

Trastornos de la personalidad

Carlos Núñez / Juan M Pérez-Franco

La personalidad es un patrón constante de conductas, pensamientos y emociones que muestra una persona desde el inicio de su vida adulta. Esta distinción es importante, porque en los niños no puede hablarse de personalidad, ya que ese patrón no está aún constituido. Esto es válido sobre todo porque hay niños que muestran un patrón más o menos característico de conductas, pensamientos y emociones, pero se espera que este varíe (a veces de modo drástico) al inicio de la vida adulta (más o menos entre los 16 y los 18 años).

Los trastornos de personalidad (TP) son simplemente la expresión extrema y desadaptativa de tipos de personalidad que, por otro lado, son sanas y adaptativas. Que sean desadaptativas significa que causan un sufrimiento significativo al sujeto o al medio donde se desenvuelve. No existe ningún método objetivo o de laboratorio completamente confiable para determinar si un sujeto muestra rasgos de personalidad normales o si estos son “anormales”, en el sentido de desadaptativos. Esta es una distinción que tendrá que hacer el clínico basado tanto en su propio criterio, como en el conocimiento de las características de estos trastornos, y en el sufrimiento que esté causando al sujeto y a su entorno.

El médico y el personal de salud tienen que conocer las características de los TP, porque inevitablemente interfieren de diversas maneras sobre la presentación de los cuadros psiquiátricos, y aún interfieren sobre la presentación de enfermedades somáticas. Por ejemplo, una inflamación abdominal se expresará de manera distinta en un sujeto con características dependientes, histriónicas o impulsivas. Los TP influyen de modo importante sobre la presentación de las enfermedades psiquiátricas habituales, como la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de angustia, haciendo que el diagnóstico sea mucho más difícil. Las personas con un TP reaccionan de manera peculiar ante los acontecimientos corrientes de la vida cotidiana, o ante los estresores, y pueden mostrar un cuadro de cierta gravedad donde otro podría no mostrar ninguna reacción especial. Además, los TP influyen sobre la manera en que el paciente adhiere a las indicaciones que le dará el médico, sea cual sea la patología de base. Por último, las personas con un TP pueden constituir un peligro para sí mismos o para otros en algunas circunstancias especiales. Esto es especialmente cierto en trastornos como el antisocial o el límite.

Se espera que un médico general sea capaz de evaluar clínicamente la personalidad (hay métodos psicológicos estandarizados para evaluarla); discriminar entre personalidad, trastorno de personalidad y trastorno mental; por último, tiene que ser capaz de manejar los TP en la práctica cotidiana.

¿Porqué conocer los trastornos de personalidad?

En la práctica médica cotidiana el clínico tendrá que enfrentarse de manera corriente a diferentes sujetos que van a mostrar patrones particulares y desadaptativos de conducta, pensamiento y emociones, lo que es entendido como “trastorno de personalidad”.

El clínico tiene que ser capaz de discriminar estos trastornos porque:

- Interfieren sobre la presentación de los cuadros somáticos, provocando cambios en la intensidad y naturaleza de los síntomas.
- Interfieren sobre la presentación habitual de los cuadros psiquiátricos corrientes, haciendo más difícil el diagnóstico.
- Reaccionan de manera diferente ante estresores cotidianos.
- Se adhieren de manera diferente a las indicaciones médicas.
- Pueden constituir un peligro para sí mismos o para los demás bajo determinadas circunstancias.

Por ejemplo, es frecuente que un paciente no responda de manera adecuada a un tratamiento para la depresión, o que tenga recaídas periódicas en el consumo de sustancias, a pesar de un tratamiento de rehabilitación; o bien que abandone una y otra vez los controles médicos a los que se le solicita venir, o que muestre un patrón des acostumbrado en una depresión (por ejemplo, con continuas alzas y bajas en su estado anímico, o con conductas autolíticas impulsivas). En todos estos casos, lo más probable es que el paciente tenga un trastorno de personalidad.

Ningún sujeto tiene elementos puros de algún trastorno de personalidad tal como están descritos en los manuales. Lo más probable es que se encuentren algunos rasgos sobresalientes, y sobre esos debe hacerse el diagnóstico. Los manuales corrientes que contienen estas descripciones son el Diagnostic and Statistical Manual de la APA (EE.UU), y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS. En general las etiquetas diagnósticas entre uno y otro sistema son similares, con algunas pequeñas diferencias de énfasis, tal como ocurre en los cuadros patológicos.

