. Nuestros rasgos de personalidad y la facilidad con la que estos sean flexibles y variables, serán lo que nos permitan contar con personalidades adaptables. Por supuesto, algunas personas tienen una mayor facilidad para realizar estos ajustes que otras, nuevamente basándose tanto en su carácter como en su temperamento.

¿Pero, en qué punto donde una persona deja de ser adaptable y funcional y cruza la línea al terreno de lo patológico? Se habla de la personalidad como una enfermedad cuando una persona percibe o interpreta a las demás personas y al medio que lo rodea de una manera inapropiada. Cuando el rango de sus emociones, intensidades y respuestas resultan caóticas reflejándose en su funcionamiento interpersonal así como en el control de sus impulsos.

Uno de los conceptos más difíciles de transmitir sería el hecho que quien padece de estos desajustes en sus características personales, suelen ser ingenuos al hecho. Se podría decir que se encuentran en armonía o sintonía con su manera de ser y de responder, motivo por el cual estas personas no cuentan con una conciencia de su accionar y reaccionar. Sin embargo logran generar un gran caos a su alrededor y en sus vidas.

Al trazar las fallas en la personalidad a las etapas más tempranas del desarrollo, es fácil comprender que como estas personas han crecido y respondido así desde siempre, solo les parecen “normales” sus acciones, generándose un velo que les impide ver lo destructivo y caótico de su persona. Únicamente se logran expresar en síntomas a veces físicos y otras veces emocionales, síntomas poco específicos que tienden a confundirse con otras enfermedades.

Dependiendo de la literatura que se consulte, se habla que entre el 6.7% hasta un 33.1% de la población en general padece algún tipo de trastorno de la personalidad. Dichas cifras sólo son el reflejo de la importancia que se le debe de brindar a este tema, si no también deben de generar conciencia con respecto al enorme trabajo que se tiene que hacer a futuro tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de esta patología.

Los trastornos de la personalidad para su mayor comprensión así como para su estudio y características clínicas han sido subdivididos en tres diferentes grupos y consecuentemente subdivididos según su presentación.

El primer gran grupo está constituido por aquellas personalidades excéntricas o raras, donde se incluyen las personalidades paranoicas, la esquizoide y la esquizotípica.

- La personalidad paranoica, se cree que la presenta cerca del 1.1% de la población en general. Se caracteriza por un patrón persistente de desconfianza, preocupación y dificultad para confiar en los demás. Percibe

falsamente a los demás como “enemigos” o como “ataques” sobre su persona, lo que lo hacen a su vez una persona vengativa, rencorosa y amenazadora.

- Menos común, es el trastorno esquizoide de la personalidad. Sólo presentado por el 0.6% de la población aproximadamente, éstos individuos se caracterizan por ser gente solitaria, con pocos placeres o actividades, de emociones frías y secas. Ante los demás se presentan como indiferentes y retraídos, con enormes dificultades para formar lazos sociales o laborales.
- El trastorno esquizotípico de la personalidad son personalidades que se caracterizan por tener un pensamiento mágico o fantástico acompañado por comportamiento igual de excéntrico que sus ideas y creencias. También presentan cierto pensamiento paranoico y les resulta difícil la interacción con los demás, resultando en un retraimiento social importante.

El segundo gran grupo es aquel caracterizado por el dramatismo.

- El trastorno histriónico de la personalidad presentado por el 2% de la población, se caracteriza esencialmente por una necesidad de ser el centro de atención, resultando en conductas inapropiadas e interacciones caóticas con los demás. Muestran una extrema preocupación por su físico, tienden a ser fácilmente influenciados por los demás, llevándolos a un auto dramatismo exagerado y una vida superficial y carente de detalle.
- Por su parte, el trastorno antisocial de la personalidad se relaciona a aquellas personas que muestran una clara incapacidad para apegarse a las normas sociales. Personas que con facilidad mienten, engañan y explotan a los que los rodean. Impulsivos, irritables y agresivos, son peligrosos e imprudentes, incapaces de mantener un empleo o una relación que no esté caracterizada por los abusos o excesos. Es de los trastornos más estudiados, presentado por cerca de un 3.5% de la población.
- Sin lugar a dudas, el trastorno que más atención ha recibido en los últimos años, es el trastorno límite de la personalidad. No sólo por sus características, si no también por su alta prevalencia dentro de la comunidad y su gran fuerza destructiva en cuanto a las vidas de quienes lo padecen y quienes los rodean. Se caracteriza por un patrón inestable en sus relaciones interpersonales alternando entre la idealización y la devaluación extrema de las personas. Demuestran esfuerzos frenéticos por evitar el abandono, ya sea real o imaginario lo que a su vez las conduce a conductas erráticas, impulsivas y potencialmente peligrosas para la vida. Tienen una fuerte tendencia a cometer actos suicidas o parasuicidas, de auto mutilación o de amenazas contra su vida. El sentimiento de vacío interno suele ser constante y reflejado en una inestabilidad afectiva y emocional remarcada por cambios repentinos en su humor.
- El trastorno narcisista de la personalidad, se les denomina así a aquellas personas que suelen tener un concepto de sí mismos algo inflado, grandioso, tendiendo a exagerar sus logros o centrándose mucho en su propia persona. Se consideran brillantes, hermosos, especiales y poderosos, motivo por el cual su necesidad de admiración es mayor que el resto de las demás personas. Sus dificultades para relacionarse van de la mano con su incapacidad para sentir empatía, resultando en demostración de envidia, arrogancia y conductas poco adecuadas para su medio.

El último gran grupo, está integrado por las personalidades caracterizadas por la ansiedad y el miedo.

- Dentro de este tercer grupo, encontramos personalidades como la obsesiva-compulsiva que afecta hasta un 5% de la población. Constantemente

preocupados por detalles, reglas, listas y un orden "perfecto" son presa fácil de ansiedad, sentimientos de vacío así como de conductas rígidas y por momentos necios. En busca de la perfección, destinan gran parte de su tiempo en actividades escrupulosas, éticas, y morales entre otras tantas dejando a un lado las amistades.

- El trastorno Evitativo de la personalidad, está en sujetos tímidos y retraídos que a diferencia de los trastornos esquizoide - quienes no desean involucrarse íntimamente con nadie - sí lo desean pero no son capaces de lograrlo. El miedo, el temor a las críticas y el rechazo les genera un sentimiento de incomodidad extrema que los aísla de la sociedad.
- Por su parte, el trastorno Dependiente de la personalidad, son sujetos que permiten de manera directa que otras personas les dirijan la vida, esto debido a su incapacidad para tomar decisiones importantes en su vida, incluyendo dónde vivir o el tipo de empleos que deben de realizar. Sus propias necesidades son secundarias para ellos mismos por lo que constantemente se están devaluando colocando a todos por delante de ellos con tal de asegurarse el contar con esta guía externa por parte de los demás.

Por el momento existen otros trastornos de la personalidad descritos en la literatura que aún están bajo revisión de comités especializados para tomar la decisión si dichos trastornos son representativos de la población general. Del mismo modo, algunos otros trastornos que ya estaban incluidos dentro de las clasificaciones mundiales también están siendo valorados pues probablemente su prevalencia sea más bien perteneciente a ciertas culturas o grupos más que a un modelo de personalidad característicos a través del mundo. Por tal motivo es común que al revisar la literatura uno pueda encontrar diversas descripciones que no aparecen en todas partes.

Dentro de este conjunto se mencionan personalidades como la pasiva-agresiva, así como la depresiva.

Bien vale la pena organizar estos conceptos con respecto a nuestro entorno y quienes nos rodean, ya que solo así se logrará obtener una clara imagen de la importancia de los trastornos de personalidad.

Aunque ciertos trastornos son más comunes en hombres - como es el caso del trastorno obsesivo-compulsivo, el antisocial o el esquizotípico - las mujeres presentan una mayor afectación en lo general. Se habla de que un 52.4% de todos los casos son presentados en el sexo femenino, predominantemente aquellos del segundo grupo, como serían el trastorno limítrofe, el histriónico y otros como el dependiente y el pasivo-agresivo.

Señalar con certeza una edad de inicio resulta complicado debido a que durante los años de adolescencia, aún se moldea la personalidad. Sin embargo, lo que es un hecho es que en este momento cuando uno puede detectar señales tempranas indicativas de casos futuros relacionados a la personalidad. Se considera una edad de 18 años para diagnosticarlos con mayor certeza, pero los estudios más recientes nos indican que no será necesario cumplir con este criterio para poder iniciar intervenciones preventivas.

El estado civil juega un papel importante dentro de los trastornos de la personalidad. Se calcula que el 55.9% de los casos registrados se presentaban en gente casada, mientras que un 3.5% en personas separadas y un 13.3 en divorciados. Solo un 23.8% se registraron en pacientes solteros.

Si tomamos en cuenta la fuerza con la que este trastorno afecta a quienes rodean a quienes lo padecen, es claro que logran irrumpir y generar un mayor número de áreas de conflicto como serían no sólo el hogar, pero el trabajo y sus relaciones interpersonales.

Curiosamente, los estudios más recientes han demostrado que un mayor nivel cultural se relaciona con una mayor presentación de patología en la personalidad. Por eso se

estima que cerca del 75% de los pacientes diagnosticados con trastorno límite habrían concluido estudios superiores.

Con respecto a los estudios psicosociales más recientes, se han identificado tres áreas de conflicto para el desarrollo de los trastornos de personalidad.

- Un pobre funcionamiento en las dinámicas familiares, se considera como el factor de mayor peso dentro de la génesis de los trastornos de personalidad. Fallas en el espectro impulsivo, de afectos y de cognición son el resultado cuando los padres presentan una limitación o un empobrecimiento con respecto a sus capacidades como padres frente a sus hijos. Ciertas experiencias dentro de las familias disfuncionales como lo son los divorcios, la separación, poco interés por los hijos y una creciente incidencia de violencia intradomiliar son ejemplos claros que irrumpen en la armonía de la formación de la personalidad.
- En la misma línea de experiencias, los traumas vividos son otra de las áreas de conflicto importante. Cuando los niños reciben o son víctimas de abusos tanto físicos como verbales, se ha demostrado el efecto patológico que tienen sobre la personalidad.
- Por último, mencionan los factores sociales como una pieza clave para el desarrollo de una personalidad enferma. Esto comprende la mezcla de culturas, el desmoronamiento de la sociedad y costumbres así como los cambios sociales de manera acelerada.

PERSPECTIVA ACTUAL EN BREVE.

- 6 - 10 millones de Americanos afectados
- 2% de la población en general afectados
- 10% de los pacientes psiquiátricos externos
- 20% de los pacientes psiquiátricos internados

CLASIFICACION/TIPOS DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD.

PAUTAS DIAGNÓSTICAS TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EL DSM-IV

A. Patrón permanente de conducta y experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas culturales y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos

B. El patrón de personalidad es inflexible y desadaptativo y causa malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo

La clasificación del DSM-IV de los trastornos de personalidad:

- **GRUPO A: SUJETOS EXTRAÑOS O EXCÉNTRICOS**

1. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD: Desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva

2. TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD: Dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica.

3. TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD: Anormalidades de la percepción, pensamiento, del lenguaje y de la conducta; que no llega a reunir los criterios para la esquizofrenia.

Según M. Valdes (1991) los sujetos de este grupo serian: introvertidos, mal socializados, desajustados emocionalmente e independientes.

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD (según DSM-IV, Beck'92 y Millon)

SINTOMATOLOGIA: tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como deliberadamente agresivas, amenazantes, manipuladoras o discriminantes, sin que se detecten rasgos psicóticos persistentes (como es el caso de la *esquizofrenia tipo paranoide*, o de los *trastornos delirantes*).

No desea relaciones íntimas por la posible pérdida de poder, independencia o autocontrol. Temen confiar en los demás, por miedo a que la información que les dan puedan utilizarla contra ellos. Duda de la lealtad de amigos o familiares y siente celos patológicos de su pareja o compañero sexual.

En situaciones nuevas buscan (vigilancia constante), y suelen encontrar, señales de sus sospecha en acontecimientos inocentes, con habituales ideas transitorias de referencia. Permanecen en constante alerta ante posibles peligros. Susceptibles, se sienten rápidamente insultados y reaccionan con ira y agresividad, no olvidando los desprecios.

Otros rasgos sugerentes de TPP: preocupación anormal por la confidencialidad; atribuir a los demás la culpa de sus problemas; conflictos con las figuras de autoridad; fácil identificación de los "móviles" de los otros y dificultad para atender a explicaciones/interpretaciones alternativas; exageración de pequeños acontecimientos y respuestas proporcionales; incapacidad para relajarse en presencia de otros (de cerrar los ojos en relajación...); exagerada necesidad de independencia y autosuficiencia; desprecio de los "débiles, enfermos, defectuosos"; dificultad para expresar calidez, sentimientos, dudas, necesidades...

Los pacientes con TPP acuden a consulta por otros problemas (estrés, conflictos laborales o matrimoniales, abuso de drogas...) y es difícil identificarlo pues suelen reservarse –por prudencia y desconfianza– sus pensamientos.

Conducta Aparente de prudente a vigilante en permanente estado de alerta (existan o no peligros potenciales) contra la posibilidad de la influencia o el control externo: este estado les hace percibir como peligrosos estímulos neutros o interacciones normales.

Conducta Interpersonal de provocativa a amargada Dado que perciben a los demás como mentirosos, traicioneros y encubiertamente manipuladores, tienden a provocar y a ser pendencieros, en su continua búsqueda de motivaciones ocultas y comprobaciones de lealtad; así consiguen exasperar a los que les rodean. Sienten un profundo resentimiento con los que han triunfado, pues creen haberlo logrado de forma injusta, sintiéndose maltratados y comportándose de forma reivindicativa. Cuanto más poderosos sean los otros, más amenazantes y peligrosos son.

Estilo Cognitivo de suspicaz a conspirador, escépticos, cínicos y desconfiados, atienden a estímulos negativos y convierten estímulos neutros en cargados de significados de crítica o desprecio, pudiendo presentar delirios de persecución; esta continua desconfianza les afecta a las percepciones, los recuerdos y las cogniciones de forma que no ven las evidencias en contra de sus sospechas. Se aíslan y se sienten incapaces de compartir criterios y actitudes con nadie...es peligroso!!

Expresión Afectiva de hosca a pendenciera, fríos, hipersensibles y sin sentido del

humor, al estar continuamente alerta y en tensión, reaccionan impulsivamente con enfado o cólera. Intentan –sin conseguirlo– auto controlar su ansiedad y ocultar su emotividad.

Percepción de Si Mismo de formidable a amargado Se perciben como rectos y se sienten maltratados por los demás. Rechazan sus déficits y fallos, adscribiéndolos a los otros mediante el mecanismo de defensa de la proyección.

Mecanismo de Defensa: PROYECCION

Este mecanismo implica dos procesos: consigue reprimir y repudiar los motivos indeseables que tiene y atribuye a otros las intenciones hostiles (se está defendiendo, no atacando).

ETIOLOGIA: la variante narcisista surge de la sobre valoración e indulgencia parentales que les impide desarrollar una responsabilidad interpersonal (derechos, sentimientos y bienestar de los demás). Tienen hacia la fantasía de sus propios logros pero sin las capacidades y habilidades necesarias: los demás pueden fácilmente burlarse de ellos y humillarles; se refugian en si mismos aislándose en un mundo de fantasía y facilitando el desarrollo de las ideaciones paranoides (les quieren hacer daño o aprovecharse de ellos).

La variante antisocial se inicia con un trato parental desagradable, a partir del que empiezan a desconfiar en los demás, a desear ser dueños de si mismos y a sentirse aptos y autónomos: estilo de vida impulsivo, agresivo y hedonista. Su estado de alerta permanente combinado con su estilo arrogante, deriva en delirios de reivindicación y persecutorios que emergen en forma de hostilidad o de nuevos delirios.

