

# APROXIMACIÓN CONDUCTUAL A LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

## A BEHAVIOURAL APPROACH TO PERSONALITY DISORDERS

Autor: Teijeira Santiago, Juan Ramón.

Médico Especialista en Psiquiatría.

Área Sanitaria de Ferrol (A Coruña)

E- mail de contacto: [juanramon.teijeira.santiago@sergas.es](mailto:juanramon.teijeira.santiago@sergas.es)

Texto recibido: 02/03/06

Texto aceptado: 01/07/06

## RESUMEN

En los últimos años, los profesionales que trabajamos en el campo de la Salud Mental nos encontramos con una mayor presencia en los dispositivos asistenciales de demandas procedentes de pacientes afectos de Trastornos de la Personalidad (en adelante, TP). Dichos trastornos eran menos frecuentes en décadas anteriores, se podría decir que existía un predominio de las patologías psiquiátricas clásicas, del orden de las psicosis y las neurosis. Dichas patologías, evidentemente, siguen manteniendo su presencia y prevalencia, pero se objetiva que las personas con TP acuden cada vez más a los servicios asistenciales o bien llegan a ellos por intervención de terceros a raíz de sus disfunciones conductuales (1). Los TP presentan una serie de particularidades que, de no ser correctamente identificadas y abordadas por los profesionales que deben tratar al paciente, pueden inducir a estos al error a la hora de realizar la intervención, en aquellos casos en que el usuario consigue, de modo más o menos consciente, incluir al terapeuta en el sistema patológico del cual el paciente es epicentro (2). Este riesgo no excluye, al T.O. que debe ocuparse de alguna faceta del tratamiento de la persona afectada de TP.

**Palabras clave del autor:** Trastornos de personalidad, alteración conductual, alteración emocional, retroalimentación, manejo clínico, sistemas de clasificación.

**Palabras clave:** Trastornos de la personalidad, trastorno del comportamiento, síntomas afectivos, retroalimentación, manejo de la enfermedad, clasificación de enfermedades.

## ABSTRAC

In recent years, professionals working on Mental Health have noticed that there is a remarkable increase of patients with personality disorders (from now on P.D) in attendance centres. This kind of disorder was less frequent in preceding decades, when maybe the classic psychiatric pathologies, such as psychosis and neurosis, were predominant. It is obvious that the aforementioned pathologies go on keeping their presence and prevalence although it is objectified that a rising number of people go to attendance services on their own or on third persons initiative (family, friends, legal institutions and others) as a result of their behavioural upsets. Those who struggle with a P.D have several special features which must be properly identified and treated by those professionals dealing with the patient. Otherwise, they could make mistakes in intervention in those cases where the user includes (more or less consciously) the therapist in the pathological system which has an epicentre: the patient. It is clear that this risk does not exclude the occupational therapist who must look after some facets of the treatment designed for the patient.

Key words of the author: Personality disorders, behavioural alterations, emotional upset, feedback, clinical performance, classification systems.

Key words: Personality disorders, behaviouralalterations, affective symptoms, feedback, illness management, illness classification.

## **METODOLOGÍA**

Realizamos una revisión bibliográfica acerca de los trastornos de personalidad y sus manifestaciones emocionales y conductuales, incidiendo especialmente en los estudios de la personalidad considerada como continuum, a partir de la descripción de Millon (3). Realizamos una búsqueda de los diferentes tipos de trastornos de personalidad descritos en la bibliografía y seleccionamos para la recogida de su descripción clínica aquellos que están constituidos como categoría específica en los sistemas de clasificación siguientes:

- a) Clasificación Internacional de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud. (4)
- b) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV de la American Psychiatric Association. (5)

Realizada la revisión y recogida de información, procesamos no sólo las descripciones particulares sino también los aspectos comunes a los diferentes tipos de TP, orientando los resultados hacia la consecución de conclusiones útiles para el manejo clínico de estos pacientes.

## **RESULTADOS**

Los TP han ocupado históricamente una posición diagnóstica secundaria. Antes de 1980, estos trastornos estaban categorizados dentro de la nomenclatura oficial en un conjunto heterogéneo que incluía otros síndromes muy variados y

básicamente secundarios. En la actualidad, los TP tienen una gran relevancia diagnóstica y desempeñan un papel contextual importante en los sistemas multiaxiales de clasificación, como el DSM (5).