Sin embargo estos no son los únicos sistemas de clasificación, aunque sí son los únicos reconocidos por los organismos oficiales de salud. Por ejemplo, está el sistema tradicional del Eneagrama que muestra las personalidades en un rango amplio, variando desde la sanidad al trastorno. El Eneagrama debiera considerarse porque es un sistema muy rico en semiología de la personalidad.

Evaluación de la personalidad

Cualquier persona en la vida cotidiana es capaz de evaluar la personalidad de otra. Es algo que se hace corrientemente, y no es completamente diferente de lo que tiene que hacer el médico, sólo que en este caso tiene que tomar el cuidado de ser sistemático.

Las fuentes para la evaluación son, por lo tanto, las mismas que usaría cualquier otra persona.

En primer lugar tiene que considerar la idea que tiene la propia persona sobre sí misma. Esto se puede hacer simplemente preguntándole a la persona cómo se considera a sí misma, qué rasgos de personalidad son habituales. Una buena pregunta es cómo cree que *los demás la ven*, porque eso la obliga a tomar cierta distancia y considerar la opinión de los otros.

La conducta que tenga el paciente en la entrevista misma es una valiosa fuente de información. Habrá que estar alerta ante sus expresiones faciales y discursivas, en el movimiento, en los usos del lenguaje. Sin embargo también hay que considerar que la enfermedad que tenga puede alterar considerablemente los rasgos conductuales. Por ejemplo, es muy frecuente que un sujeto deprimido se presente muy hostil o irritable en una evaluación, y eso puede inducir a creer que siempre es así. De la misma manera, un sujeto maniaco va a hacer una evaluación muy especial de sí mismo.

Una información importante es la manera que tiene el paciente de reaccionar ante determinadas circunstancias vitales. Por ejemplo, ante la frustración, o al enfrentar a un grupo de personas desconocidas, ante los abandonos por otras personas (“¿Qué suele hacer cuando las cosas no le resultan? ¿Ha tenido temor de que su pareja la abandone? ¿Es frecuente que pida consejos?”). La mayoría de estas preguntas se desprenden en forma natural del conocimiento de las características de cada tipo de personalidad.

Enseguida hay que considerar la opinión de aquellos que lo conocen, familiares y amigos cercanos, personas que lo conocen por largos períodos, que lo han visto crecer, que lo han visto en distintas circunstancias.

Un médico que ha conocido a un paciente durante largo tiempo es la persona más indicada para realizar una buena evaluación de personalidad, y debería incluir su diagnóstico clínico de personalidad si tiene que derivar al paciente a un nivel secundario.

Elementos de una evaluación clínica de la personalidad

Hay algunos elementos primordiales que tienen que tomarse en cuenta para realizar una adecuada evaluación clínica de la personalidad.

Estos elementos son más menos evidentes durante una entrevista, y sólo ocasionalmente hay que hacer preguntas específicas para precisarlos.

Rasgos de personalidad. Los rasgos de personalidad son las características propias de cada personalidad. Para observarlos o preguntar correctamente es necesario conocer estas características. Por ejemplo, en la personalidad de tipo evitativa, es necesario preguntar

acerca de la manera de enfrentar las situaciones sociales; en las personalidades obsesivas se requiere preguntar sobre la manera de organizar su día, los objetos, o conocer su opinión sobre la ética y la responsabilidad. Más adelante se encontrará una descripción de los tipos de personalidad.

Relaciones sociales. Se evalúan las relaciones familiares, de trabajo, de pareja, de amistad; por ejemplo, es bueno saber si tiene amigos o no, o si tiene pareja o si la ha tenido, si tiene amigos “de verdad” o superficiales, si suele verse con su familia, si tiene contacto con los vecinos, etc. Normalmente en las relaciones sociales se expresan gran cantidad de rasgos de personalidad.

Estado de ánimo habitual. Se trata de evaluar el estado de ánimo corriente en el individuo, no el estado de ánimo puntual que pueda tener ahora. Por ejemplo, en los límites es frecuente un cambio continuo de ánimo, con intensos quiebres ante dificultades menores en la vida (lo que se conoce como inestabilidad anímica). Es importante saber también si el sujeto muestra o esconde sus estados anímicos, y el motivo para hacerlo así.