La variante compulsiva se desarrolla de forma muy similar al Trastorno Compulsivo, descompensándose en forma de delirios rígidos e inflexibles.

AUTOPERPETUACION: Según la conceptualización cognitiva, los supuestos básicos (o creencias clave) llevan al sujeto con TPP a esperar engaños y trampas en sus relaciones interpersonales; es por ello por lo que necesita estar continuamente alerta a señales indicadoras de intenciones malévolas. La perpetuación de la paranoia se produce por tres factores:

1º Se produce una atención selectiva a señales de peligro, no atendiendo a indicadores de confiabilidad y buenas intenciones; dado que nadie es universalmente benévolo, es fácil para ellos encontrar indicios para su desconfianza. Asimismo, hay muchas interacciones que son suficientemente ambiguas como para poderse "interpretar" como sospechosas.

2º Para disminuir la vulnerabilidad, evitan la intimidad (el compromiso, la expresión de emociones, inseguridades, temores, defectos...) o mienten, niegan, dan excusas o culpan a otros cuando se les puede achacar alguna debilidad. Ante pequeños desdenes, reaccionan rápidamente de forma exagerada, reivindicativa y desproporcional. Todo ello facilita el que la gente desconfíe, acabe por exasperarse y tienda a mostrarse hostil: experiencias que "confirman" sus temores y creencias.

3º El sistema de alerta está permanentemente activado porque los pacientes con TPP muestran un bajo nivel de auto eficacia percibida; es decir, una desconfianza en poder percibir fácilmente las intenciones y ataques de los otros (bajo las interpretaciones "obvias", hay que buscar las "reales"). Ello y el convencimiento de que su estrategia (preventiva) le aportará buenos resultados, facilita el mantenimiento de una estrategia básicamente paranoide.

Para poder mantener sus ilusiones de superioridad cuando se demuestra que sus

aptitudes no concuerdan a como las viven, se vuelven más defensivos y trasladan la culpa a personas o fuerzas externas, de forma hostil. A medida que sus dilemas son más graves, atribuyen a fuerzas más poderosas y complejas sus errores: un delirio alimenta a otro.

VARIANTES CLINICAS y Trastornos Asociados

PARANOIDE-NARCISISTA: pretenciosos pero con un marcado déficit de habilidades sociales, cuando se enfrentan a un medio que no comparte esa creencia en su propia importancia, intentan preservar su maravillosa auto imagen con fantasías de omnipotencia.

PARANOIDE-ANTISOCIAL: seguramente resultado del hostigamiento y antagonismo de sus padres, percibe el mundo como inhóspito y desarrolla patrones de suspicacia interpersonal y conductas rebeldes y hostiles que generan el rechazo (confirmador) de los demás.

PARANOIDE-COMPULSIVA: son sujetos rígidos, controladores, auto críticos y perfeccionistas, que han optado por abandonar su tendencia a la dependencia, pues la paranoia aparece cuando atribuyen a otros su dura autocrítica.

PARANOIDE-PASIVO-AGRESIVA: al ser irritables y negativistas, no mantienen relaciones estables y provocan el aislamiento social y el desarrollo de celos delirantes.

PARANOIDE-DESCOMPENSADA: proclives a episodios psicóticos en respuesta al estrés.

Trastornos de Ansiedad: Inicialmente la aprensión a lo nuevo toma forma de ansiedad generalizada (no pueden concentrarse ni disfrutar de actividades); esta puede progresar en forma de preocupación por sus síntomas físicos y degenerar en ataques de pánico o trastornos de angustia cuando agota sus recursos de autocontrol.

Trastornos Afectivos: la variante narcisista tiende a mostrar síntomas maníacos (hiperactividad, verborrea, exagerada autoestima, fuga de ideas, insomnio, conductas extravagantes...) frente a situaciones que cuestionan sus ilusiones de superioridad.

Trastornos Paranoides: episodios agudos si perciben que su sistema de alerta ha fallado en la detección de una traición.

Trastornos Esquizofrénicos: a los que tiende la variante antisocial ante situaciones que no puede controlar. La variante compulsiva se deteriora hacia el estupor catatónico.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM-IV para el TPP

A Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparece en diversos contextos, como lo indican cuatro (4) o más de los siguientes puntos:

Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.

Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.

Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.

En las observaciones o en los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.

Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias y desprecios.

Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está dispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.

Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

B Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, indicar "trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)".

COGNICIONES CARACTERISTICAS EN EL TPP

CREENCIAS CLAVE:

Soy vulnerable a otras personas.

No se puede confiar en los demás. Me engañan. Sus móviles son sospechosos.

Me van a derrumbar o a desacreditar.

CREENCIAS CONDICIONALES:

Si no tengo cuidado me manipularán, abusarán o se aprovecharán de mí.

Si actúan amistosamente, es porque tratan de usarme.

Si parecen distantes es porque son hostiles.

CREENCIAS INSTRUMENTALES: (de auto instrucción)

Mantente en guardia. No confíes en nadie. Busca los motivos ocultos. No te dejes engañar.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PARA TPP

Si bien el objetivo fundamental consistiría en modificar los supuestos básicos arraigados en la base del trastorno, ello no se puede hacer de forma directa cuando son capaces de encontrar experiencias que confirman su percepción paranoide de la vida. De la misma forma, no es viable convencerle de que abandone su actitud defensiva y alerta, cuando está convencido de que los demás tienen malas intenciones.

OBJETIVO GENERAL: Por ello, la estrategia primordial debe centrarse en tratar de **augmentar su auto eficacia percibida**; es decir, su capacidad para hacer frente o salir indemne de las trampas y argucias de los demás.

^{1º} Establecer una relación de cooperación, aceptando su desconfianza en cuanto aparezca (lo contrario facilitaría que nos perciba como manipuladores), sin presionarlo para que confíe en nosotros, no de inmediato, sino con tiempo:

* siendo claros y coherentes

- * corrigiendo las percepciones erróneas a medida que aparecen
- * reconociendo abiertamente los traspiés que ocurran

No utilizar registros de pensamientos inicialmente, requieren demasiada franqueza.

2º Trabajar inicialmente con un problema abordable con técnicas conductuales (p.e. resolución de problemas) para facilitar su percepción de cómo su desconfianza en la gente y sus sentimientos de vulnerabilidad influye en la consecución de sus metas.

3º Aumentar su sentimiento de capacidad para abordar situaciones problema:

3.1- Si es capaz pero exagera la amenaza o subestima sus cualidades: facilitar una percepción más realista de cómo ha afrontado el problema y de los resultados que ha conseguido (o de las consecuencias temidas que ha evitado).

3.2- Si puede mejorar su habilidad para manejar la situación: trabajar los déficits para aumentar su capacidad.

Trabajar las distorsiones cognitivas que se vayan identificando:

PENSAMIENTO DICOTOMICO, utilizar la técnica del continuo para ayudarle a reevaluar su competencia.

SOBREGENERALIZACION, especialmente en relación de su percepción globalista de la gente ("todo el mundo es malo"), para que sea capaz de diferenciar entre:

- a) en quienes se puede confiar en general;
- b) en quienes se puede confiar en alguna medida y
- c) quienes no merecen confianza.

4º Ayudarle a modificar sus interacciones disfuncionales que generan reacciones hostiles que confirman sus ideas paranoides, mejorando su asertividad, empatía, comunicación...

5º A lo largo de la terapia, pero especialmente hacia el final, utilizar las técnicas cognitivas clásicas y los experimentos conductuales para cuestionar directamente las creencias paranoides que subsistan en el cliente.

<p>TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD (según DSM-III-R y MILLON)</p>

SINTOMATOLOGIA: pauta generalizada de indiferencia a las relaciones sociales y un marco restringido de experiencia y expresión emocional (actitud aislada-pasiva).

Ni desean ni disfrutan de las relaciones íntimas, prefieren estar solos, sin amigos ni confidentes o con sólo uno: actividades que no demandan contacto interpersonal (su experiencia les dice que pocas recompensas obtendrán de la interacción) con una baja respuesta a cualquier tipo de estimulación y poco interés por el sexo. Se muestran indiferentes a la opinión de los demás (alabanza o crítica) mostrando una afectividad muy limitada (fríos, distantes, ni ira ni alegría). Ambiguos en sus objetivos e indecisos en sus acciones.

Conducta Aparente de apática-aletargada a perezosa-inerte (pasiva)

Hipo activos, faltos de vitalidad, carentes de espontaneidad y expresividad. Muestran un discurso lento y monótono y una conducta motora letárgica, carente de ritmo y expresividad.

Conducta Interpersonal de reservada a ausente (modesta)

Tienen dificultad para percibir el humor y las necesidades de los demás y para reaccionar o responder. Cuando la interacción se hace necesaria, participan superficialmente con evidente resistencia, especialmente si los perciben como intrusos

entrometidos, que pueden acosarlos y acorralarlos.

Estilo Cognitivo de empobrecido a árido (vago)

Tampoco son introspectivos porque no obtienen recompensas de la auto evaluación, incapaces de pensamientos existenciales o de sentir emociones. Patrones de pensamiento y comunicación fácilmente distraibles por estímulos internos y externos.

Expresión Afectiva de aplanada a desconocida (blanda)

Su estado basal es de no reacción ni respuesta a estímulos externos: emocionalmente fríos, como si no experimentaran ningún sentimiento (alegría, tristeza, temor, angustia...) intenso.

Percepción de Si Mismo de complaciente a falta de vitalidad (plácida)

Se ven como blandos, introvertidos, autosuficientes y solitarios; parecen satisfechos con su forma de vivir distantes y auto segregados de aspiraciones sociales. Valoran la movilidad, la independencia y las empresas individuales: poder tomar sus propias decisiones, realizar actividades a solas y no formar parte de un grupo.

Mecanismo de Defensa principal: INTELECTUALIZACIÓN

Como tendencia a pensar o a describir sus experiencias afectivas e interpersonales en términos de hechos reales, de forma impersonal, casi mecánica, con atención a los aspectos formales de las relaciones y considerando la expresión de las emociones como algo infantil e inmaduro.

En la medida de lo posible procuran mantenerse apartados, excepto para actividades concretas: sexuales, laborales....

ETIOLOGIA: Atmósfera Familiar Formal o Rígida: interacciones reservadas, superficiales, formales, sin calor afectivo, desvinculadas y distantes. Comunicación Familiar Fragmentada: faltan habilidades de interacción interpersonal con transmisión de pensamientos de forma retórica o circunstancial; estos patrones desarticulados, vagos e incompletos, actúan de modelos de aprendizaje de una forma de comunicación que, posteriormente, provocarán la confusión y el rechazo de los demás, la sensación de que no les entienden; todo ello fomenta el aislamiento social.

AUTOPERPETUACION: Su actitud preventiva ante experiencias nuevas o diferentes dificultan un aprendizaje de afrontamiento a acontecimientos sociales o a situaciones nuevas en que estén solos: aislamiento. Este comportamiento retraído y su comunicación superficial, hace que sean percibidos como aburridos y poco interesantes y, por tanto, ignorados; este aislamiento deseado refuerza el comportamiento extraño que les caracteriza. Por otro lado, su insensibilidad y falta de percepción social, y su tendencia a homogeneizar estímulos externos de variada naturaleza le hace percibir el mundo como simple y aburrido, sin interés.

VARIANTES CLINICAS y Trastornos Asociados:

ESQUIZOIDE-DEPENDIENTE: afecto aplanado, baja energía, auto desprecio, incompetencia social, actitud y conducta dependiente.

ESQUIZOIDE-ESQUIZOTIPICO: (muy grave)

Trastornos Afectivos: pocos trastornos de tipo mayor, ni depresivos ni maniacos (estos últimos pueden surgir reactivamente).

Trastorno de Ansiedad: en situaciones de intimidad.

Trastornos Disociativos: especialmente por despersonalización: vacíos, sin percepción de su pasado, sin cohesión psíquica, insensibles a los estímulos externos tienden a la desintegración.

Trastornos Esquizofrénicos: propensos especialmente a la esquizofrenia de tipo desorganizada y a la de tipo catatónico.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM-IV

Pauta generalizada de indiferencia a las relaciones sociales y un marco restringido de experiencia y expresión emocional, patente desde la vida adulta y que se percibe en diversos contextos; al menos 4 de 7 criterios:

1. no desea ni disfruta de relaciones íntimas ni de formar parte de una familia
2. escoge actividades solitarias
3. aparentemente no siente emociones fuertes como ira o alegría
4. escaso o nulo deseo de tener relaciones sexuales
5. indiferente a la alabanza o a la crítica de los demás
6. no tiene amigos íntimos o confidentes (o sólo uno) aparte de familiares de 1er grado
7. afectividad limitada: frío, distante, insensible e inexpresivo a las expresiones de los otros

COGNICIONES CARACTERISTICAS

CREENCIAS NUCLEARES

Estoy sólo.

Las relaciones estrechas con otras personas no compensan, son desastrosas e indeseables porque interfieren mi capacidad de acción.

Puedo hacer mejor las cosas si los otros no me estorban.

CREENCIAS CONDICIONALES

Si me acerco demasiado a la gente, voy a salir malparado.

No puedo ser feliz a menos que tenga una movilidad total.

CREENCIAS INSTRUMENTALES

No te acerques demasiado, mantén las distancias.

No te comprometas.

TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD (según DSM-III-R y MILLON)

SINTOMATOLOGIA: pauta generalizada de ideas, apariencia y conductas peculiares, y déficits en sus relaciones interpersonales, sin que los síntomas sean tan graves como para cumplir los criterios para la esquizofrenia. La **alteración en el curso del pensamiento** puede incluir: ideación paranoide, suspicacia, ideas de referencia, creencias extrañas (entre ellas las convicciones excéntricas), pensamiento mágico

discrepante con su medio cultural (supersticiones, telepatía, sexto sentido... o fantasías y preocupaciones extravagantes en niños y adolescentes) o percepciones extrañas. **Lenguaje peculiar** (pobre, vago, abstracto, utilización inusual del significado de una palabra...) pero sin falta de coherencia. A menudo se muestran **extraños y extravagantes** en su conducta y apariencia. **Relaciones marcadas por una afectividad inapropiada:** fríos, distantes, inexpresivos, insensibles a las expresiones de los otros...; sólo un amigo o confidente (o ninguno); muy ansiosos en situaciones sociales con gente desconocida, tienden a aislarse socialmente. Es frecuente la aparición de **ansiedad y depresión mezcladas** y pueden aparecer síntomas psicóticos transitorios en periodos de estrés extremo.

Conducta aparente de excéntrica a extravagante

Tendencia al aislamiento. Lenguaje metafórico con expresión no habitual de los conceptos pero sin falta de asociación. Historia escolar y laboral con múltiples irregularidades y cambios.

Conducta Interpersonal de aislamiento social a inaccesibilidad

Poca vinculación y escasas relaciones personales sin que aparezcan relaciones íntimas o confidentes e intensa ansiedad social ante acontecimientos sociales normales.

Estilo Cognitivo de rumiador a desconcertado o perturbado

Son incapaces de orientar sus pensamientos de forma lógica, a veces parecen dispersos y autísticos o muestran pensamientos mágicos (telepatía, clarividencia...) o experimentan ilusiones recurrentes en que sienten la presencia de una fuerza o persona no real.

Expresión Afectiva de aprensiva a frenética o de apática a apagada

Su afecto disarmónico sólo les permite relacionarse de forma aplanada, sin vida. Algunos presentan un estado de agitación.

Percepción de Si Mismo de desamparado a vacío

No encuentran sentido a la vida. Se sienten extraños y pueden experimentar sentimientos de despersonalización y disociación.