La personalidad se concibe actualmente como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos conforman, por tanto, un patrón idiosincrásico de sentir, percibir y manifestarse y comportarse de un individuo (3).

Cada vez vemos más en el campo de la clínica pacientes con alteraciones conductuales derivadas de alteraciones de su personalidad. Para saber cómo afrontarlas correctamente, lo cual incluye evidentemente al Terapeuta Ocupacional, es conveniente revisar unos principios básicos acerca de los TP, así como atender a sus principales manifestaciones externas, conductuales y caracteriales, de cara a conseguir un correcto abordaje y manejo del paciente con el que debemos trabajar (2).

En primer lugar, cabe señalar que la personalidad puede considerarse un verdadero continuum (3). No es posible, por decirlo de otro modo, realizar una división estricta entre normalidad y patología de la personalidad, aunque sí detectar en qué momento empiezan a aparecer las disfuncionalidades que interfieren en el normal desarrollo de la vida de la persona. Los TP, en tanto que sistemas dinámicos y cambiantes según la edad, circunstancias y evolución

del paciente, no son entidades estáticas ni permanentes, lo cual determina que, en última instancia, puedan ser detectados y evaluados, pero no diagnosticados de una forma definitiva. A este respecto, la mayor parte de autores consideran que los TP no son enfermedades en sentido estricto. En estos trastornos, es la personalidad del sujeto y no una entidad morbosa lo que determina si la persona soportará, sucumbirá o alterará su entorno en respuesta al estrés percibido (3). Dicho de otro modo, los trastornos de conducta que aparecen en los TP parecen ser el resultado de una disfunción de la capacidad de la personalidad para enfrentarse a las dificultades de la vida más que la consecuencia de la aparición o intrusión de alguna noxa o enfermedad psíquica (6).

Otra idea importante es que, en general, los TP se caracterizan por tener unos rasgos comunes de inestabilidad e inflexibilidad (3). La escasa estabilidad de la personalidad del sujeto se traduciría a modo de fragilidad o de falta de resistencia en condiciones de estrés subjetivo. En cuanto al rasgo de la inflexibilidad adaptativa, éste se caracteriza por que los individuos con TP emplean estrategias escasas, rígidas, inadecuadas e improductivas para relacionarse con los demás, para conseguir sus objetivos y para enfrentarse al estrés, de modo que el resultado es la incapacidad para afrontar adecuadamente y de un modo eficaz las circunstancias cambiantes de la vida y no sólo eso, sino que también, pueden modificar y alterar, incluso gravemente, el ambiente y su contexto vital, familiar y social, intentando enfrentarse, de

modo erróneo, a los estímulos percibidos como estresantes. El resultado de todo este proceso suele ser nefasto, con una reducción de las experiencias y relaciones vitales normales en detrimento de las disfuncionales, lo cual tiende a empeorar aún más la situación, a modo de círculo vicioso. Así, las grandes limitaciones de los sujetos con TP hacen que su entorno social produzca un proceso inevitable de retroalimentación que perpetúa e intensifica las dificultades preexistentes. Los patrones de personalidad patológica, por tanto, son en sí mismos originadores de patología, es decir, provocan nuevas situaciones difíciles y ponen en marcha secuencias autodestructoras que provocan que las dificultades ya existentes no sólo se mantengan, sino que se agraven, con el consiguiente deterioro personal, y del entorno social de la persona.

Cuando tengamos a un individuo con TP como paciente, es conveniente tener en cuenta todos los aspectos anteriores para intentar no caer en sus juegos y estrategias conductuales patológicas ya que, si esto sucediese, quedaríamos absolutamente invalidados para ocupar un papel terapéutico y para ayudar profesionalmente a dicha persona (2).

Pero para eludir el entrar a formar parte de los círculos viciosos que estos pacientes originan a partir de sus disfunciones de personalidad, es útil, además, conocer, al menos de una manera esencial, los rasgos fundamentales del carácter de los principales tipos de TP, lo que pasamos a revisar a continuación.

## **1.Trastorno paranoide de la personalidad**

Se caracteriza por ser un patrón suspicaz (3), con excesiva sensibilidad a los contratiempos e incapacidad para perdonar agravios, con suspicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias, interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas. Tienen un sentido combativo y tenaz de los propios derechos. Tienen una actitud autorreferencial persistente, con tendencia a pensar que existen conspiraciones que explicarían los acontecimientos del entorno inmediato (4,7).