Uso de sustancias. No es un rasgo de personalidad, pero el uso de sustancias suele mostrar aspectos de esta, o estar asociado a ciertos tipos de personalidad (por ejemplo los límites, impulsivos o antisociales).

Tipos de trastornos de personalidad

Aunque pueda ser muy criticado, los trastornos de personalidad han sido clasificados en tipos en los manuales diagnósticos.

El manual DSM los agrupa en tres grupos. La CIE no hace esta agrupación, pero dada su aparente utilidad la mostraremos aquí.

Grupo A: Agrupa los trastornos esquizotípico, esquizoide y paranoide de la personalidad. El rasgo común de este grupo es el distanciamiento de las relaciones sociales. Se trata de sujetos que son o bien muy susceptibles y suelen ver críticas en cualquier actitud de otros, o tienen conductas extravagantes que los alejan del trato social o simplemente muestran un frío desinterés por las relaciones sociales.

Esquizotípico. El sujeto con un TP esquizotípico muestra una deficiencia de relaciones sociales asociadas a conductas extravagantes, creencias extrañas (magia, supersticiones, tener un “sexto sentido”), lenguaje extraño (por ejemplo, uso de metáforas, o palabras inhabituales), suspicacia. En la CIE-10 se le ha considerado como una variante de la esquizofrenia.

Esquizoide. Es similar al anterior, pero aquí lo relevante es el distanciamiento de las demás personas y una restricción de las emociones, sin rasgos de extravagancia. Es un sujeto francamente solitario, que no disfruta de la compañía de los demás.

Paranoide. Son sujetos desconfiados y susceptibles, interpretan como maliciosas las conductas de los demás, temen que se aprovechen de ellos, se preocupan de la lealtad, siempre ven significados ocultos amenazadores, son rencorosos, reacciona con ira.

Grupos de personalidad (según el DSM)		
Grupo A Características centrales del grupo: Distanciamiento de relaciones sociales; susceptibles, extravagantes o desinteresados. Tipos Esquizotípico Esquizoide Paranoide	Grupo B Características centrales del grupo: Emotividad, dramatismo, inestabilidad, impulsividad. Tipos Antisocial Límite (o límitetrofe) CIE-10: Tr. inestabilidad emocional • Tipo impulsivo • Tipo límite Histriónico Narcisista (CIE-10 no lo considera)	Grupo C Características centrales del grupo: Temor e inseguridad. Tipos Por evitación (ansioso) Por dependencia Obsesivo-compulsivo (anancástico)

Grupo B: Agrupa los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Las personas de este grupo se asemejan en presentar rasgos que tienden a la emotividad, dramatismo, inestabilidad e impulsividad. Suelen entusiasmarse con facilidad, pero así mismo abandonan los proyectos. Pueden reaccionar de manera muy impulsiva, a veces con conductas autolíticas.

Antisocial. Desprecio y violación de los derechos de los demás, desadaptado a las normas sociales, deshonestos, impulsivos, irritables, imprudentes, irresponsables. Suelen carecer de remordimientos por lo que han hecho.

Límite (o límitetrofe). Inestabilidad de las relaciones personales, de la autoimagen y de la afectividad, notablemente impulsivos. No soportan el abandono, tienden a conductas autodestructivas o francamente suicidas. Mal manejo de la agresividad. Largas épocas de vacío y cuestionamiento existencial; escasa identidad personal. La CIE-10 lo considera un grupo genérico que llama *trastorno de inestabilidad emocional*, y dentro de este distingue uno de tipo impulsivo (falta de control de impulsos) y otro de tipo límite, propiamente tal (con gran inestabilidad emocional, imagen de sí mismo confusa).

Histriónico. Excesiva emotividad y búsqueda de atención. Tiene que ser el centro de atención; suelen ser seductores o provocadores; llama la atención con su aspecto físico (atractivos); subjetivos en sus interpretaciones; muy dramatizadores, sugestionables; suelen pensar que sus relaciones son más íntimas que lo que son en realidad.

Narcisista. Gran sentido de autoimportancia, necesidad de admiración y falta de empatía por los demás, fantasías de éxito, cree ser “especial”, se relaciona con personas de “alto estatus”; pretencioso, preocupado por la apariencia, la vestimenta, el estatus; es explotador de los demás a quienes considera que tienen que estar a su disposición; envidioso.