Mecanismo de Defensa principal: ANULACIÓN

Es una forma de compensación que, a través de actos mágicos o de rituales complejos y extraños, actúa como mecanismo de purificación con el que intentan arrepentirse de alguna conducta indeseable o de algún móvil maligno. Estas compulsiones les causan malestar y pueden reconocerlas como absurdas.

ETIOLOGIA: Se perciben los mismos determinantes que en los trastornos esquizoide y por evitación pero con mayor gravedad. En la **variante esquizoide** (pasiva) es posible que haya un déficit de estímulos por abandono o indiferencia parental que deriva en un bajo desarrollo de la afectividad y en un deficiente aprendizaje de conductas de relación interpersonal.

En la **variante por evitación** (activa) es frecuente encontrar parientes aprehensivos o con problemas cognitivos; estos patrones infantiles que modelan la conducta del menor precipitan una tensión y rechazo parental (de los hermanos y posteriormente de los compañeros) que agrava el temperamento de base, facilitando la disminución de la autoestima y la desconfianza interpersonal; como consecuencia de todo ello el sujeto protege sus sentimientos aislándose, auto criticándose, desaprobándose y usando la fantasía como forma de auto estimulación, de la que se derivaran los delirios y las alucinaciones.

AUTOPERPETUACION: La segregación protectora en el domicilio o en una institución, reduce la estimulación necesaria para desarrollar habilidades y poder progresar en un contexto social (habilidades sociales, cogniciones normales...), perpetuando sus dificultades y estimulando formas de regresión.

Las actitudes protectoras que refuerzan los aspectos dependientes de su conducta y el aislamiento (mecanismo de autoprotección frente a la humillación, el rechazo o las demandas del medio) impiden el desarrollo de la competencia social, de la auto motivación y fomentan actitudes apáticas que perpetuaran el trastorno.

VARIANTES CLINICAS y Trastornos Asociados:

ESQUIZOTIPICA-ESQUIZOIDE: extraños, reservados, aletargados, lentos e inexpresivos; blandos, tranquilos y no motivados por el mundo externo; procesos cognitivos vagos y oscuros.

ESQUIZOTIPICA-EVITADORA: reprimidos, solitarios, cautelosos y retraídos; como recurso protector buscan eliminar sus propios deseos y sentimientos de afiliación, pues están convencidos de que sólo obtendrán rechazo.

Trastorno Esquizofrénico Desorganizado: frente a un estrés intenso y duradero se descompensan: parecen desorientados y confusos sobre el tiempo, lugar y su propia identidad; muestran incoherencia, afectividad aplanada, muecas, delirios fragmentados...

Esquizofrenia Catatónica: bajo una extrema coacción ambiental pierden el control afectivo y cognitivo, desatándose ideas y emociones sin sentido; en este punto son incapaces de comprender la realidad y no coordinan ideas con sentimientos.

Esquizofrenia Residual: si los pensamientos y emociones superan los controles y represiones del sujeto, aparecen estados hebefrénicos o episodios esquizofreniformes breves.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM-IV

Pauta generalizada de ideas, apariencia y conductas peculiares y déficit en sus relaciones interpersonales en diferentes contextos y desde el inicio de la vida adulta, con presencia de al menos 5 de las 9 manifestaciones siguientes:

1. ideas de referencia (no delirantes): convicción de que los acontecimientos, objetos y/o personas del entorno tienen un significado especial relacionado con uno mismo
2. ansiedad social excesiva, sobretodo ante gente desconocida
3. creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en la conducta (no característico del entorno)
4. experiencias perceptivas inusuales: ilusiones, sensación de la presencia de una fuerza...
5. conducta o apariencia extraña o excéntrica
6. sin amigos o confidentes íntimos, o sólo uno, excepto parientes de primer grado
7. lenguaje extraño (pobre, abstracto, vago...) pero no incoherente o disociado

8. afectividad inapropiada o limitada: frialdad, distanciamiento, insensibilidad
9. suspicacia o ideación paranoide

- **GRUPO B : SUJETOS TEATRALES Y/O IMPULSIVOS**

1. TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD: Conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.

2. TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD: Sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal.

3. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD: Conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.

4. TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD: Inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.

Según M. Valdes (1991) los sujetos de este grupo se caracterizan por ser: extravertidos, mal socializados, desajustados emocionalmente y dependientes.

TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD (según DSM-IV, Beck'92 y MILLON)

SINTOMATOLOGÍA: Pauta general exagerada de emociabilidad (expresividad) y búsqueda constante de atención, por encima de cualquier otro objetivo. Se sienten incómodos cuando no son el centro de atención (son vitales y teatrales). Conducta reactiva con gran excitación emocional frente a estímulos menores. Centrados en si mismos, buscan activamente gratificaciones con poca capacidad para demorarlas y nula tolerancia a la frustración. Atractivos y seductores, muy preocupados por su aspecto físico. Lenguaje expresionista y nada detallista. Se aburren con la rutina diaria y buscan continuamente estimulación excitante. Influenciables por personas o creencias, suelen confiar en los demás. Son percibidos inicialmente como encantadores pero, poco a poco son vistos como insinceros, exigentes y algo manipuladores.

Conducta Aparente de afectada a teatral

Impresiona la facilidad con que muestran abiertamente sus pensamientos y sentimientos, su disposición a dramatizar y su habilidad para ser el centro de atención. Son gregarios, lábiles y caprichosos. Muy reactivos, excitables e impulsivos, se implican en aventuras en busca de emociones materiales o interpersonales, pudiendo llegar a mostrar estallidos irracionales de cólera y descontrol. En consulta, su lenguaje es vago y globalizado.

Conducta Interpersonal de flirteante a seductora

Dependientes de los demás para su refuerzo (ánimo, afecto, apoyo...) y para superar su inseguridad, son activos demandadores y se comportan de forma llamativamente encantadora (pueden parecer muy sensibles a los sentimientos de los demás), seductora y explotadora. No obstante, dado que ser asertivos y pedir lo que desean

conlleva la posibilidad del rechazo, usan estrategias más indirectas: manipulación, intimidación, coerción, mal genio, amenaza de suicidio... Su autoestima depende de la atención y el aprecio que reciban.

Estilo Cognitivo de caprichoso a disperso

Atentos a detalles superficiales, tienen dificultad para concentrarse o para realizar actividades cognitivas complejas. El guiarse más por las impresiones que por las reflexiones, les lleva a tener pensamientos dicotómicos y a realizar generalizaciones excesivas sobre sus relaciones con los demás; al tener dificultad para hacer introspecciones racionales de su conducta, les lleva a utilizar sus emociones como pruebas de verdad (razonamiento emocional).

Expresión Afectiva de voluble a impetuosa

Alteración dramática y superficial del humor (entusiasmo-aburrimiento, alegría-rabia...) y labilidad afectiva descontrolada. En casos graves: exhibicionistas e hiperreactivos impulsivos.

Percepción de Si Mismo de sociable a hedonista

Se ven como sociables, amistosos, agradables, encantadores y merecedores de toda la atención. La falta de insight les impide reconocer su confusión, debilidad, depresión u hostilidad. Tienden a describirse en términos de sus relaciones y del efecto que causan sobre los demás. Están más pendientes de la aprobación externa que de sus vivencias internas, por ello, su identidad depende de su relación con otras personas.

Mecanismo de Defensa principal: DISOCIACIÓN

Tendencia a separar su identidad "real" de la "pública": modifican sus conductas en público para dar una imagen aceptable y que les permite distraerse y evitar reflexionar sobre pensamientos y emociones desagradables.

Teatralidad para conseguir que la gente les atienda y les refuerce. Si no lo consiguen, consideran que están siendo tratados injustamente (cólera o tristeza) y, dada su baja tolerancia a la frustración, pueden reaccionar impulsivamente con mal genio para obtener sumisión, o recurrir al llanto, la agresión o el intento suicida para lograr lo que quieren o para "castigar a sus ofensores".

ETIOLOGÍA: Refuerzo parental variable de conductas "histriónicas" a través de la atención y mínimo castigo: los niños aprenden a relacionarse abiertamente a través de la exhibición, dependen de la aprobación para sentirse válidos y, moldeados por un programa variable de refuerzo, amplían sus patrones de conductas y de fuentes (personas) potencialmente reforzadoras. También se detecta un modelaje parental y un aprendizaje de conductas manipulativas en un contexto competitivo por conseguir la atención.

AUTOPERPETUACION: Al atender a estímulos superficiales y fugaces, no logra entender -ni puede reflexionar- nada de valor duradero, con lo que necesita seguir buscando más estímulos.

Sus relaciones sociales son superficiales y pasajeras, porque:

- temerosos de perder el apoyo que necesitan, extraen de ellas todo el afecto y aprobación que pueden para buscar nuevas fuentes de estimulación.
- dado que se perciben como superficiales, tienden a huir de las relaciones íntimas por miedo a que, si se les conoce bien, acabarán rechazándolos.

La tendencia a encerrarse y reprimir aspectos de su vida interior (emociones aislantes y cogniciones introspectivas) le impiden crecer y madurar, por ello manifiestan conductas tan infantiles.

Sus recuerdos son globales y difusos; sus conocimientos deficientes de los detalles; su poca capacidad de introspección y su falta de experiencia en el abordaje de

problemas hace que tengan dificultades en el manejo de situaciones problemáticas, por lo que se fortalece la idea de que son inadecuados para enfrentarse solos a la vida y de que necesitan a los demás.

A corto plazo, el propio patrón de comportamiento histriónico es reforzante (atención...) y facilita su perpetuación.

VARIANTES CLÍNICAS y Trastornos Asociados

HISTRIÓNICO-ANTISOCIAL: relaciones superficiales y pasajeras, irresponsabilidad social y conducta informal; impulsividad, hostilidad, malhumor y violencia que previenen una imagen débil.

HISTRIÓNICO-LÍMITE: caracterizado por una conducta infantil con emociones lábiles y difusas o, por ocasionales provocaciones sexuales crudas y directas.

Trastornos por Ansiedad: sufren de ansiedad al buscar desesperadamente fuentes de apoyo, y pueden experimentar sentimientos de vacío y de despersonalización muy angustiosos si están solos. Entre otros: ansiedad de separación, crisis de angustia con/sin agorafobia, alcoholismo y abuso de tóxicos.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo: sufren de pensamientos persistentes y recurrentes sin un foco específico (debido a la falta de organización cognitiva que los cohesione): impulsos sexuales fluctuantes, hostilidad y labilidad emocional.

Trastornos Somatoformes: reacciones de conversión (pérdida de alguna función física por causa psicológica) aparatosas llamadas de atención y síntomas hipocondríacos.

Trastornos Disociativos: en forma de fugas psicógenas (súbitos e inesperados viajes fuera del entorno habitual con incapacidad para recordar lo que ha pasado), ante períodos de tensión y adversidad.

Trastornos Afectivos: trastornos distímicos con conductas histriónicas en situaciones de soledad, abandono o desamparo o cuando lo prevén de forma anticipada.

Otros: si no consiguen apoyo, pueden descompensarse en forma de depresión mayor, síntomas hipomaniacos o episodios bipolares.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV para el THP

Pauta general exagerada de emociabilidad y búsqueda de atención exagerada, patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos (por lo menos en 4 de los siguientes 8):

1. busca o solicita apoyo, aprobación o alabanza constantemente
2. sexualmente seductor de manera inapropiada (apariencia o conducta)
3. exclusivamente preocupado por su atractivo físico
4. expresión emocional exagerada e inapropiada
5. incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención
6. cambios rápidos en la expresión de sus emociones

7. centrado en si mismo, sus acciones están orientadas a obtener satisfacciones inmediatas, no tolerando la frustración ni la demora en su obtención
8. lenguaje impresionista y sin detalles

COGNICIONES CARACTERÍSTICAS EN EL THP

CREENCIAS NUCLEARES

En el fondo, carezco de atractivos.

Para ser feliz, necesito que me admiren y me amen.

CREENCIAS CONDICIONALES

Si no cautivo a la gente, no soy nada.

Si no les resulto interesante, me abandonarán.

CREENCIAS INSTRUMENTALES

Puedo confiar en mis sentimientos (razonamiento emocional)

Expresa tus sentimientos: sé divertido.

Demuéstrale a la gente que te ha herido

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA THP

La Relación Terapéutica ha de huir de la seducción y de asumir el tentador papel de salvador, pues reforzaríamos sus sentimientos de desamparo; debemos reforzar selectivamente cuando se centra en detalles y se comporta asertivamente.

El Tratamiento persigue que el paciente pase de una forma de pensamiento global e impresionista a una forma sistemática y centrada en los problemas.

Técnicas:

Agenda: para enseñarle, desde el principio, a enfocar su atención sobre un sólo problema a lo largo de las sesiones. Si tiende a relatar los hechos -excitantes ó traumáticos- de toda la semana, posponer este relato para el final de la sesión, tras haber abordado metas específicas. Estas metas (específicas y concretas) han de ser realmente importantes para ellos, no sólo para conseguir resultados a corto y largo plazo, sino para que no pierdan el interés.

Utilizar **registros de Pensamientos Disfuncionales** para que aprenda a identificarlos (emociones, deseos, preferencias...) y, posteriormente, a controlarlos. Este ejercicio también les ha de ayudar a controlar su impulsividad.

Les enseñaremos a **buscar alternativas** a sus pensamientos distorsionados, para combatir su imaginación y sus fantasías interpretativas.

Para potenciar el autocontrol, fomentar su atención a metas concretas y como introducción a la solución de problemas, les ayudaremos a **evaluar los pros y contras** de cada alternativa y decisión a tomar.

Estrategias de **Solución de Problemas**.

Analizar la forma en que establecen sus relaciones interpersonales problemáticas; es decir, **qué métodos usan para manipularlas**: crisis emocionales, provocar celos, seducir, negarse a tener relaciones sexuales, sermonear, regañar, quejarse...

hacerles ver que, si bien a corto plazo obtienen buenos resultados, a largo plazo, consiguen lo que pretenden evitar: el rechazo.

Una vez conseguido el demorar su impulsividad (identificación de pensamientos automáticos) e identificado lo que realmente quiere (normalmente apoyo y protección), que aplique técnicas de solución de problemas (pros y contras) y busque alternativas diferentes de las habituales, las pruebe durante un tiempo (experimentos conductuales) para seleccionar aquellas estrategias, siendo eficaces, son menos costosas a largo plazo.

Una vez se han implicado en la búsqueda de formas nuevas de conseguir lo que desean, les enseñaremos a ser **asertivos** para expresar adecuada y eficazmente aquellos deseos que ya saben prestarles atención e identificarlos.

Trabajar el concepto de "identidad" como la suma de muchas cosas diversas que tal vez no conozca de si mismo a lo largo de toda la terapia: elaborar una lista con aspectos de su personalidad, de sus deseos y preferencias, de sus cualidades y defectos.

Ayudarles a **cuestionar sus creencias** de que la pérdida de una relación sería desastroso y de que se desmoronaran; ello les impedirá que sean realmente asertivos. Para ello, les ayudará:

- recordar cómo "sobrevivían" antes de esa relación
- fantasear sobre lo que realmente sucederá si se acaba

Esta segunda estrategia, junto con experimentos conductuales con los que obtener pequeños rechazos (preferentemente de extraños) sin sentirse destrozados, les ayudará a **descatastrofizar el rechazo**.

Para **cuestionar supuestos** como el de "soy inadecuado y para sobrevivir tengo que apoyarme en los demás":

- mejorar su competencia percibida a través de: asertividad, solución de problemas.
- combatir el miedo a sustituir sus estrategias de búsqueda de atención (seducción, emotividad...) y perder refuerzo, con experimentos conductuales.
- para conseguir sensaciones podemos sugerir el inicio de actividades teatrales, empresariales, deportes de riesgo o de competición...

TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD (según DSM-III-R y MILLON)

SINTOMATOLOGIA: Pauta generalizada de grandiosidad (en fantasía o conducta), sensibilidad a la valoración de los demás y falta de empatía.