## **2. Trastorno esquizoide de la personalidad**

TP caracterizado por la frialdad emocional y el desapego (4), con ausencia de relaciones sociales u otros contactos y tendencia a la fantasía, las actividades solitarias y la introspección. Además, existe incapacidad para expresar sentimientos de ternura, simpatía o ira, así como para experimentar placer (7). Aparente indiferencia por las críticas, elogios o comentarios de los demás. Indiferencia por las relaciones sexuales. Ausencia de relaciones íntimas y de deseos de tenerlas. Puede darse una insensibilidad (no deliberada, a diferencia del trastorno disocial) por las normas y convenciones sociales (1).

### **3. Trastorno disocial de la personalidad**

Caracterizado por el desprecio hacia las normas sociales asociado a cruel despreocupación por los sentimientos y el dolor de los demás (4). Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y desprecio por las reglas sociales (5). Baja tolerancia a la frustración, con bajo umbral asociado para las descargas de agresividad, incluyendo el comportamiento francamente violento. Además, tienen tendencia a culpar a otros o a elaborar racionalizaciones del comportamiento conflictivo con la sociedad (7). El comportamiento de estos individuos no es fácilmente modificable por las experiencias adversas, incluido el castigo (1).

### **4. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad**

Este TP tiene dos subtipos, el impulsivo y el límite.

#### **a) Impulsivo**

En este TP existe marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias de dicha conducta. El ánimo es impredecible y caprichoso. Tienen predisposición a arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. Existe en estas personas una tendencia al comportamiento pendenciero y a los conflictos con los demás, sobre todo cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados. Además, experimentan dificultad para mantener y completar actividades duraderas que no ofrezcan recompensa o resultado inmediato (4).



## **b) Límite**

Además de las características del apartado anterior, en el trastorno límite de la personalidad se evidencian alteraciones o distorsiones acerca de la imagen corporal, de los propios objetivos e incluso de las preferencias íntimas, incluyendo las sexuales. Existe, además, facilidad para verse envuelto en relaciones intensas a la par que inestables, que a menudo terminan en aparatosas crisis emocionales (4,5). Estas personas suelen hacer esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados. Tienen tendencia al comportamiento autodestructivo, incluyendo amenazas o intentos de suicidio o de autoagresión. Se añaden por lo general sentimientos crónicos de vacío (8).

## **5. Trastorno histriónico de la personalidad**

Es un TP muy característico. Estas personas tienen un afecto superficial y lábil, asociado a gran teatralidad, dramatización (4,5) y exagerada expresión de las emociones (3). Son muy sugestionables y, además, egocéntricos, con gran indulgencia para sí mismos asociada a falta de consideración por los demás. Tienen gran facilidad para sentirse heridos y ofendidos y buscan continuamente afecto, estímulos y atención por parte de los demás. También buscan actividades en las que puedan ser el centro de atención (1). Este perfil puede completarse en muchos casos con un comportamiento francamente manipulador hacia los demás, a los que pretenden manejar (4).

## **6. Trastorno anancástico de la personalidad**

Se caracteriza por sentimientos de duda, asociados a gran perfeccionismo y preocupación excesiva por detalles y comprobaciones (5). Otras características son la obstinación, la excesiva precaución y la rigidez (7). Pueden aparecer pensamientos e impulsos no deseados. Rectitud y escrupulosidad excesivas. Puede asociarse a excesiva pedantería (4).

## **7. Trastorno ansioso o evitativo de la personalidad**

Estas personas experimentan sentimientos de tensión y temor emocional, asociados a vivencias de inseguridad e inferioridad. Creencia de ser socialmente incapaces, creen que carecen de todo atractivo personal o que son inferiores a los demás. Existe preocupación excesiva a ser rechazado o criticado en situaciones sociales, con hipersensibilidad a la crítica (4). Restringen sus relaciones personales y sociales y tienden a evitar actividades al exagerar los potenciales riesgos y peligros. Miedo a la desaprobación (1).

## **8. Trastorno dependiente de la personalidad**

Estos TP consisten en una excesiva dependencia de otras personas para tomar decisiones. Tienen gran temor al abandono, así como sentimientos de impotencia e incompetencia. Aceptan pasivamente los deseos de los demás,

con subordinación de las propias necesidades a las de aquellos de los que dependen (4). Este TP se caracteriza, pues, por una excesiva sumisión.