Grupo C: Agrupa los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los rasgos centrales de este grupo corresponderían a aquellos propios del temor y la inseguridad.

Evitación. Inhibición social, sentimientos de inferioridad, sensibles a la evaluación negativa, vergüenza. A veces hay que distinguirlo de un trastorno fóbico social.

Dependencia. Necesidad excesiva de que se ocupen de uno; comportamiento de sumisión, temores de separación; dificultad para tomar decisiones, pide consejos constantes; hace tareas desagradables para lograr protección.

Obsesivo-compulsivo. Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal. Detallistas, normativos, ética rígida. Gran autoexigencia. Reacio a delegar tareas; crítico cuando otros no se someten a su manera de hacer las cosas.

La CIE-10 al trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad le llama anancástico. El CIE-10 no considera como entidad aparte al trastorno narcisista.

Los sistemas de clasificación han facilitado la realización y comparación de investigaciones aunque, por su postura atórica, no hay una revisión del constructo y por eso las categorías conceptuales involucradas trastorno (*disorder* en inglés) y personalidad son abordadas sólo tangencialmente, tratándolos como conceptos ya dados. Estos sistemas se limitan a la descripción de los rasgos característicos de cada uno de ellos, presentando los criterios que permitirían a cualquier clínico realizar un diagnóstico en un lenguaje susceptible de compartir con sus pares, sean estos de cualquier orientación teórica. De ahí su utilidad.

Los criterios internacionales permiten diseños metodológicos replicables al contar con sujetos supuestamente de la misma clase. Es este enfoque el que presenta una amplia experiencia en investigaciones empíricas acerca de estos trastornos, sometiendo a prueba las hipótesis planteadas por cada modelo teórico.

Este bagaje investigativo ha permitido o reforzado una actitud optimista con relación a las posibilidades de cambio terapéutico en los trastornos de personalidad. No obstante se reconocen las dificultades para modificar estrategias inadaptativas temprana y fuertemente arraigadas.

Por otro lado, es evidente que un sistema taxonómico que emplea categorías excluyentes como trastorno mental, enfermedad médica y trastorno de personalidad, exige una cierta complicidad benevolente para su aplicación.

Hay que destacar que la persona experimenta el patrón disfuncional de manera egosintónica, es decir, el malestar subjetivo o sufrimiento que padece no tiene relación alguna con su persona y sus características ostentadamente disfuncionales. Por eso, si esta persona consulta, nunca lo hace por sus rasgos desadaptativos sino *por los problemas asociados* a estos u otras sintomatologías (por ejemplo, un sujeto dependiente consulta luego de ser abandonado por su pareja, no por sus rasgos dependientes; un sujeto obsesivo consulta por síntomas depresivos, pero no por su alta autoexigencia, que está obviamente relacionada con sus síntomas).

Epidemiología

Se ha estimado en diversos estudios que la prevalencia global de trastornos de personalidad es de alrededor del 10% en la población general, con predominio de hombres y personas jóvenes. La tasa parece disminuir con la edad. El trastorno antisocial es más frecuente en hombres, y el histriónico y limítrofe en mujeres. El trastorno antisocial y el limítrofe se asocian con frecuencia a abuso de alcohol y sustancias.

Etiología

La personalidad es un constructo no fácil de investigar, pero es claro que se asocia a factores genéticos (por ejemplo, con el temperamento, que es la manera primaria de reaccionar ante los estímulos) en conjunto con factores ambientales, en especial la crianza y la educación (ver información adicional). Sin embargo no es sencillo discriminar el peso de cada uno de los factores dada la enorme complejidad de la crianza humana.

Información adicional. La teoría cognitivo conductual de los trastornos de personalidad

La teoría cognitivo conductual plantea que este trastorno se origina en estructuras profundas de autoconocimiento que se desarrollan desde el nacimiento y que proporcionan el marco de coordenadas que establece el límite del conocimiento explícito y sus reglas de transformación.

La personalidad es concebida por este modelo teórico como un mapa de uno mismo, de los demás y del mundo que nos rodea, constituyéndose así en un sistema que determina nuestro comportamiento permitiendo nuestro funcionamiento adaptativo.