Se sobrevaloran, exagerando sus logros y esperando ser tratados de forma especial (pocos son los que pueden entenderlos); se sienten indignos si no consiguen sus objetivos y, si se les critica, pueden reaccionar con rabia y vergüenza, aunque suelen ocultar sus sentimientos. Ambiciosos insaciables, están obsesionados por fantasías de éxitos (poder, belleza...) y por la envidia de aquellos que han tenido más éxito. Autoestima frágil, con continua valoración sobre como hacen de bien las cosas y lo que pensarán los demás, con búsqueda continua de cumplidos. Explotadores de los demás, las amistades tienen un sentido práctico; incluso la pareja puede utilizarse como un sistema de refuerzo de su autoestima.

Conducta Aparente de arrogante a pomposa

Actúan sintiéndose por encima de las convenciones sociales, exentos de las responsabilidades que tienen los demás, sin respetarlos.

Conducta Interpersonal de explotadora a desvergonzada

Explotadores en beneficio propio, no empáticos, esperan ser tratados de forma especial sin dar nada a cambio. Desprecian a los que rechazan su autoimagen.

Estilo Cognitivo de expansivo a indisciplinado

Sus fantasías no tienen límites; exageran sus habilidades y minimizan sus fracasos, pudiendo recurrir a la mentira o invención.

Expresión Afectiva de indiferente a exuberante

Indiferentes e imperturbables, sus fantasías les hacen sentirse bien. Parecen incapaces de impresionarse, pero cuando su autoestima titubea suelen mostrarse coléricos, avergonzados, vacíos o deprimidos, en periodos breves que remiten por su racionalización.

Percepción de Si Mismo de admirable a maravilloso

Se sienten superiores, con derechos y privilegios inusuales.

Mecanismo de Defensa principal: RACIONALIZACIÓN

Como forma de distorsionar la realidad y crear un alivio, excusa o justificación a sus frustraciones, fallos o actos socialmente inaceptables.

ETIOLOGIA: Indulgencia y sobrevaloración parental que impide que aprendan a cooperar, a expresar su responsabilidad y a considerar los derechos, los intereses y el bienestar de los demás. Aprenden conductas explotadoras y es habitual entre hijos únicos.

AUTOPERPETUACION: Al sentirse capacitados para todo, no ven la necesidad de un entrenamiento previo y por ello, no se ponen en situación de percibir que tal ilusión no es cierta; si la demanda ambiental es alta, recurren a estrategias racionalistas.

Al encontrar la felicidad en sus fantasías de éxito, pueden perder el contacto con la realidad y aislarse, impidiendo el fracaso. Dado que no asumen responsabilidades sociales, en situaciones de conflicto, derivan la culpa a los demás. La capacidad de control de las personas y de imaginación, el autocontrol y la convicción de ser único, es autoreforzante.

VARIANTES CLINICAS y Trastornos Asociados:

NARCISISTA-HISTRIONICO: listos, encantadores, poco serios y muy seductores; impulsivos e inmaduros, se dejan llevar por la necesidad de excitación y se encaprichan continuamente. Son irresponsables y carentes de autodisciplina.

NARCISITA-ANTISOCIAL: desprecia la verdad, es desconsiderado y engaña a los demás, puede cometer fraudes, mentiras y excesos sexuales sin intención hostil ni maliciosa, sino como resultado de sus sentimientos de omnipotencia y privilegio. Las críticas y los castigos son valorados como producto de la envidia de los demás.

Trastorno Afectivo Distímico: confrontado con su incapacidad para vivir conforme a su imagen magnificada, y si la racionalización no funciona, puede sentir dudas sobre si mismo y deprimirse.

Reacciones Ansiosas Agudas: cuando su imagen es puesta en duda por la propia

realidad; dado que la ansiedad es valorada como síntoma de debilidad, pueden trasformarla en irritabilidad o rabia.

Trastornos Somatoformes: síntomas hipocondríacos que le sirven de justificación a sus errores y mantener su imagen.

Trastornos Paranoides: si las condiciones son adversas de forma prolongada, pueden recurrir a la fantasía en exceso.

Otros: deterioro de las relaciones interpersonales; del rendimiento laboral sólo si hay depresión o objetivos inalcanzables. Posibilidad de reacción psicótica breve o depresión mayor.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV

Pauta generalizada de grandiosidad (en fantasía o conducta), sensibilidad a la valoración de los demás y falta de empatía, en por lo menos 5 de los siguientes 9 criterios:

1. Reacción a las críticas con sentimientos de rabia, vergüenza o humillación (puede no expresarlo)
2. Utilización de los demás para conseguir sus propios fines
3. Sentimiento de grandiosidad y exageración de los propios logros y capacidades
4. Considera que sus problemas son únicos y sólo pueden comprenderlos personas como ellas
5. Preocupados por fantasías de éxito, poder, belleza o amor ideal ilimitados
6. Creencia de que debe recibir un trato especial (no hacer cola...)
7. Demanda constante de admiración y atención, haciendo lo posible para recibir cumplidos
8. Falta de empatía: incapacidad para comprender o experimentar lo que los otros sienten
9. Preocupado por sentimientos de envidia.

<p style="text-align: center;">TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (según DSM-III-R y MILLON)</p>

SINTOMATOLGIA: pautas de conducta irresponsable y antisocial (>18 años) e historia de trastorno de conducta (<15 años).

Irritables y agresivos, peleas, conductas temerarias y promiscuidad sexual; fracasan en sus intentos de mantener un trabajo, de planificar, de hacer frente a obligaciones económicas y de actuar como padres. No aceptan las normas sociales y no muestran resentimientos justificando sus conductas disociales.

Buscan continuamente el refuerzo a través de conductas persistentes, ambiciosas y dirigidas hacia el objetivo, con necesidad de control ambiental y desconfianza en las habilidades de los demás.

Conducta Aparente de valiente a temeraria

Impulsivos y eficaces, no temen el peligro (les estimula) o el castigo. No actúan según las normas, ética o costumbres del entorno y pueden manifestarse agresivos e irresponsables.

Conducta Interpersonal de antagonista a beligerante

Sólo confían en si mismos, no muestran sentimientos de lealtad y utilizan a los demás para alcanzar sus objetivos. Se muestran opositoristas y competitivos por lo que no mantienen relaciones estables. El fin justifica los medios. Pueden ser vengativos y disfrutar de las humillaciones y errores de los demás.

Estilo Cognitivo de individualista a fanático

Patrones cognitivos rígidos e inflexibles (evitan la introspección), que en sus formas leves puede valorarse como asertivo y realista.

Expresión Afectiva de hostil a malévola

Los sentimientos, la cordialidad y la intimidad se evitan por valorarlas como signos de debilidad y como defensa frente a recuerdos dolorosos; suspicaces ante la compasión y el altruismo.

Cuando las cosas no van como desean se enfurecen y se vuelven reivindicativos y violentos. Baja tolerancia a la frustración.

Percepción de Si Mismo de competitivo a dominante

Fuertes, realistas, duros... se consideran por encima de las normas y necesitan dominar el entorno para alcanzar el poder.

Mecanismo de Defensa principal: ACTING OUT

Tendencia a mostrar abiertamente pensamientos, emociones y acciones con el objetivo de descargar las tensiones internas y desahogarse.

ETIOLOGIA: Resentimiento por la exposición a hostilidad, crueldad o dominación parental e imitación modelada de dichas conductas. En algunos casos los sentimientos de rechazo y abandono, los malos tratos les hacen percibir el mundo como hostil y peligroso y la necesidad de ser duros y desconfiados para no ser explotados y humillados. La ausencia de disciplina también predispone.

AUTOPERPETUACION: Distorsionan perceptual y cognitivamente la conducta de los demás, percibiéndola como amenazante e injuriosa.

Suspicaces con la ternura y la cooperación de los demás por protegerse de recuerdos dolorosos de su infancia. Su conducta evoca hostilidad en los demás confirmándose que el mundo es hostil; su reacción agresiva reduce la posibilidad de ser utilizados o humillados reforzándose tal patrón de comportamiento.

VARIANTES CLINICAS y Trastornos Asociados:

ANTISOCIAL-PARANOIDE: hostiles, vengativos, altamente impulsivos y desconfiados, atentan contra las normas y convencionalismos. Temen sobretodo ser explotados por los demás, por lo que deben dar una imagen de duros, fuertes, activos, insensibles y valientes. Los castigos confirman que son tratados injustamente y reforzar su conducta beligerante.

Trastornos por Ansiedad: breves y previos al acting-out.

Trastornos Paranoides: en forma de delirios persecutorios que aparecen bajo presión ambiental prolongada o extrema.

Otros: consumo de drogas, tensión, incapacidad para tolerar el aburrimiento y depresión.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV

A. Tener, por lo menos, 18 años de edad.

B. Trastornos de conducta antes de los 15 años, con 3 criterios de 12:

1. absentismo escolar
2. dos huidas nocturnas de casa o una sin volver
3. inicia peleas físicas a menudo
4. utilización de armas en más de una ocasión
5. ha forzado a alguien para mantener relaciones sexuales
6. físicamente cruel con los animales
7. físicamente cruel con algunas personas
8. destrucción deliberada de la propiedad ajena
9. participación deliberada en incendios
10. mentiras frecuentes
11. más de un robo sin enfrentamiento con la víctima
12. robos enfrentándose a la víctima (amenazas, tirones, chantaje...)

C. Pauta de conducta irresponsable y antisocial con, por lo menos, 4 de entre los 10 criterios siguientes:

1. incapacidad para mantener una conducta escolar o laboral según las siguientes características:

- a) desempleo de 6 o más meses siempre que pueda trabajar y haya disponibilidad
- b) ausencias repetidas al trabajo, sin razón médica o familiar
- c) abandono del trabajo sin planes realistas para obtener otro

2. inadaptación a normas sociales expresada repetidamente por actos por los que puede ser arrestado.

3. irritable y agresivo, con peleas habituales y/o malos tratos a la pareja o a los niños

4. incumplimiento de las obligaciones económicas

5. dificultades para planificar y actuaciones impulsivas (trasladarse sin trabajo u objetivos...)

6. ausencia de interés por la verdad (mentiras repetidas, uso de alias...)

7. despreocupación por la seguridad propia o de los demás: conducir rápido o intoxicado...

8. irresponsable cuando actúa como padre o cuidador:

- a) desnutrición del niño
- b) enfermedades infantiles debidas a falta de higiene
- c) incapacidad para obtener ayuda pediátrica cuando se requiera
- d) no cubrimiento de las necesidades alimentarias o de protección del niño
- e) no poder conseguir un canguro cuando sale de casa
- f) despilfarro en cosas personales cuando son necesarias para el hogar

9. no relación monogámica durante más de un año

10. ausencia de remordimientos: encuentra justificación para dañar o robar a los demás

D. Conducta antisocial con ausencia de esquizofrenia o de episodios maníacos.

TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD (según DSM-III-R y MILLON)

SINTOMATOLOGIA: pauta generalizada de inestabilidad, en diferentes contextos, respecto a la **vivencia de la propia imagen** (notable y persistente alteración de la identidad en forma de incerteza en relación a temas vitales), respecto a las **relaciones interpersonales** (inestables, con alternativas de idealización y desvalorización y con grandes esfuerzos para evitar el abandono real o imaginado) **y del estado de ánimo** (cambios notables del humor: depresión, ansiedad, muestras de ira intensa, peleas y conductas impulsivas y autodestructivas, ansiedad).

En las formas más graves, amenazas o conductas suicidas o automutilantes: intentan manipular o aliviar -en forma de ira- los sentimientos de vacío y despersonalización ante el estrés.

Conducta Aparente de espontánea a difícil

Impulsivos, conducta impredecible; pueden implicarse en conductas que implican riesgo personal y cometer excesos. Crisis inesperadas y espontáneas. Ansiosos si no se contacta con ellos.

Conducta Interpersonal de opositorista a voluble

Son impulsivos y tienden a dominar a los demás, lo que provoca rechazo en vez de la aceptación que desean. Dependientes de los demás por el temor crónico a ser abandonados por sus fuentes de apoyo (ansiedad de separación).

Estilo Cognitivo de consistentes a impredecibles y desorganizados.

Patrón de cambios rápidos de pensamientos opositoristas y conflictivos entre su dependencia y sentimientos de desconfianza y resentimiento hacia los demás, por haber sido aislados y desaprobados. Sentimientos de vacío y aburrimiento.

Expresión Afectiva de temperamental a lábil o muy voluble

Cambios de un humor normal, a ira intensa, excitación o euforia. Ansiedad crónica resultado de sus necesidades contradictorias: dependencia y desconfianza.

Percepción de Si mismo: de perturbada a confusa/contradictoria

Frecuentes trastornos de identidad, con dudas respecto a quien es y a donde va (inestabilidad); en consecuencia, cualquier estímulo psicosocial intenso puede iniciar un brote psicótico.

Mecanismo de Defensa principal: REGRESIÓN

La presión y el estrés los afronta a través de la regresión a niveles de funcionamiento anteriores: conductas infantiles (falta de control de impulsos, deseos y necesidades infantiles, chuparse el dedo, lenguaje infantil, incontinencias...).

ETIOLOGIA: Historia de fracasos continuados en el desarrollo de un estilo válido de afrontamiento, bajo la presión de dificultades repetidas.

Los **límites-dependientes:** familiares blandos y faltos de energía que los han sobreprotegido (dependencia) impidiendo el desarrollo del sentido de autonomía y de una autoimagen competente e impidiendo que desarrollen habilidades sociales y autoestima. La percepción del rechazo de sus referentes acelera el deterioro.

Los **límites-histriónicos:** hiperreactivos de niños han sido expuestos a altos niveles

de estimulación, que posteriormente necesitan y buscan. Control parental desarrollado con refuerzo contingente y frecuencia variable. Sólo se sienten competentes y aceptados si reciben la atención de los demás; si no lo consiguen aparecen cambios cíclicos de humor.

Los **límite-pasivo-agresivos**: inconsistencia parental durante su educación en forma de oscilaciones entre un afecto exagerado y un maltrato verbal y/o físico (normalmente en familias desestructuradas) que, además, les sirven de modelos para su conducta adulta (variable, vacilante y pasivo-agresiva); esta agota todas las fuentes de atención y apoyo que necesita: explosiones de ira violenta.

AUTOPERPETUACION: la inestabilidad y las conductas extravagantes que muestran, suscitan inicialmente la atención que necesitan, evitan el temido rechazo (sobretudo si les sigue una muestra de arrepentimiento y sentimiento de culpa) y les relaja. Utilizan la **inversión** (actúan de forma contraria a la habitual) cuando las otras estrategias les fallan; ello perpetua el problema al alejarles de los resultados esperados, consumir su energía y abocarlos a tensiones y depresiones intolerables que derivan en una pérdida del control, aparición de conductas psicóticas y de emociones irracionales. Las reacciones de rechazo de los demás se acrecentan y mantienen el problema.

VARIANTES CLINICAS y Trastornos Asociados:

LIMITE-DEPENDIENTE: desesperados, impotentes y deprimidos; están convencidos de que no tienen ningún valor y de que serán abandonados; frecuentemente se derrumban en desesperación.

LIMITE-HISTRIONICO: hacen continuos intentos para ser interesantes y atractivos en forma de sociabilidad exagerada, hiperactividad eufórica y verborrea a través de la que buscan (incluso en estados deprimidos) atención, aprobación y apoyo.

LIMITE-PASIVO-AGRESIVA: pueden presentar episodios de depresión agitada: quejas, irritabilidad, descontento, preocupaciones hipocondríacas y expresiones de culpa y autocondenación.

Trastornos de Ansiedad: ansiedad generalizada.

Trastornos Disociativos: propensión a las fugas psicógenas para airear los sentimientos reprimidos y las frustraciones.