Experimentan gran resistencia a hacer peticiones, incluso razonables, a las personas de las que se depende. Tienen miedo a no saber salir adelante por sí solos y a ser incapaces de afrontar las dificultades de la vida cotidiana (3).

## **9. Otros trastornos de personalidad**

Además de los TP descritos anteriormente, que son los mejor categorizados, diversos autores han recogido y descrito otros trastornos tales como el narcisista, el pasivo-agresivo, el excéntrico, el esquizotípico, el inmaduro, el inhibido, el depresivo, el sádico, el masoquista, el negativista, etc. (3) La descripción pormenorizada de estos patrones de personalidad excede, en todo caso, el contenido de este artículo.

Cabe destacar, sin embargo, que en la clínica se detectan con cierta frecuencia los llamados TP Mixtos, es decir, patrones de personalidad con rasgos patológicos mezclados de varios perfiles distintos, sin constituir por completo ninguno de los tipos puros anteriormente descritos (1).

## **DISCUSIÓN**

Una vez finalizada esta somera revisión de las características generales de los TP y de las principales manifestaciones conductuales de cada tipo, podemos destacar los siguientes aspectos:

1. La diferencia entre “rasgos de personalidad” y los “trastornos de personalidad” (TP) propiamente dichos. Todos nosotros tenemos algún o algunos rasgos de personalidad similares a los descritos en los TP anteriores, lo cual no quiere decir, evidentemente, que padezcamos por ello un TP. Debemos recordar la idea central ya expuesta de que la personalidad es un continuum que va de lo normal a lo patológico sin solución de continuidad (3) ni barrera establecida y que, por tanto, sólo podemos hablar de un TP constituido cuando los rasgos de personalidad constituyen un conjunto característico, alcanzan un grado de franca disfuncionalidad y, finalmente, se traducen en una serie de alteraciones conductuales y emocionales que interfieren con el psiquismo y el normal desarrollo psicosocial de la persona.

2. Debemos destacar que los diferentes autores coinciden en señalar la inestabilidad y la inflexibilidad como parámetros comunes a la mayor parte de los TP, aun cuando las manifestaciones externas de dichas características pueden ser absolutamente diversas, tal y como hemos visto en la recogida de descripciones clínicas (3).

3. El ulterior estudio de los TP debería orientarse desde una perspectiva dinámica que recoja los diferentes cambios evolutivos (7) y las diferentes presentaciones de la personalidad alterada a lo largo del tiempo (especialmente variable en TP tales como el TP límite) (8)

4. Los TP tienden a originar secuencias conductuales y relacionales disfuncionales que alteran no sólo su individualidad, sino al grupo y entorno en

el que viven las personas afectas, cuando no a la sociedad (caso del TP antisocial), originándose a su vez una retroalimentación (3) relacional que tiende a perpetuar y a agravar la situación y los problemas del propio paciente (1).

5. La detección de estos aspectos por parte del profesional, incluido el Terapeuta Ocupacional, será el primer paso para identificar con qué tipo de personalidad estamos trabajando y cómo debemos actuar para evitar entrar en los círculos viciosos en que el TP tiende a atrapar al entorno del paciente, sustituyendo dichos mecanismos patológicos por otras alternativas terapéuticas que permitan mejorar la situación (2).

6. Acerca de las intervenciones específicas que se pueden plantear en cada caso, será necesario remitirse a artículos posteriores.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Roca M, coordinador . Trastornos de Personalidad. Barcelona : Ars Medica; 2004.
- (2) Soler PA, Gascón J, coordinadores. Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales (III) del Comité de Consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. Barcelona: Ars Medica; 2005.
- (3) Millon T. Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona, Masson, 1998.
- (4) Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2000.
- (5) American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª ed. Barcelona, Masson, 1995.
- (6) Bernardo M., Roca M. Trastornos de la Personalidad. Evaluación y Tratamiento. Perspectiva psicobiológica. Barcelona, Masson, 1998.
- (7) Rubio V, Pérez A. Trastornos de la Personalidad. Madrid : Elsevier ; 2003
- (8) Szerman N, Peris MD, Ruiz A. Trastorno borderline de personalidad. Madrid : Entheos; 2004.