Este sistema se desarrolla como una pauta de pensamiento, sentimiento y conductas que permiten el ajuste con el medio. Estas pautas se instalan temprano en el desarrollo, en interacción con programas biológicos determinados genéticamente y deben adecuarse a las exigencias de nuestro entorno social, permitiendo así satisfacer nuestras necesidades y la obtención de una gratificación básica en nuestro existir.

La flexibilidad y la riqueza de nuestros patrones permiten el desarrollo de un repertorio conductual amplio que responda a las cada vez más veloces transformaciones de nuestro hábitat.

Los trastornos de personalidad serían, de acuerdo a este marco teórico, consecuencias de la inadecuación de esta pauta por rigidez, pobreza, y exageración de las tácticas interpersonales que permiten la adaptación social.

Guidano, apoyado en la teoría del apego de Bowlby, destaca el papel de la vinculación temprana con una figura de apego en el desarrollo del autoconocimiento al proporcionar una especie de molde o marco en que el niño integra la información acerca de sí mismo y del mundo.

El ser humano se caracteriza por un período de prolongada dependencia donde en sus primeros años la satisfacción de sus necesidades y la protección contra las amenazas reside absolutamente en el vínculo que se establece con quien cumple el rol de cuidador, principalmente la madre.

El desarrollo inicial por tanto de estrategias interpersonales responde a la perentoria necesidad de asegurar a esta figura significativa de apego.

En términos gruesos podría definirse como apego seguro a aquellas relaciones con la figura significativa que protege eficazmente de las amenazas y satisfacen convenientemente las necesidades en un clima de confianza y baja ansiedad. Por el contrario aquellos vínculos tempranos que no cumplen adecuadamente con estos requerimientos y generan montos significativos de incertidumbre y ansiedad corresponderían al vínculo inseguro.

Diferentes estudios han evidenciado que aquellas personas cuyos vínculos tempranos fueron seguros, se caracterizan por presentar un estilo cognitivo flexible, abierto y activo en la búsqueda de información nueva de acuerdo a las exigencias ambientales. En esta búsqueda prima la confianza y el realismo optimista.

En cambio aquellas personas que tuvieron vínculos inseguros, desarrollan un estilo cognitivo cerrado rígido, desconfiado, pesimista o poco realista y de expectativas sobredimensionadas.

Esta matriz de experiencia temprana determinaría por tanto el modo en que se procesa la información sobre el sí mismo y los demás. Lo central de este proceso sería la atribución de significados a los hechos lo que determina el comportamiento subsecuente. Son las creencias por tanto las que determinan el modo como nos representamos la realidad.

Niveles cognoscitivos

Existen varios niveles de representación cognitiva o de conocimientos. Estos niveles están organizados jerárquicamente. Hay dos modalidades en el sistema cognoscitivo de las personas. Cada uno de estos sistemas conforma maneras diferentes de construir la realidad. Por un lado estaría el modo de "modo paradigmático" y por el otro el "modo narrativo".

La modalidad paradigmática o lógico científica tiene que ver con las capacidades humanas de razonamiento, explicación y análisis lógico empírico o científico. La finalidad de este sistema está vinculada a la resolución de problemas prácticos de la vida diaria.

La modalidad narrativa consiste en contar historias a otras personas y a nosotros mismos, con las que se van construyendo los significados en que nuestras experiencias adquieren sentido. No sigue una lógica lineal y de razonamiento verbal o matemático. Se fundamenta en imágenes, es analógica.

Para Guidano, las narrativas inconscientes conforman las metáforas prototípicas de la experiencia que guían a las experiencias venideras. Estas narrativas derivan de experiencias de vinculación afectiva del niño con las figuras de apego. Se refieren a "escenas nucleares" y de ellas derivan patrones emocionales básicos llamados "esquemas emocionales prototípicos".

Pronóstico

Se ha observado que los trastornos de personalidad tienden a "normalizarse" (a hacerse menos relevantes)

con la edad. Esto concuerda con estudios que muestran que, por ejemplo, el abuso de sustancias se hace menos importante en personas mayores.