Trastornos Afectivos: inestabilidad; continuamente intentan controlar sentimientos negativos que motiven el rechazo, cuando no lo consiguen manifiestan explosiones breves de ira y frustración que pueden intentar controlar volviéndolos contra si mismos en forma de trastornos hipocondríacos y depresiones que, además, pueden provocar la atención de los demás.

Trastorno Esquizoafectivo: descompensaciones reactivas a la incapacidad para conseguir el apoyo de los demás.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV

1. Relaciones interpersonales inestables e intensas con alternativas idealización/desvalorización
2. Impulsividad en 2 o + áreas potencialmente peligrosas (despilfarro, drogas, robos, excesos...)

3. Inestabilidad afectiva con cambios de humor (irritabilidad, depresión, ansiedad...)
4. Ira inapropiada o intensa o falta de control (peleas, violencia...)
5. Amenazas, gestos o conductas suicidas o automutilantes
6. Trastorno de identidad acusado y persistente, manifestado en 2 o + de entre: autoimagen, orientación sexual, objetivos, tipo de amigos o de valores...
7. Sentimientos crónicos de vacío o de aburrimiento
8. Esfuerzos titánicos para evitar el abandono, real o imaginario

• **GRUPO C: SUJETOS ANSIOSOS O TEMEROSOS**

1. **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN:** Hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza. Retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima.
2. **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA:** Pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias. Subordinación e incapacidad para valerse solo. Falta de autoconfianza.
3. **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD:** Perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento. Dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACION (según DSM-III-R y MILLON)

SINTOMATOLOGIA: pauta generalizada de malestar en el contexto social con miedo a una evaluación negativa.

Se sienten heridos por las críticas o ante la menor muestra de desaprobación, por lo que sólo aceptan aquellas relaciones en las que están seguros de ser aceptados; a parte de familiares, no tienen amigos o sólo uno del que pueden parecer dependientes y temerosos de perderla. Evitan actividades sociales o laborales (aislamiento y soledad) donde se de un contacto interpersonal significativo, por miedo a decir algo tonto, a ponerse rojos, llorar o dar cualquier muestra de ansiedad. Sufren (a diferencia de los esquizoides) por su incapacidad para relacionarse.

Conducta Aparente de cautelosa a alerta

Parecen tímidos, extraños, fríos... pero los que les conocen reconocen su sensibilidad, su tendencia a la evasión y su desconfianza. Discurso parco y lento, con indecisiones y pensamiento fragmentado y confuso. Conducta hipoactiva, con posibles movimientos bruscos y rápidos. Se mantienen alerta, examinando el entorno en busca de amenazas potenciales, reaccionando ante estímulos inocuos y anticipando situaciones donde puedan ponerse en ridículo o ser rechazados.

Conducta Interpersonal de aversiva a aislada

Aislamiento social activo y autoprotector, con maniobras sutiles de comprobación de la sinceridad/falsedad en los demás.

Estilo Cognitivo de distraído a perplejo

Hipersensibles al entorno (juicio ajeno...), desbordados por detalles nimios y sin suficiente armonía emocional, los pensamientos divagatorios interfieren sus procesos coherentes y les dificultan la comunicación social. Las perturbaciones pueden derivar en descompensaciones regresivas.

Expresión Afectiva de angustiada a hiperexcitada

Al no poder expresar abiertamente su afectividad, crean un mundo interior rico en fantasía e imaginación que puede plasmarse en pinturas, poemas, música... que nadie conocerá. Transmiten emociones disarmónicas y su estado crónico de tensión y angustia les provoca sentimientos de vacío y despersonalización.

Percepción de Si Mismo de ajeno a lo que le rodea a rechazado

Introspectivos y conscientes de si mismos, se ven diferentes, con sentimientos de soledad, desconfianza para con los demás, descontentos, vacíos y sensaciones de despersonalización.

Mecanismo de Defensa principal: FANTASIA

Como proceso semiconsciente a través del cual disponen de un medio seguro en el que poder llevar a cabo sus necesidades de gratificación y sus anhelos: expresar afectos o descargar impulsos (agresivos, sexuales...), sin miedo al rechazo social.

ETIOLOGIA: El Rechazo Parental intenso y frecuente -a veces sutil o pasivo como en el caso de padres alcohólicos- y el del grupo de compañeros, debilitan cualquier sentido de competencia y la autoestima, potenciando sentimientos de soledad y juicios sobre si mismos donde confirman que son inferiores, que no tienen ningún atractivo. La ansiedad y desconfianza resultante en un mundo percibido como hostil les conduce al aislamiento social.

Las deformidades físicas pueden precipitar el trastorno.

AUTOPERPETUACION: Su comportamiento retraído y de distanciamiento provoca acciones recíprocas en los demás, que les muestran antagonismo (algunos aprovechan para burlarse) y rechazo real.

Como utilizan un permanente estado de alerta ante señales de rechazo o decepción para autoprotgerse, aumentan las probabilidades de encontrar dichas señales, incluso cuando estas no existen. El retraimiento subsiguiente les proporciona alivio y reduce a si mismos las fuentes de estimulación (introspección excesiva); reflexionando sobre la penosa situación en la que se encuentran, se dan cuenta de que no valen la pena y disminuyen aún más su autoestima y sus contactos sociales. Este comportamiento aislacionista se refuerza negativamente al reducir las posibilidades de rechazo.

VARIANTES CLINICAS y Trastornos Asociados:

EVITACION-PASIVO-AGRESIVO

EVITACION-LIMITE

Este trastorno es de los más proclives a fomentar psicopatología:

Trastornos de Ansiedad: principalmente ansiedad generalizada (por la tensión y los sentimientos de frustración) que puede desembocar en ataques de pánico. Tensos, irritables, angustiados, con tendencia a las pesadillas.

Trastornos Somatoformes: síntomas hipocondríacos que le pueden servir para afrontar sentimientos de despersonalización, justificar su aislamiento o incluso como autocastigo y trastornos por conversión en forma de tics, parálisis motoras o *belle indiférence*.

Trastornos Disociativos: propensos a los sentimientos de extrañeza para paliar el impacto de una estimulación excesiva.

Trastornos Afectivos: tristeza, vacío, soledad...

Trastornos Esquizofrénicos: facilita la aparición de trastornos psicopatológicos graves como la esquizofrenia desorganizada (afecto incoherente y aplanado, incongruente o absurdo, con delirios no sistematizados o fragmentados), la catatónica (perturbación psicomotora que puede alternar rápidamente entre estupor y excitación) o la paranoide (constelación de delirios de grandiosidad, suspicacia o persecutorios y alucinaciones).

Otros: depresión, fobias específicas, fobia social.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV

Pauta generalizada de malestar en el contexto social con miedo a una evaluación negativa y temor, patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en más de un contexto, manifiesto por al menos 4 de los siguientes 7 criterios:

1. fácilmente herido por las críticas o la desaprobación
2. carece de amigos o confidentes íntimos, o sólo tiene uno (al margen de familiares)
3. no desea relacionarse con la gente si no está seguro de ser bien aceptado
4. evita las actividades sociales o profesionales que implican contactos interpersonales
5. se encuentra violento en las situaciones sociales por miedo a decir algo inadecuado o de no poder responder a alguna pregunta
6. miedo a quedar en ridículo ante los demás por sonrojarse, llorar o mostrar signos de ansiedad
7. exagera las dificultades potenciales, los peligros físicos o los riesgos implícitos en cualquier actividad que no sea la habitual, con el fin de evitarla

<p style="text-align: center;">TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD (según DSM-III-R y MILLON)</p>

SINTOMATOLOGIA: pauta generalizada de conducta dependiente y sumisa en diferentes contextos. Permiten que otros tomen las decisiones importantes o solicitan consejos y recomendaciones antes de tomarlas ellos. Se sienten incómodos cuando están solos (procuran evitarlo), devastados cuando terminan las relaciones íntimas y

preocupados cuando lo anticipan. Heridos por las críticas y desaprobaciones, tienden a acomodarse a la opinión de los demás y a hacer cosas desagradables para gustarles. Solos se sienten incapaces de iniciar un proyecto.

Conducta Aparente de incompetente a desamparada

Los demás les suelen definir como generosos y flexibles. Poco asertivos, les falta autoafirmación y parecen pasivos. Suelen estar cansados y poco interesados en el sexo, y la posibilidad de aumentar la carga habitual de trabajo les pone ansiosos y agotados. En casos extremos se someten a los deseos y órdenes de los demás.

Conducta Interpersonal de sumisa a dependiente

Funcionan sin problemas si cuentan con un compañero protector y fiable; cuando les falta se vuelven tensos, aprensivos, depresivos y desconcertados, aislándose.

Estilo Cognitivo de crédulo a ingenuo

Optimistas, reductores de su mundo, poco perceptivos y acrílicos, sólo captan la bondad en los demás; a pesar de ello, carecen de la alegría del vivir y pueden, en confianza, expresar sentimientos de pesimismo y tristeza. Sólo racionalizando sus dificultades pueden sentir cierta armonía interpersonal.

Expresión Afectiva de pacífica a tímida

Muestran un temperamento melancólico, con mezcla de miedo y tristeza. Son cálidos, dóciles y no competitivos; tímidos en sus relaciones, tienden a la evitación y a replegarse sobre si mismos.

Percepción de Si Mismo de inepto a inadecuado

Parecen reflexivos y colaboradores pero en realidad se sienten inseguros y amplifican sus fallos y deficiencias, minimizando sus éxitos y culpándose de las dificultades y problemas de los demás.

Mecanismo de Defensa principal: INTROYECCIÓN

Internalización del prójimo para crear una unión interpersonal estable; no temen perder su identidad y autonomía si ello refuerza su unión con las personas de las que dependen y les previene de dificultades y conflictos en sus relaciones.

ETIOLOGIA: Sobreprotección Parental que dificulta que aprendan a enfrentarse a las dificultades de la infancia y a comportarse autónomamente. La falta de competitividad, especialmente durante la adolescencia, por falta de atractivo o por dificultades percibidas. La adhesión a expectativas sociales que promuevan un comportamiento dependiente.

AUTOPERPETUACION: Por refuerzo positivo (recibiendo la ayuda y el apoyo que desean) y negativo (evitando situaciones angustiantes como el estar solo o tener que preocuparse de si mismo). Al evitar situaciones peligrosas o angustiantes, impide aprender habilidades de afrontamiento y de crecimiento personal. Autopercepción de deficiencias reales y minusvaloración de capacidades.

VARIANTES CLINICAS y Trastornos Asociados:

DEPENDENCIA-EVITACION: además de las características de dependencia, se da un alto nivel de evitación de actividades y aislamiento social, usualmente reforzadas por la intervención institucional.

Trastornos por Ansiedad: especialmente la ansiedad por separación; dependiendo de los demás para su bienestar, son propensos a sufrir ansiedades generalizadas.

Fobias: especialmente de tipo social.

Trastornos Somatoformes: reacciones de conversión y trastornos por somatización que, además de hacerles conseguir atención y apoyo, pueden evitarles de asumir responsabilidades no deseadas.

Trastornos Facticios: como síntomas físicos o psíquicos controlados por el paciente para jugar el papel de enfermo.

Trastornos Afectivos: principalmente por la separación de sus fuentes de apoyo, en forma de reacciones distímicas, manías o depresiones mayores.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV

Pauta generalizada de conducta dependiente y sumisa, desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos, manifestada por al menos 5 de los 9 criterios siguientes:

1. incapaz de tomar decisiones cotidianas sin una exagerada cantidad de consejos de los demás
2. permite que los demás tomen la mayoría de las decisiones importantes
3. por temor al rechazo, están de acuerdo con los demás incluso cuando ven que están equivocados
4. dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por propia iniciativa
5. con el fin de agradar a los demás, puede hacer cosas desagradables
6. incómodo o desvalido cuando se encuentra sólo, haciendo grandes esfuerzos para evitarlo
7. desvalido y desvastado cuando terminan relaciones íntimas
8. frecuentemente preocupado por el temor de ser abandonado
9. fácilmente herido por las críticas o desaprobaciones

<p style="text-align: center;">TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD (según DSM-IV, Beck y MILLON)</p>

SINTOMATOLOGIA: pauta generalizada de perfeccionismo e inflexibilidad, característica de los hombres en la cultura occidental, por el valor que se da a la atención por los detalles, la autodisciplina, el control emocional, la perseverancia, la urbanidad y la confiabilidad.

En los TOCP, el perfeccionismo, la necesidad de certidumbre y la creencia de que existe una "solución correcta" (perfecta) para sus problemas, les lleva a estar en permanente estado de duda: tienden a posponer las acciones y las tareas importantes para el último momento, y están inseguros al tener que tomar una decisión por miedo a equivocarse.

Es un trastorno ambivalente porque por un lado buscan la afirmación y autonomía, y por otro desean ser conformistas con los demás por el apoyo y la comodidad que representa: solucionan el conflicto a través de la sumisión frente al poder y un comportamiento rígido y normativo, temerosos del más mínimo error.

Son meticulosos con los procedimientos y las normas y, hasta tal punto son necesarios para ellos, que los medios para alcanzar un objetivo se convierten en el propio fin; es por ello por lo que no alcanzan a tener puntos de vista generales. Todo, placer incluido, debe ser antes planificado. Desean que los demás actúen como ellos. Las relaciones tienen una cualidad formal, convencional, con una firme tendencia a no exteriorizar sus sentimientos y a ser poco generosos. Muy sensibles a las críticas.

Conducta Aparente de disciplinada a perfeccionista

Eficiente, constructivo, posesivo, tacaño, testarudo, con falta de imaginación, inflexible, no espontáneo. Aplaza las decisiones, y los hechos inesperados le causan ansiedad. Preocupados por el detalle, el procedimiento y la organización, utilizan la moral, la lógica, las costumbres, las reglas familiares y las conductas realizadas anteriormente para saber "qué es lo que hay que hacer".

Conducta Interpersonal de respetuosa a congraciadora

Respetuosos y serviles con sus superiores de los que buscan aprobación y apoyo, poniéndose ansiosos y tensos si no lo consiguen de forma regular. Con sus subordinados son autoritarios y censuradores, en un tono normativo en el que no se aprecia la agresividad interpersonal subyacente. Los demás son excesivamente despreocupados, irresponsables, conformistas o incompetentes... y los TOCP les asignan múltiples "debes" para compensar.

Estilo Cognitivo de reprimido a bloqueado

Reprimidos en el sentido de conformar su mundo según la planificación y estrictas reglas de funcionamiento, inhibiendo la imaginación y estresándose ante situaciones nuevas e inesperadas. Con ello evitan los pensamientos y sentimientos contradictorios. Su pensamiento es rígido, intenso y concentrado en relación a algún estímulo, sintiéndose perturbados y distraídos con la información nueva a la que se enfrenta activamente.

Expresión Afectiva de solemne a grave

Distorsiona el sentido de autonomía: el comportamiento emocional, la expresión de sentimientos y la relajación son considerados como signos de inmadurez y de inseguridad por lo que deben ser reprimidos. Son proclives a los remordimientos, las decepciones y los castigos a sí mismos y reaccionan con ansiedad cuando creen no poder cumplir lo establecido; un fracaso considerado como grave, les lleva fácilmente a la depresión.

Percepción de sí mismo Autoimagen de escrupuloso a íntegro

La rectitud con que se perciben (trabajadores, fiables, meticulosos y eficientes) les evita la introspección y la duda. Se sienten responsables de sí mismos y de los otros, pero con una autoimagen disminuida (no suficientemente aptos o válidos) que les lleva a temer el fracaso y a aferrarse aún más en "el sistema".

Mecanismos de Defensa: FORMACION REACTIVA

Proceso a través del cual reprimen sus impulsos indeseables y forman una actitud -consciente- opuesta, que les permite controlar sus impulsos socialmente no aceptables y mantener una imagen de madurez y de personas razonables, aunque las circunstancias normalmente provoquen enfado, vergüenza...

ETIOLOGIA: El sobrecontrol parental que les moldea, firme y represivamente, según unas pautas y valores concretos, castigándoles cuando no consiguen los objetivos estipulados o se portan mal. Este tipo de aprendizaje dificulta el comportamiento autónomo ya que impide el que generen alternativas y exploren diferentes opciones. También pueden ser producto de referentes parentales que les dieron mensajes mezclados y contradictorios.

Han aprendido también que deben ser planificadores y a sentirse culpables cuando no cumplen con sus obligaciones: el motor de su conducta es el miedo a la desaprobación y una preocupación por evitar el castigo. A pesar de todo ello, la necesidad de autoafirmación y rebelión que experimentan les hace tener sentimientos contradictorios que son causa de preocupación.

AUTOPERPETUACION: La rigidez cognitivo-conductual que limita sus aspiraciones y comportamientos a aquellos aceptables, les evita el riesgo del error (refuerzo negativo) y del reproche social consiguiente; por ello, ven las cosas de forma dicotómica y con un estilo preprogramado que evita la ansiedad de la decisión. Prefieren situaciones donde la conducta esté reglada y, si dudan, crean nuevas normas que dicten el comportamiento a seguir. A través de estas normas (o estrategias rígidas) tratan de ejercer el máximo control sobre su conducta y la de los demás (a veces de forma coercitiva y esclavizadora) para alcanzar sus metas.

VARIANTES CLINICAS y Trastornos Asociados

COMPULSIVO-DEPENDIENTE

COMPULSIVO-PARANOIDE

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC): les permite distraerse de pensamientos hostiles y disminuye la probabilidad de comportarse socialmente de forma inadecuada; normalmente surge como defensa frente a una descompensación o fracaso.

Trastornos Fóbicos: normalmente simples y como reacción a tres precipitantes: han de tomar una decisión y pueden ser criticados; quieren evitar un fallo real; tienen impulsos de comportarse de forma socialmente reprochable.

Trastornos de Ansiedad: principalmente la ansiedad generalizada por el constante temor que tienen a la desaprobación social y por su rigidez y perfeccionismo; suele derivar en indecisión y posposición de acciones. Pueden llegar a experimentar alguna crisis de angustia.

Trastornos Somatoformes: la enfermedad excusa sus errores. Fatiga.

Trastornos Psicossomáticos: gastrointestinales y cardiovasculares por el alto y continuado nivel de activación.

Psicosis Reactiva Breve y Trastornos Esquizofreniformes: o ataques de pánico, cuando se descomponen porque pierden el control o porque su entorno férreo y estructurado se rompe.

Trastornos Afectivos: reacción afectiva habitual ante la evidencia de llevar una vida vacía y conformista; tienen una cierta tendencia a volver contra si mismos, el resentimiento de su ambivalencia. La necesidad de control sobre si mismos y sobre el ambiente les puede llegar a abrumar, desesperanzándose cuando sienten que pierden el control y fallan sus mecanismos habituales.

Trastornos Sexuales: como el Deseo Sexual Inhibido, la Anorgasmia, la Dispareúnia o la Eyacuación Precoz, por la falta de espontaneidad y la incomodidad a la hora de expresar sus emociones.

Problemas de Pareja por su inaccesibilidad emocional, la adicción al trabajo y/o el poco tiempo que dedican a su familia.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM-IV para el TOCP

Patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (4) o más de los siguientes ítems:

1. preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización y los horarios, hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad.
2. perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p.e. es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas)
3. dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
4. excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
5. incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles incluso cuando no tienen un valor sentimental.
6. es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que estos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
8. muestra rigidez y obstinación.

COGNICIONES CARACTERISTICAS EN EL TOCP

CREENCIAS CLAVE (o nucleares):

Soy básicamente desorganizado. Estoy desorientado.

Para sobrevivir necesito orden, sistema y reglas.

Puedo verme abrumado.

CREENCIAS CONDICIONALES:

Si no soy sistemático, todo se derrumbará.

Cualquier defecto o fallo por mi parte, hará que me derrumbe.

Si no me/nos esfuerzo/amos al máximo, fracasaremos.

Si fallo en esto, seré un fracaso como persona.

CEENCIAS INSTRUMENTALES:

Debo ser yo quien controla. Debo hacerlo todo a la perfección.
Sé qué es lo mejor. Tienen que hacerlo a mi manera o...
Los detalles son esenciales. La gente deberá trabajar mejor y esforzarse más.
Continuamente tengo que empujarme a mi mismo... y empujar a los demás.
Hay que criticar a la gente para evitar errores futuros.

Ejemplos de supuestos subyacentes y de los **pensamientos automáticos** típicos:

Las conductas, decisiones y emociones, son correctas (muy pocas) o incorrectas (la mayoría).

Para ser una persona valiosa, debo evitar cometer errores. Como ello no es posible al 100%: autoestima baja, depresión, ansiedad, conductas de evitación... **"Debo realizar esta tarea a la perfección" "Y si me estoy olvidando de algo..."**

Cometer un error es fracasar; y ello es intolerable: dudas obsesivas de si..., ansiedad y depresión. **"Mejor que piense algo más antes de decidirme o cometeré un error"**

Quien comete un error merece ser censurado y si no soy autocrítico, cada vez será peor. **"Esta persona se comportó mal y debe ser castigada"**

Debo tener un control perfecto del ambiente y de mi mismo; lo contrario es peligroso e intolerable (por ello insiste tanto en lo predicable y lo cierto). **"Debo disfrutar en esta fiesta" "Tengo que hacerlo yo o no quedará bien hecho"**

Puedo evitar o prevenir catástrofes mediante rituales y rumiaciones. **"Más vale que conserve esto,...quizá lo necesite algún día..."**

Si el curso perfecto de una acción no se ve con claridad, es mejor no hacer nada (así seguro que no fracasará ni será censurado).

Sin mis reglas y mis rituales me derrumbaría (ello será un obstáculo para la modificación de...). **"Mejor que lo vuelva a hacer para estar seguro..."**

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PARA TOCP

OBJETIVO GENERAL: que modifiquen o reinterpreten sus supuestos subyacentes, para que puedan cambiar sus emociones y conductas.

Hemos de ser prácticos y centrarnos en el problema, dado que son reacios a establecer una relación emocional estrecha. Pueden hacer acting-out de sus necesidades de control de forma directa (no haciendo las tareas) o pasivo-agresiva ("son estúpidas").

Reestructuración Cognitiva

1º Establecer METAS, identificando y jerarquizando (más fácil, más importante) las demandas, sin imponer criterios de idoneidad.

2º Educarles en el modelo cognitivo a partir de experiencias cercanas y continuamente.

3º Identificar los Pensamientos Automáticos asociados a cada área/demanda a través de autoregistros (Situación/ Pensamiento/ Emoción).

Trabajar las distorsiones cognitivas que se vayan identificando:

LOS DEBES: según estrictas normas, sin tener en cuenta lo que quieren o lo que sería preferible; si no "cumplen", experimentan culpa y se autocritican...; si son los demás los que no lo hacen, se merecen su ira y condena.

PENSAMIENTO DICOTOMICO: que les impide ver los matices (rigidez) y poder llegar a aceptar el tomar una decisión imperfecta, porque de todos modos es buena.

MAGNIFICACION o CATASTROFISMO de las consecuencias de un error o de un detalle del proyecto con la MINIMIZACION del objetivo final o de otra variable más importante.

4º Identificar los esquemas subyacentes y ayudarle a que entienda cómo los ha desarrollado/aprendido (educación, modelamiento, situación traumática...) y que señale las consecuencias negativas que se derivan de mantenerlos.

5º Elaborar maneras de refutarlos y substituirlos por otros sentimientos y conductas más adaptativas y qué consecuencias positivas se derivarán.

Técnicas Específicas

- * Estructurar las sesiones con una **agenda** de prioridades.
- * Enseñar **Técnicas de Resolución de Problemas**.
- * Utilizar los **Programas de Actividades Semanales** para que puedan ser más productivos con menos esfuerzo.
- * Enseñar **Técnicas de Relajación** si hay síntomas de ansiedad.
- * Ante las oposiciones, usar listas de **Ventajas y Desventajas**.
- * Utilizar las **Tareas Graduadas**, fragmentando las metas en pasos más específicos y accesibles, que les permita combatir el perfeccionismo (las cosas se logran poco a poco y no haciéndolas perfectamente desde el principio) y el pensamiento dicotómico.
- * En vez de cuestionar creencias, adoptemos una actitud neutral con un cariz experimental (hipótesis) y que, para llegar a una conclusión, realice **Experimentos Conductuales**: 1) predicción, 2) acción, 3) resultado y 4) comparación 1-3 y conclusiones.

OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (en estudio)

1. Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad
2. Trastorno depresivo de la personalidad
3. Trastorno autodestructivo de la personalidad
4. Trastorno sádico de la personalidad

TRASTORNO DE PERSONALIDAD PASIVO-AGRESIVO (según DSM-III-R y MILLON)

SINTOMATOLOGIA: pauta generalizada de resistencia pasiva a las razonables demandas de rendimiento social y laboral, que deriva en una ineficacia persistente y

generalizada, y que se expresa indirectamente a través de desplazamientos, pérdidas de tiempo, tozudez, olvidos; ante las demandas se muestran discutidores, malhumorados e irritables y rechazan sugerencias para mejorar su rendimiento, pudiéndose burlar de los demandantes. Son negativos, pesimistas y quejosos, dependientes y sin confianza en ellos mismos. Se supone que es su forma de expresar una agresión encubierta. Este trastorno está caracterizado por una gran heterogeneidad de síntomas y estados de ánimo.

Conducta Aparente de obstinada a opositorista

Tercos, obstinados, impacientes, ineficaces intencionales, impulsivos y erráticos. Tienden a ser pesimistas, a olvidar las cosas, a desmoralizar a los demás y a socavar sus aspiraciones.

Conducta Interpersonal de ambivalente a no cooperador

Ambivalencia que va de una conformidad dependiente a una independencia agresiva o una llamativa oposición. Pueden utilizar la culpabilidad para manipular a aquellos que les rodean. La no cooperación se manifiesta por: indecisión, tozudez, impaciencia, quejas, irritabilidad y un temperamento pesimista.

Estilo Cognitivo de inconsistente a desorientador

Cognitivamente ambivalentes, tan pronto encuentran una solución como encuentran motivos para la contraria, temiendo comprometerse debido a su inseguridad y acabando por actuar impulsivamente en base a un estímulo precipitante. Suelen pensar y expresar actitudes contrarias a sus propios sentimientos (disonancia cognitiva).

Expresión Afectiva de irritable a agitada

Lábil y vacilante, con cambios súbitos de humor y fácilmente ofensibles por su baja tolerancia a la frustración. Se muestran impacientes e irritables y reaccionan de forma impulsiva.

Percepción de Si Mismo de descontenta a maltratada

Alternan sus preocupaciones entre su desadaptación y sufrimientos y, el resentimiento y la desilusión por otro lado.

Mecanismo de Defensa principal: DESPLAZAMIENTO

Dado que la expresión de los sentimientos hostiles ante la fuente que los origina puede conllevar rechazo o represalias (ante esta sólo lo manifiesta de forma pasiva: perplejidad, incompetencia...) desplaza el objeto sobre el que expresarlos abiertamente.

ETIOLOGIA: Inconsistencia Parental (habitual en familias escindidas o en conflicto permanente) en forma de cariño/rechazo, amor/hostilidad, en patrones frecuentes y prolongados. El niño se modela según estos patrones sin llegar a saber qué conducta es más apropiada para obtener refuerzo, e internaliza mensajes y actitudes contradictorias que le producen frustración, ambigüedad y tensión afectiva que puede derivar en una explosión de conducta impulsiva y emocional. Un factor predisponente puede ser el nacimiento de un hermano y los celos y resentimiento consecuente. Los pasivo-agresivos aprenden que la variabilidad de sus conductas (dependientes y autónomas) tiene más posibilidad de ser reforzadas y cubrir sus necesidades emocionales.

AUTOPERPETUACION: La falta de control (de autocontrol y autodisciplina) en la expresión de sus emociones propiciada por el modelaje de las conductas variables y contradictorias de sus padres, "quemar" a los que les rodean (se sienten engañados

por los cambios súbitos y constantes) expresándoles disgusto y frustración; esta reacción refuerza la confusión y el descontento del P-A.

Convencidos de que lo bueno dura poco, anticipan continuamente el ser traicionados y engañados por lo que no acaban de permitir que alguien esté muy cerca de ellos, sintiéndose solos y confirmando su anticipada frustración. La propia indecisión característica del trastorno tiene la ventaja reforzadora de poderse adscribir a una posición o a la contraria, cerrando el círculo perpetuador.

VARIANTES CLINICAS y Trastornos Asociados:

PASIVO-AGRESIVO-HISTRIONICO: labilidad emocional con periodos depresivos e irritabilidad, acting-out impulsivos, sensibilidad a las críticas, baja tolerancia a la frustración, conductas inmaduras y búsqueda de excitación y estimulación.

PASIVO-AGRESIVA-LIMITE: se acentúa la labilidad emocional y la impredecibilidad conductual.

Trastornos de Ansiedad: ansiedad breve pero frecuente, en forma de apreensiones y quejas depresivas que atraen la atención y son formas disimuladas de expresar rabia y resentimiento.

Trastornos Psicósomáticos

Trastornos Somatoformes: síntomas hipocondríacos y somatizaciones que disimulan impulsos hostiles de rabia o como forma de manipular a los demás y hacerles sentir culpables.

Trastornos Afectivos: muy comunes las reacciones distímicas y trastornos ciclotímicos (depresión y manía alternativas).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV

Pauta generalizada de resistencia pasiva a las razonables demandas de rendimiento social y laboral, patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos (al menos 5 de 9 características):

1. demoras en la ejecución de tareas (retrasos) e incumplimiento de plazos
2. se vuelve malhumorado, irritable y discudidor cuando se le pide algo que no quiere hacer
3. parece trabajar deliberadamente lento o mal las tareas que no quiere hacer
4. protesta de que los demás le piden cosas irrazonables
5. evita obligaciones con excusas como que las ha olvidado
6. cree hacer las cosas mucho mejor de lo que los demás piensan
7. se resiste a las sugerencias de los demás para ser más productivo

8. dificulta el trabajo en grupo/equipo, al enlentecer la parte que le corresponde
9. critica o se burla de forma irrazonable a las personas que tienen situaciones de autoridad

CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Se sabe que son múltiples los factores que pueden ser vistos como predisponentes para desarrollar un trastorno de la personalidad. Por lo que sí podemos afirmar en este momento que no existe una causa en particular. En la mayoría de los casos estamos hablando de factores combinados entre los cuales encontramos una vulnerabilidad inherente, en particular cuando se trata del temperamento, acerca de las primeras experiencias de vida durante el desarrollo y algunas sutilezas hormonales y desequilibrios neurológicos.

Con respecto a la vulnerabilidad inherente, existe evidencia de factores genéticos en por lo menos algunos casos que se han estudiado con respecto al trastorno límite de la personalidad, donde se observó y se presentó más frecuentemente el trastorno en gemelos más que en el resto de la población. Los estudios sugieren, pero por ningún motivo afirman esta tendencia inherente. Lo cierto es que los pacientes con un trastorno de la personalidad, en especial los pacientes con trastornos límite de la personalidad cuentan con más familiares que presentan trastornos afectivos como la depresión, alcoholismo o suicidio.