Tratamiento de los trastornos de personalidad

Por los motivos ya dichos (interferencia con otras patologías somáticas y psíquicas, adherencia al tratamiento, demanda de servicios de salud), en el nivel de Atención Primaria es necesario que el personal de salud reconozca, sea capaz de evaluar y manejar de manera básica los trastornos de personalidad. El tratamiento más acabado naturalmente es de resorte del especialista y en algún momento hay que considerar la posibilidad de derivar al paciente a ese nivel, o bien conseguir su asesoría. Los trastornos de personalidad constituyen un verdadero desafío a la terapéutica psiquiátrica. Hay quienes los han considerado más graves que los trastornos psicóticos por el grado de incapacidad que pueden llegar a tener, en especial los del Grupo A y B, aunque también los del Grupo C pueden mostrar un alto grado de incapacidad.

El puro hecho de conocer el tipo de personalidad de un paciente puede mejorar la relación médico-paciente y evita que el personal de salud realice acciones inadecuadas (por ejemplo, altas prematuras o “disciplinarias” en un sujeto cuya característica básica sea la impulsividad o la inconstancia). Hay que destacar que, aunque la prevalencia de TP pueda ser de un 10% de la población general, la demanda de servicios de salud puede ser inmensamente superior, tanto en AP como en niveles especializados.

Generalidades del tratamiento

El tratamiento de los TP consiste en términos gruesos en lograr que el sujeto *tome conciencia de su funcionamiento, y logre controlar aquellas conductas que sean más desadaptativas*. Es frecuente que muchos sujetos con un TP tengan un mal concepto de sí mismos, de manera que la *mejoría de la*

Información adicional. Los esquemas

Para la Teoría Cognitivo Conductual, un *esquema* es un patrón básico de creencias y sentimientos acerca de uno mismo y del medio ambiente que aceptamos sin ningún cuestionamiento (por ejemplo, “soy incapaz”, “el mundo es peligroso”, “las relaciones felices siempre se terminan”). Es un proceso que se autoperpetúa buscando selectivamente evidencia para mantenerse inmodificable. Difícilmente nos damos cuenta de su existencia, no obstante controla nuestra conducta.

Los esquemas son por tanto estructuras que integran y adscriben significados a nuestra experiencia. Sus contenidos abarcan todos los dominios de nuestra experiencia como también recursivamente la determinan.

Esta estructura o patrón de significaciones permite darle sentido a nuestra experiencia planteando también los límites de esta al actuar como un filtro reductor de las incommensurables vicisitudes que nos presenta el ser en el mundo.

Los esquemas pueden diferir en su alcance o amplitud (reducidos, discretos, o amplios) en su flexibilidad o rigidez (capacidad para ser cambiados) y su valencia o nivel de activación (desde latente a hipervalente) (Beck y Freeman, 1995).

Cuando estos esquemas interfieren con los procesos adaptativos reduciendo o impidiendo las alternativas de respuesta, reiterando ciegamente comportamientos contraproducentes que no conducen a las metas propuestas por nuestras necesidades, nos encontraríamos frente a un trastorno de personalidad.

Las características de los esquemas a la base de este tipo de trastornos serían:

- No adaptativos
- Permanentes
- Cotidianos
- Hipertrofiados
- Umbral de activación bajo

Estos esquemas por tanto serían disfuncionales en el sentido inclinar la balanza placer dolor hacia el extremo del sufrimiento. Lo adaptativo no está planteado aquí como el conformismo del “buen ciudadano” o del hedonismo a ultranza (no obstante ambas actitudes pudieran ser adaptativas). Esquemas adaptativos son aquellos que permiten obtener una gratificación básica en el existir aunque paradójicamente el precio que ello pudiera plantear sea la muerte. Nuestro mundo es una realidad interpersonal por ello el sujeto adulto como parte de él no le es posible encontrar algo fuera de sus otros significativos.

Los contenidos de los esquemas pueden determinar el tipo o modalidad de trastorno de personalidad imprimiendo la temática recurrente y auto confirmatoria de estos. La siguiente tabla (Beck, Freeman, 1995) muestra una propuesta de relación entre el tipo de trastorno de personalidad, el esquema dominante y la estrategia conductual asociada.

Trastorno	Esquema o creencias básicas	Estrategias (conducta manifiesta)
Por dependencia	Estoy desvalido	Apego
Por evitación	Pueden hacerme daño	Evitación
Paranoide	Las personas son adversarios potenciales	Cautela
Narcisista	Soy especial	Autoexaltación
Histriónico	Necesito impresionar	Dramatismo
Obsesivo-compulsivo	Los errores son malos; no debo equivocarme	Perfeccionismo
Antisocial	Las personas están para dominarlas	Ataque
Esquizoide	Necesito mucho espacio	Aislamiento

autoestima puede ser en sí mismo un objetivo del tratamiento.

Un plan de manejo de una persona con un TP tiene que ser necesariamente *realista*: nadie puede pretender “cambiar por completo” la personalidad de un sujeto. A veces los cambios procuran transformar las conductas más conflictivas en otras sólo un poco más adaptativas.

Los objetivos del plan de tratamiento tienen que ser claramente *especificados con el paciente*, y hay que revisarlos continuamente y ver si el paciente los entiende y los está persiguiendo realmente.

Los tratamientos son de *largo plazo*. Muchos sujetos con trastorno graves del Grupo B (antisociales, límites, histriónicos graves) sólo logran un control después de uno o dos años de tratamiento. El personal de salud comprometido en un tratamiento de un sujeto con un TP tiene que ser *consistente* con aquél. Por ejemplo, si el compromiso es atender al sujeto una vez cada dos semanas, hay que hacer todo lo posible por cumplir lo pactado. Hay que recordar que frecuentemente son sujetos con alta desconfianza, y el cumplimiento de los compromisos puede agregar un elemento terapéutico muy útil.

Por otro lado, los sujetos con un TP suelen fallar continuamente con lo pactado, por ejemplo, no asisten a una serie de citas, para luego pedir una hora “urgente”. En estos casos el personal tiene que aprender a *establecer límites claros*, siempre pensando en el beneficio para el paciente. Los límites tienen que ser discutidos por todo el personal involucrado, ya que es fácil que el paciente coloque “a unos contra otros” si las reglas no han sido analizadas y acordadas entre todos. Esto debiera incluir a personal no clínico, como secretarías, personal de admisión, hasta auxiliares de aseo, dado que ciertos pacientes son capaces de colocar a un grupo de profesionales contra otro. Estas situaciones tienen que ser detectadas y consideradas abiertamente en reuniones al efecto, donde cada miembro del equipo pueda expresar lo que le está ocurriendo con el paciente. Un profesional que no pueda soportar la inestabilidad o la impulsividad, y le sea difícil manejar sus sentimientos de rabia, no está en condiciones de tratar al paciente, y tiene que ser reemplazado. Esto es también válido para aquellos pacientes dependientes, que solicitan consejo por todo. El médico puede entrar inconscientemente en una relación de ayuda no terapéutica, que podría simplemente prolongar las conductas desadaptativas.

La mayoría de los tratamientos exitosos se basan en *mantener una buena relación* médico-paciente, más que en la precisión de las técnicas terapéuticas. En este sentido, es de primera importancia que el médico o el personal de salud sea capaz de darse cuenta de las emociones que genera el paciente (por ejemplo, la rabia por la falta de compromiso, o por no seguir las reglas, pedir horas cuando no corresponde, para luego fallar cuando se la concede), porque pueden hacer que sea rechazado y abortar un tratamiento que estaba teniendo éxito.

Es muy importante que se potencien los *rasgos favorables* de la personalidad del paciente. Un

Elementos del tratamiento de los trastornos de personalidad

Objetivo general del tratamiento.

- Tomar conciencia del funcionamiento.
- Controlar conductas más disfuncionales.
- Mejoría de la autoestima.

Conductas y actitudes que favorecen el tratamiento.

- Objetivos modestos, acotados, evaluables.
- Conducta consistente del personal.
- Establecer límites claros.
- Incluir a todo el personal en las decisiones, si es necesario.
- Revisar emociones propias.
- Mantener una buena relación médico-paciente.
- Potenciar rasgos favorables.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento.
- Controlar abuso de alcohol y otras sustancias.
- Involucrar a la familia.
- Proteger a los menores.

tratamiento que sólo destaque lo negativo, no tendrá mucho futuro. Hay que darse el espacio para destacar los logros actuales o anteriores, las habilidades del paciente, y motivar a realizar aquellas cosas para las que el paciente tiene habilidades. Estas acciones apuntan a la mejoría de la autoestima.