Con respecto al temperamento, como es del conocimiento general, los bebés presentan una variedad de respuestas tanto físicas como emocionales que les da un sentido de seguridad. Lo más probable es que aquellos bebés que desde su nacimiento resultan más difíciles de consolar, que cuentan con patrones irregulares de alimentación y de sueño y que reaccionan de manera inusual con ira intensa o enojos incontrolables a situaciones de frustración o de dolor, pueden ser más predisponentes a presentar un trastorno de la personalidad. Sin embargo es importante reafirmar que por ningún motivo significa esto que aquellos bebés que presentan dificultades en su desarrollo, terminarán con un trastorno de la personalidad. Además, las madres de pacientes con trastornos límite de la personalidad han descrito a sus hijos como tranquilos y estables. Lo cierto es que la reacción y la manera de conducirse por parte de los padres ante estas reacciones intensas de sus hijos también juegan un papel importante.

Con respecto a las experiencias de vida, muchos de las pacientes con trastornos de la personalidad reportan haber presentado dificultades durante su infancia y primeros años de vida. Refieren haber padecido abusos físicos, sexuales y hasta emocionales. Es común haber pasado por diversos cuidados por parte de diferentes personas, ya sea por negligencia de sus padres o bien por divorcios o fallecimientos de alguno de ellos. Las enfermedades graves y dolorosas también son frecuentes. Sin embargo nuevamente, no todos los niños que padecen dichas condiciones desarrollan un trastorno de la personalidad, incluso algunas personas crecen y llegan a tener familias unidas, integradas y estables sin ningún rastro que haga sospechar en trastornos de la personalidad dentro del núcleo familiar.

Hay alteraciones en los patrones hormonales y neurológicos reportados por algunos pacientes adultos con trastornos límite de la personalidad. Muchas de estas alteraciones producen otras alteraciones en el aprendizaje, incluso algunos pueden llegar a presentar convulsiones o anomalías en su funcionamiento eléctrico

cerebral. Inclusive algunas mujeres presentan dificultades con sus ciclos menstruales una vez iniciada la pubertad. Sin embargo, nuevamente se señala que no todas las lesiones o desajustes hormonales terminan desarrollando trastornos de la personalidad.

Es muy común que los casos de trastornos de la personalidad que llegan al cuidado médico son mujeres. Esto aún no tiene una explicación aunque se puede especular que más niñas que niños están sujetas a abusos sexuales durante la infancia y que los niños tienen una mayor tendencia a presentar su inestabilidad por vía de conductas agresivas y violentas hacia otras personas llegando a ser destructivos. Por lo tanto, los trastornos de la personalidad en hombres presentan más conductas delictivas y es más común encontrarlos en las prisiones que en los hospitales o en consultorios médicos.

UN MODELO COGNITIVO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: EL MODELO DE FREEMAN (1988).

La personalidad y los trastornos de personalidad se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta. Estos esquemas cognitivos son organizaciones individuales e idiosincrásicas de reglas sobre la vida, las relaciones con otros y el autoconcepto, que se han formado a lo largo del desarrollo.

Los esquemas permanecen inactivos hasta que ciertos eventos los activan (p.e situaciones estresantes, nuevas fases y cambios en el desarrollo psicoevolutivo, ciertas condiciones vitales) presentando el sujeto ciertos patrones de conducta.

Las experiencias tempranas infantiles conformarían el contexto de formación de estos esquemas, sobretodo los mensajes y refuerzos provenientes de los otros significativos; además, en términos piagetianos estos esquemas tendrían una alta capacidad de asimilación (interpretar los hechos en función de los significados previos) y una baja capacidad de acomodación (modificar los significados en función de los hechos).

Esto resultaría en que el sujeto está convencido de la credibilidad de sus significados (egosintónicos). Determinadas experiencias infantiles influirían en la tendencia asimilativa (egocéntrica) de los esquemas, de modo que el sujeto tendría dificultades para desarrollar esquemas más acomodativos de tipo alternativo a lo largo de su evolución personal. Esta característica distinguiría a los trastornos de personalidad (esquemas asimilativos) de otros trastornos (p.e depresión) donde pueden "coexistir" esquemas asimilativos y acomodativos (aunque predominen los primeros durante el trastorno).

ESQUEMAS COGNITIVOS TÍPICOS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

1- PARANOIDE:

- "La gente tiene intención de dañarme".
- "Si confío en la gente, tendrán ventaja sobre mi".
- "La gente intenta fastidiarme o irritarme".
- "Yo no estoy mal, ellos están mal".
- "Si alguien me insulta, debo castigarlo".
- "Hay que estar siempre en guardia, preparado para lo peor".

- "Transigir es rendirse".
- "Tengo que evitar la intimidad, ya que estar cerca de alguien implica que me encuentren mis puntos débiles y me hagan daño".
- "Si estoy alerta tendré el poder y ellos no podrán dañarme".

2- ESQUIZOIDE:

- "¿Por qué debo estar cerca de la gente?".
- "Importa poco estar cerca de otros".
- "Yo soy mi mejor amigo".
- "Tengo que estar tranquilo, y evitar exponerme a emociones embarazosas e innecesarias".
- "El sexo está bien pero solo para liberarse".

3- ESQUIZOTIPICO:

- "Las cosas son como las veo yo".
- "Nadie puede entender las cosas mejor que yo".
- "Estoy en posesión de la verdad".
- "Tengo un don que los otros no pueden entender".
- "Mejor estar al margen de los otros".

4- ANTISOCIAL:

- "Las normas de otros son malas".
- "Solo los tontos siguen las normas".
- "Las normas tienen que eliminarse".
- "¡Miradme: soy el mejor!".
- "Lo primero para mi es el placer".
- "Si otros sufren por mi conducta es su problema".
- "¡Tiene que ser ahora, sino me frustraré!".
- "Tengo que tener cualquier cosa que desee".
- "Yo soy muy listo en casi todo".

5- HISTRIÓNICO:

- "Las apariencias son muy importantes".
- "La gente juzga por las apariencias externas".
- "Yo debo tener la atención de la gente importante para mi".
- "Mi vida nunca debe frustrarme".
- "Yo debo tener siempre lo que quiero".
- "Las emociones hay que expresarlas rápida y directamente".
- "El atractivo es lo mas importante de mi mismo".

6- BORDERLINE:

- "Estoy muy inseguro de mi mismo".
- "Tiendo a abandonarme".
- "Mi dolor es tan intenso que yo no puedo soportarlo".
- "Mi cólera domina mi conducta, no puedo controlarla".
- "Mis sentimientos me arrollan no puedo con ellos".
- "El/Ella es muy agraciado y muy bueno o muy desgraciado o malo".

- "Cuando sea desbordado, yo debo de escapar (p.e en el suicidio)".

7- NARCISISTA:

- "Yo tengo mi camino en cada interacción".
- "Nadie debe frustrar mi búsqueda de placer y estatus".
- "Yo soy más especial que los demás".
- "Yo solamente quiero que la gente diga lo especial que soy".
- "Yo debo de admirarme".
- "Una vez que deseo algo, debo tenerlo".

8- DEPENDIENTE:

- "No puedo funcionar sin el apoyo de otros".
- "No puedo vivir sin el apoyo y consejos de otros".
- "Es probable que me equivoque si hago las cosas solo".
- "Estoy acabado si otros me abandonan".
- "Necesito tener gente cerca".
- "Si estoy solo puedo sufrir daño".
- "Trabajar con otros es mejor que trabajar solo"

9- OBSESIVO-COMPULSIVO:

- "Hay que tener reglas severas en la vida".
- "Hay que tener en cuenta los detalles, ya que ello reduce los errores".
- "Una persona se define por lo que hace".
- "Debo ser el mejor en cada tarea que emprenda".
- "Las reglas deben seguirse sin alteración".
- "Nunca se deben tirar las cosas que tengan algún valor".
- "Las emociones deben ser controladas".

10- PASIVO-AGRESIVO:

- "Solo me gusta tener lo que yo quiero".
- "La gente es muy exigente conmigo".
- "Otros no valoran mi trabajo y mi valor".
- "La gente es autoritaria e injusta conmigo".
- "Me exigen solo mucho trabajo".
- "Solo me opongo cuando me meten prisas y son exigentes con mi trabajo".
- "No puedo expresar mi cólera directamente".
- "Tengo que evitar mi cólera ya que eso es peligroso".
- "Cualquiera puede dejar las cosas para otro día".
- "Cualquiera puede darte la espalda".

11- EVITACIÓN:

- "Tengo que tener afecto".
- "Debo de parecer tonto cuando la gente me mira".
- "El mundo es un lugar peligroso".
- "Yo tengo que tener el apoyo de otros para estar seguro".
- "Aislarse es mejor que exponerse al daño que puedan hacerte otros".
- "Toda crítica es mala y condenable".

- "Tengo que tener garantías absolutas de que voy a ser aceptado por la gente".

DIAGNOSTICOS.

Uno de los problemas más grandes que plaga el terreno de la psiquiatría es el diagnóstico certero y preciso de los trastornos de la personalidad. El problema no solo radica en las dificultades propias del diagnóstico de la personalidad, si no también en hacer la distinción entre los diversos tipos de trastornos de la personalidad que existen así como entre otras entidades nosológicas de la psiquiatría como es la esquizofrenia y principalmente entre los trastornos afectivos como la Depresión y los Trastornos Afectivos Bipolares. Esto se debe a la variedad de síntomas que presenta el paciente pudiendo confundir al profesional de la salud entre diversos diagnósticos.

Por tal motivo es importante conocer la estructura intrapsíquica de la personalidad, lo que permite, junto con los síntomas presentados realizar un diagnóstico descriptivo de la persona. Dicho sistema descriptivo es una de las herramientas utilizadas para estos fines, ya que también se puede uno apoyar en diagnósticos categóricos de la personalidad (como los criterios extraídos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales DSM-IV).

Según los criterios diagnósticos generales del DSM-IV, debe de existir un patrón persistente y perdurable de experiencias internas y comportamientos que no sean aquellos esperados por la cultura. Dichos patrones tienden a manifestarse en dos o más de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos. Dichos patrones también deben ser inflexibles y persistentes a lo largo de todas o casi todas las situaciones personales o sociales del individuo. Estos patrones también deberán de reflejar un bajo funcionamiento o incapacidad social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento. Los patrones son estables y de larga duración y por lo general, se pueden encontrar datos de dichas manifestaciones en la adolescencia o adultez temprana. Claro que todas estas manifestaciones, no se deben a alguna enfermedad médica de base o su origen no se puede explicar por otra enfermedad mental, además que dichos patrones no deben de ser causa del consumo de sustancias tóxicas como drogas o alcohol.

Por la dificultad de lograr diagnosticar a todos los pacientes por medio de un sistema categórico, es que se han desarrollado entrevistas diagnósticas estructuradas, que si bien son menos objetivas, permite la evaluación dimensional de todos los sujetos, independiente del trastorno presente si es que existe alguno. Dichos métodos van desde la observación y la interacción hasta las entrevistas con mayor estructura. Como se mencionó anteriormente, éstas son las mejores herramientas con las que se cuenta en la actualidad para el diagnóstico de trastornos de la personalidad. El gran obstáculo es que se requiere de una gran experiencia por parte del médico que realiza dicha entrevista para llegar a un diagnóstico correcto.

Dentro de las dificultades que más se encuentra el profesional de la salud al realizar los diagnósticos de la personalidad son el poder diferenciar los estados de ser con los rasgos de ser. Es decir, hacer la diferencia entre lo que es propio de una persona por su entorno cultural y lo que ya son rasgos de manera de ser o los adjetivos que podrían describir a ese sujeto. Este punto es importante, ya que existen tanto estados como rasgos que si no se encuentran dentro de ciertos rangos podrían resultar nocivos para la persona, constituyendo por lo tanto un trastorno de la personalidad.

De igual manera y como se menciona con anterioridad, se debe de hacer un diagnóstico diferencial entre las demás enfermedades mentales que puede estar

simulando un trastorno de la personalidad, como lo es la Esquizofrenia y los trastornos afectivos como la Depresión y los Estados de Manía. Debemos de tener en mente que también se pueden presentar los trastornos de la personalidad conjuntamente con otras enfermedades no sólo mentales sino también de otras ramas médicas, lo que a su vez hace más complejo el diagnóstico como tal.

Lo importante para tener presente al momento de realizar diagnósticos de la personalidad es el género, la cultura, la edad, así como los conflictos presentes, el funcionamiento de las estructuras mentales del sujeto, su estilo para afrontar los problemas y hasta los mecanismos de defensa que son utilizados. Por tal motivo es vital que el diagnóstico de la personalidad esté en manos y sea llevado a cabo por un profesional de la salud dedicado únicamente al estudio, manejo y tratamiento de los trastornos de la personalidad.

CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN.

Anteriormente los trastornos de personalidad no solían ser sistemáticamente evaluados y se supeditaban a la presencia de un síndrome dominante. La tendencia de los manuales DSM-III y DSM-III-R, así como el creciente interés clínico por estos trastornos ha influido en el desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación o la aplicación de otros ya existentes a la evaluación de este campo. Jacobsberg y cols. (1989) mencionan como instrumentos frecuentemente utilizados:

1) Entrevista clínica estructurada (SCID-II; Spitzer y Williams, 1985): Consta de un autoinforme con preguntas de evaluación referentes a todos los criterios de trastornos de personalidad del DSM-III-R.

2) Examen de los trastornos de la personalidad (IPDE; Loranger, 1987): Consta de una entrevista de una a dos horas que incluye 328 ítems. Cada sección comienza por preguntas abiertas y se continúan con preguntas más concretas sobre los rasgos de personalidad.

3) Entrevista estructurada para los trastornos de personalidad según el DSM-III (SIDP; Pfohl, 1983): Consiste en 160 preguntas sobre distintas áreas de funcionamiento personal, que se codifican en los criterios DSM-III de trastorno de personalidad.

4) Preguntas de la entrevista sobre la personalidad (PIQ; Widiger, 1985): Consta de 81 ítems que son codificados en las categorías DSM-III de los trastornos de personalidad.

5) Escala de evaluación de la personalidad (PAS; Tyrer y Alexander, 1979): Evalúa 24 rasgos de la personalidad en escalas de 9 puntos de gravedad.

6) Cuestionario clínico multiaxial de Millon (Millon, 1981): Combina síntomas psicopatológicos y nueve escalas diagnósticas de trastornos de la personalidad.

7) Inventario multifacético de la personalidad de Minnesota (MMPI; Hathaway y McKinley, 1943): Existen versiones y escalas diagnósticas dirigidas a evaluar los trastornos de la personalidad.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.

Según Freeman (1988) los objetivos de tratamiento con los trastornos de la personalidad son:

1º Trabajar los síntomas presentes (p.e depresión o ansiedad) asociados. Se suelen emplear de 10 a 20 sesiones durante 2 a 5 meses.

2º Trabajar con los esquemas cognitivos ligados al trastorno de personalidad. Se suelen emplear de 40 a 80 sesiones durante 12 a 20 meses (1 a 2 años).

TRATAMIENTOS.

Por lo general, para cuando un familiar ha sido diagnosticado con un trastorno de la personalidad se ha generado mucho estrés, malestar y los familiares se han visto afectados. Por tal motivo, es importante que todos los miembros de la familia busquen alguna guía profesional ya sea a nivel de tratamiento o de educación con respecto a la patología de su familiar.

Los tratamientos para los trastornos de la personalidad van a variar dependiendo del trastorno diagnosticado. Existen diversos medios de tratamiento a los cuales se puede recurrir para aliviar los síntomas. La mayor gama de variedad en tratamientos se encuentran para los trastornos Límitrofes, Narcisistas, Histriónicos, Histéricos y Obsesivo-Compulsivo de la personalidad. Dichos tratamientos van desde las psicoterapias especializadas hasta la utilización de medicamentos en casos necesarios.

Es importante señalar que la utilización de medicamentos cuando llegan a ser necesarios van encaminados al control de los síntomas. Es decir, los fármacos utilizados mitigan los sentimientos de depresión, de ansiedad, pueden corregir ciertas conductas de impulsividad, de irritabilidad e incluso de agresividad. Sin embargo cuando de la estructura de la personalidad se trata, el único tratamiento reconocido son los tratamientos psicoterapéuticos. De ahí que sean comunes los tratamientos conjuntos donde se combine los medicamentos con la psicoterapia.

Dentro de los medicamentos comúnmente utilizados, están los antidepresivos, de preferencia de la familia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Estos medicamentos son utilizados cuando las manifestaciones y síntomas afectivos son predominantes. Cuando la agresividad, la impulsividad y la irritabilidad son las características que más destacan dentro del trastorno de la personalidad, entonces es recomendable la utilización de medicamentos estabilizadores del estado de ánimo. Aquí nuevamente se cuenta con un arsenal vasto de medicamentos por lo que la elección del medicamento estará determinada por las características personales del paciente. Otro grupo de medicamentos comúnmente utilizados son los antipsicóticos. Dichos medicamentos han demostrado su utilidad en pacientes cuyas ideas suelen ser extravagantes o extrañas. También cuando se presentan errores en el juicio de realidad se utilizan los medicamentos antipsicóticos.

Como se mencionó anteriormente, también dentro de los tratamientos psicoterapéuticos dirigidos a corregir la estructura de la personalidad se cuenta con una gran diversidad, cada uno también dirigido a controlar o cambiar aspectos precisos de la personalidad. Existe la psicoterapia de apoyo, la psicoterapia breve, la psicoterapia psicodinámica e incluso el psicoanálisis para ciertos casos.

Con respecto a la psicoterapia para pacientes limítrofes, cuando se maneja de manera externa, es decir, el paciente no se encuentra hospitalizado ni internado en una institución, consiste en sesiones psicoterapéuticas 1 a 2 veces por semana por un periodo aproximado de un año. El terapeuta trabajará con el paciente con el objetivo de entender las motivaciones y el significado de su comportamiento, así como de fortalecer sus capacidades para soportar los embates de la frustración, enojo o soledad sin que se presenten sentimientos impulsivos.

La mayoría de los paciente con trastornos Limítrofes de la personalidad necesitan un tratamiento terapéutico que se enfoque consistentemente en los sentimientos de soledad así como en su tendencia de ver todo en terminaos de "blanco o negro" de manera radical o polarizada ya que por tal motivo tienden a sentirse especiales, maravillosos o únicos por momentos cambiando rápidamente a presentar sentimientos de inferioridad, de inutilidad o de miseria.

Es común que las terapias externas se vean constantemente interrumpidas por amenazas o bien intentos suicidas o bien si el paciente no tiene la capacidad de permanecer de manera constante en el tratamiento terapéutico abandonándolo o amenazando con dejar el mismo. A pesar de necesitar una valoración diagnóstica exhaustiva y precisa del trastorno, a veces es necesario apoyarse en tratamientos de rehabilitación, hospitalizaciones por tiempos breves, apoyo nutricional en caso de presentarse alteración de la conducta alimentaria o internamientos en hospitales de día.

PROCESO DE INTERVENCIÓN.

Las fases señaladas por Freeman (1988) son:

- 1º Evaluar y conceptualizar los problemas del paciente.
- 2º Desarrollar las prioridades del plan de tratamiento.
- 3º Educación y socialización del paciente en el modelo de trabajo cognitivo (relación pensamiento-afecto-conducta).
- 4º Colaboración con el paciente en el aprendizaje y uso de técnicas cognitivas y conductuales.

Las dificultades en el abordaje de estos trastornos suele estar relacionada con la baja colaboración que suelen presentar estos sujetos de cara a la terapia, ya que suelen acudir a ella a instancias de terceros (normalmente por las repercusiones relacionales del trastorno). Por esta causa trabajar como objetivo el logro de la colaboración suele ser esencial, aunque plagado de dificultades. Cuando el sujeto presenta algún problema asociado (p.e depresión, ansiedad, otros síntomas) de tipo "egodistónico" (molesto para él y con necesidad de ser cambiado) se debe de comenzar por este punto como "puente" para abordar los esquemas cognitivos del trastorno de personalidad, y como vía para lograr una base motivacional.

También suele ser necesario que el terapeuta tenga "insight" de sus propios esquemas cognitivos personales, y los haya trabajado si resultan disfuncionales. Freeman (1988) pone un ejemplo significativo: "Un terapeuta abordaba con su supervisor las dificultades que tenía con un paciente con un trastorno obsesivo de la

personalidad. Al preguntarle el supervisor por los objetivos que él se había marcado en la terapia de este paciente; el terapeuta afirmó que su objetivo era eliminar los esquemas perfeccionistas del paciente"; evidentemente los propios esquemas perfeccionistas del terapeuta generaban dificultad en la terapia y la podían convertir en improductiva.

El trabajo con los esquemas cognitivos consiste en:

A) Lograr una finalidad:

a) Que el paciente identifique varias reglas (esquemas) que aplica a aspectos de su vida que le hacen vulnerable (insight).

b) Que el paciente desarrolle alternativas cognitivo-conductuales a esas reglas.

B) Tener en cuenta varias opciones de trabajo con los esquemas:

1ª OPCIÓN: REESTRUCTURACIÓN DE ESQUEMAS. Implica sustituir las reglas por otras nuevas. Suele ser un objetivo muy difícil, costoso y largo.

2ª OPCIÓN: MODIFICACIÓN DE ESQUEMAS. Implica modificar algunos aspectos situacionales de la regla (p.e en el sujeto paranoico su respuesta ante gente y situaciones específicas).

3ª OPCIÓN: REINTERPRETACIÓN DE ESQUEMAS. Implica la comprensión por el paciente (insight) de como ciertas reglas interfieren en determinados aspectos de su vida.

A) Técnicas cognitivas:

1- COMPRENSIÓN DE SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LOS PENSAMIENTOS DEL PACIENTE: Se utiliza para especificar pensamientos generales y vagos. P.e ¿Qué quiere decir con que no "da la talla sexualmente"?

2- CUESTIONAMIENTO DE EVIDENCIA: Se usa para buscar evidencias para retar el mantenimiento de pensamientos y creencias (p.e ¿qué pruebas tiene usted para mantener que nadie le quiere?).

3- RETRIBUCIÓN: Se utiliza para modificar las atribuciones-interpretaciones que el paciente utiliza (p.e ¿pueden haber otras causas que expliquen el accidente de automóvil, aparte de que usted piense que fue debido a usted?

4- EXAMEN DE OPCIONES ALTERNATIVAS: Se usa para que el paciente se de cuenta que los acontecimientos pueden ser interpretados desde otras conductas de afrontamiento a ciertas situaciones (p.e. su amigo se cruzó con usted y no le habló, usted pensó que debía de estar disgustado y no le saludó, ¿se pudo deber a otras causas, pudo usted comprobarlo?, ¿cómo?).

5- EXAMEN DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MANTENIMIENTO DE UNA CREENCIA: (P.e. usted piensa que puede ocurrirle algo desagradable, como perder el control y dañar a sus seres queridos: bien hagamos una lista de las ventajas e inconvenientes de mantener esta creencia).

6- ESCALAS: Se utiliza como un modo de dar alternativas a una experiencia que se percibe como global y catastrófica (p.e. usted dice que tiene mucho miedo de exponer su punto de vista ante los demás: hagamos una escala de situaciones de menos a mas dificultad donde coloquemos gradualmente esta dificultad).

7- USO DEL CAMBIO DE IMÁGENES: Por ejemplo el paciente mantiene imágenes de contenido catastrófico relacionadas con su ansiedad. El terapeuta ayuda al paciente a manejar situaciones con el afrontamiento gradual con relajación y autoinstrucciones incompatibles con las cogniciones derrotistas.

8- ETIQUETADO DE DISTORSIONES COGNITIVAS: El paciente después de identificar su pensamiento relacionado con el malestar lo etiqueta como un modo de separación emocional del mismo (p.e. ¿Y si me da un ataque? ¡Ya estoy otra vez catastrofizando las cosas!).

9- ASOCIACIÓN GUIADA: El terapeuta va explorando los significados asociados a un determinado pensamiento o creencia (p.e. Paciente: Puedo suspender matemáticas, Terapeuta: ¿Y entonces que pasaría?, P: No pasaría de curso..., T: ¿Y entonces?, P: Soy un fracasado).

10- DISTRACCIÓN COGNITIVA: Es muy útil para los problemas de ansiedad. Se induce al paciente a utilizar pensamientos, imágenes, sensaciones y conductas incompatibles con las ansiosas (p.e. relajación) rompiendo sus círculos viciosos.

11- AUTOINSTRUCCIONES: Se utiliza para reemplazar los autodialógos inadecuados o deficitarios de los pacientes (p.e. en un paciente impulsivo, "Bien lo primero que haré es...").

B) Técnicas conductuales:

1- PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES: Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas en el tiempo (p.e. actividades gimnásticas en la situación de soledad donde el paciente suele llorar).

2- ESCALA DE DOMINIO Y PLACER: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo de un día y va anotando hasta que punto las domina y que grado de placer le proporciona. Esta información es utilizada tanto para la modificación de creencias erróneas como para la programación de conductas gratificantes.

3- ASIGNACIÓN DE TAREAS GRADUADAS: Cuando el paciente tiene ciertas dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con él conductas graduales de menor dificultad en acercamiento hacia esa conducta final (en secuencias de modo que la superación de un paso haga más accesible el siguiente).

4- ENTRENAMIENTO ASERTIVO: Se utiliza para que el paciente aprenda modos alternativos de resolución de conflictos interpersonales de modo que exprese sus deseos, derechos, opiniones, sentimientos...respetándose a si mismo y a su interlocutor.

5- ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN: Se utiliza como técnica para que el paciente aprenda a controlar sus sensaciones de ansiedad. Puede incluir técnicas de meditación, yoga...

6- DISTRACCIÓN CONDUCTUAL: Se utiliza para programar actividades incompatibles con las conductas problemas (p.e. al paciente insomne se le indica que no permanezca mas de 10 minutos en la cama sin dormir, que salga de la habitación y se ponga a leer en vez de quedarse en la cama dándole vueltas a los problemas del día).

7- REPASO CONDUCTUAL/ROL PLAYING: El paciente con el terapeuta recrean escenas que el paciente ha vivido recientemente con dificultades, adoptan papeles y van introduciendo modificaciones en ella hasta llegar a unas conductas más adecuadas.

8) EXPOSICIÓN IN VIVO: El paciente afronta las situaciones que le producen miedo y que este evita, hasta que en su presencia deja de sentir miedo.

9) PSICODRAMATIZACION: El paciente y el terapeuta pueden representar escenas pasadas significativas donde se han generado sus significados personales disfuncionales, de modo que se activen su secuencia interpersonal-cognitiva-emocional, y se generen alternativas también representadas.

CONSEJOS PARA FAMILIARES.

En muchas ocasiones, son los familiares o personas allegadas las que buscan en internet información sobre el comportamiento desconcertante de sus seres queridos, a veces con alguna idea y en otras ocasiones empezando desde cero. Este sentimiento de desconcierto es mucho mayor cuando el interesado ha acudido ya a algún profesional no especializado en trastornos de la personalidad, y se ha iniciado un proceso de peregrinación por el que se acude a numerosos psicólogos y psiquiatras sin que atinen a dar en el clavo del diagnóstico y del tratamiento. A veces, los pacientes acuden al profesional especializado ya totalmente "quemados" y con poca confianza en psicólogos y psiquiatras, algo que dificulta bastante las terapias, pero que puede combatirse mostrando conocimiento del problema y un entendimiento adecuado de la persona, algo que no suele suceder en profesionales no especializados en trastornos de la personalidad.

El mejor consejo que se puede dar a los familiares es que recomienden a su ser querido que se ponga en manos de un profesional especializado en trastornos de la personalidad, porque es el que sabrá comprenderle y manejar las muchas veces complicadas situaciones que se plantean en las terapias. Pero, al final, será el interesado el que deberá decidir si se pone en tratamiento o no, lo que nunca se debe hacer es forzar la situación porque, aparte de ser inútil (el paciente viene sin ninguna motivación y la mejora, por tanto, es imposible) sólo provocará que el individuo se encabezone y afiance su postura de no querer recibir tratamiento.

Por lo demás, según el tipo de problema procederán unas recomendaciones u otras. En líneas generales, se puede decir que lo mejor es que los familiares o allegados no intenten hacer de terapeutas y dejen este trabajo a los profesionales. A veces, no hay nada peor que tener siempre los problemas en las conversaciones, produciendo una sensación de continua negatividad que no ayuda en nada. Merece la pena hablar de banalidades o de cualquier cosa antes de dar vueltas una y otra vez al "¿por qué has hecho esto?", "¿no piensas que si te matricularas en esta carrera te iría todo mejor?",... No sólo dar infinidad de vueltas a los problemas no sirve de nada, sino que además la gente se "quema" y puede incluso tener rencor hacia el paciente porque no sigue los consejos oportunos. Lo primero que hay que hacer con estas personas es

intentar arrimarles hacia la normalidad, tener comportamientos naturales y no considerar que estén perdidos o que "son así".

En caso de que se trate de individuos con tendencias agresivas, no hay por qué aguantar con resignación su hostilidad. Sí se debe intentar evitar responder igualmente con agresividad porque entonces estamos favoreciendo la creación de un círculo vicioso, pero esto no significa que haya que encogerse de hombros. Se puede responder con firmeza sin necesidad de perder los papeles. Esto es importante porque es relativamente fácil mantener relaciones desequilibradas con estos individuos, bien de sumisión, bien de miedo,... Estas pautas no sólo no mejoran el trastorno de personalidad de estos sujetos, sino que perjudica enormemente a los individuos que las llevan a cabo porque terminan requiriendo ayuda profesional y pasando un auténtico calvario. No es normal, por ejemplo, medir continuamente las palabras o las conductas para no "molestar", o hacer la vista gorda a cosas que claman al cielo. Con estas actitudes no se ayuda adecuadamente y, además, el familiar o allegado se olvida de que él también es importante y que no tiene por qué seguir la misma dinámica perjudicial o autodestructiva que su ser querido.

En las patologías de la personalidad en las que exista un alto componente de miedo, inhibición o baja autoestima es muy importante dar confianza a estas personas, es decir, no seguir su tendencia a la minusvaloración considerándoles poco capacitados o poco independientes. Por mucho que nos lo soliciten, tendremos que evitar solucionarles continuamente la vida porque, lejos de hacerles un favor, estamos incidiendo más en su problemática.

En cualquier caso, lo más adecuado es solicitar consejo al profesional para que asesore en cuanto a la mejor manera de tratar al ser querido. Esto suele producir un gran alivio en familiares y allegados porque no se sienten tan solos o desconcertados.

CURSOS Y PRONOSTICO.

Sin el tratamiento indicado, los trastornos de la personalidad tienden a presentarse a lo largo de la vida y desafortunadamente en el caso de los trastornos Límitrofes de la personalidad, un porcentaje importante terminan en suicidio. Con el tratamiento indicado el curso de la enfermedad por lo general es optimista y favorable. De los 500 pacientes estudiados por el Dr. Michael Stone en la Universidad de Columbia seguidos por más de 20 años, 4 de 10 pacientes presentaron una recuperación total a los 10 y 20 años de ser tratados después de su primer ingreso a un hospital psiquiátrico. El 75% de estos pacientes son capaces de mantenerse por si mismos y refieren encontrarse estables y viviendo en adecuadas condiciones. El riesgo de suicidio se dio en el 7% de los pacientes 16 años después de su ingreso al hospital. Los pacientes que se recuperaron fueron aquellos que se mantuvieron bajo vigilancia médica profesional, específicamente en psicoterapia a lo largo de muchos años.