Un elemento clave es el desarrollo de *habilidades de afrontamiento (coping skills)* ante aquellos eventos gatilladores de conductas desadaptativas. Por ejemplo, aprender a manejar de otra forma la intolerancia ante la frustración, o aprender a interpretar de otra forma los comentarios o actitudes de los demás.

Es frecuente que muchos de estos pacientes tengan un trastorno por abuso de sustancias, sea alcohol, cigarrillos u otras. Parte del tratamiento será el control del abuso. Al revés, un paciente en tratamiento por abuso que no logre un buen control, probablemente tenga un TP. En estos casos, el abuso de sustancias es sólo una parte de todo el problema.

Es necesario en muchos casos dar alguna ayuda a la familia, que puede estar sufriendo por las conductas del paciente. Esto es especialmente relevante en el caso de madres o padres con algún trastorno grave y la relación que mantengan con sus hijos. En algunos casos puede ser necesario que los menores sean entregados en custodia los organismos competentes (SENAME).

Tratamiento farmacológico

No siempre el tratamiento farmacológico tiene buen resultado en los TP, pero sí es posible tratar grupos específicos de síntomas. Por lo tanto, para planificar bien un tratamiento farmacológico es necesario establecer cuáles son los síntomas más relevantes, aquellos que provocan la mayor disfunción en el sujeto y en su entorno inmediato.

Antidepresivos: deben utilizarse si existen síntomas claros de depresión. También se ha observado que pueden controlar la impulsividad, en especial los ISRS. De hecho, un primer esquema con un sujeto impulsivo

es el uso de fluoxetina en dosis que pueden llegar al máximo (80 mg/d).

Antiepilépticos: se los utiliza en casos de inestabilidad de ánimo, en aquellos sujetos con grandes cambios anímicos, que se “bajonean” con facilidad por lo general ante frustraciones cotidianas. Podrían controlar también la impulsividad. Como estos dos síntomas suelen presentarse juntos, hay que considerar la posibilidad de indicar antiepilépticos como primer esquema. Si se opta por estos fármacos, deben usarse de la misma forma que en un sujeto epiléptico, cuidando utilizar dosis progresivas y con control de niveles plasmáticos. Se han utilizado carbamazepina, ácido valproico, y otros más novedosos como lamotrigina o topiramato. (p.e., usar carbamazepina en dosis que pueden llegar a 800 mg/d). La oxycarbamazepina tiene buenos resultados y menos efectos secundarios, pero es mucho más cara.

Antipsicóticos: los antipsicóticos funcionan en dosis bajas como ansiolíticos en aquellos sujetos muy inestables. Se los utiliza sobre todo en períodos de crisis de diverso tipo (por ejemplo, si ha ocurrido una pérdida, una crisis de pareja). Un paciente con un trastorno de personalidad podría desarrollar un cuadro de agitación psicomotora (ver Urgencias) ante una situación crítica. En estos casos debe utilizarse un antipsicótico inyectable (por ejemplo, haloperidol i.m. en dosis de 2,5 a 5 mg). Hay pacientes muy inestables que requieren dosis mayores de antipsicóticos, por lo general en una mezcla con estabilizadores y ansiolíticos.

Carbonato de litio: se lo utiliza como estabilizador de ánimo.

Ansiolíticos: Tienen poco efecto sobre los cuadros ansiosos de personalidad, y suelen favorecer diversas formas de dependencia en los demás trastornos, por ese motivo en principio deben evitarse. Sin embargo deben utilizarse de regla durante episodios de descompensación, sobre todo en pacientes del Grupo B con intensa disforia, por lo general en unión a antipsicóticos y estabilizadores. En estos casos las dosis deben ajustarse al nivel de intensidad de los síntomas, y progresivamente ir las disminuyendo en la medida que haya respuesta.

Bibliografía

- Beck A, Freeman A. 1995. *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* Ediciones Paidós Ibérica. S.A. Barcelona España.
- Young J. 1990 *Cognitive therapy for personality disorders*. Professional Resource Press USA.
- Millon T, Everly G. 1994 *La personalidad y sus trastornos*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Ediciones Martínez Roca S.A. Barcelona España
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002), DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado, Barcelona: Editorial Masson.

Carlos Núñez
Psicólogo.

Juan M. Pérez F.
Médico psiquiatra.

Apuntes para uso exclusivo de docencia.
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur.
Universidad de Chile.
2008.