

Pacientes de difícil trato

-Los trastornos de la personalidad-

Dr. Alvaro D'Ottone

Médico Psiquiatra. Ex Profesor Adjunto de Clínica Psiquiátrica.
Director de Psiquiatría de CAMEC - Rosario, Uruguay.



Resumen. El concepto de "Trastornos de la Personalidad" se desarrolló más tardíamente que el de otras enfermedades mentales. Su prevalencia es considerable, y algunos de ellos determinan un uso importante de servicios de salud en sus etapas de descompensación. La conciencia de enfermedad suele ser escasa, y la relación que establecen con sus médicos puede ser problemática.

En el presente artículo se describen los 10 trastornos de la personalidad más relevantes, sus estilos de relación con el personal de salud y las posibles maneras de ofrecer los recursos de tratamiento.

No hay terapéutica biológica específica; la psicoterapia es fundamental, aunque no siempre es aceptada o continuada por los pacientes.

Abstract. The concept of "Personality Disorders" developed later than other mental illnesses. The prevalence is considerable, and some of them determine an important use of health services in their stages of decompensation. Disease awareness is often poor, and the relationship they establish with their doctors can be problematic.

In this article we describe the 10 most relevant personality disorders, their relationship styles with health personnel, and possible ways to offer treatment resources.

There is no specific biological therapy; psychotherapy is very important, although it is not always accepted or continued by patients.

Palabras clave: trastorno de la personalidad, relación médico-paciente, psicoterapia.

Key words: disorders personality, doctor-patient relationship, psychotherapy.

Desarrollo histórico del concepto

Doscientos años atrás nacía la Psiquiatría como rama de la Medicina. Los primeros casos clínicos que llamaron la atención de los "alienistas" de entonces, fueron de dos clases: los graves cambios, relativamente súbitos, y en general pasajeros, del estado mental (los "episodios agudos" en lenguaje psiquiátrico actual) y las alteraciones permanentes, de comienzo en general insidioso –las que hoy llamamos padecimientos crónicos⁽¹⁾–.

Entre los primeros, "los agudos", se destacaban los **estados confusionales** –que suelen ser la manifestación de un trastorno médico agudo–, los **brotes delirantes** y los grandes **síndromes anímicos**: la melancolía y la manía. En todos ellos, era claro que la "razón" estaba profundamente alterada.

Pero andando el tiempo los psiquiatras también fueron convocados a ocuparse de situaciones que tradicio-

nalmente eran resorte de las autoridades policiales o judiciales; exabruptos de personas que un rato antes y un rato después parecen totalmente similares al resto de la comunidad:

- enojos manifestados de manera inadecuada,
- crisis autoagresivas (*golpear la cabeza o los puños contra la pared, cortes*),
- crisis heteroagresivas (*gritos destemplados, empujones, incluso golpes*) o
- crisis clásicas (*arrojar objetos al piso, romper vidrios o mobiliario*).

En general, estos episodios ocurren como respuesta a situaciones estresantes, en particular frustraciones o conflictos interpersonales. Tormentas breves, de pocos minutos o pocas horas, tras las cuales se recupera un funcionamiento mental aproximadamente estándar.

Alternativamente, entre los casos **crónicos**, se fueron delineando las **demencias**, los **delirios paranoicos**, la **esquizofrenia**, las **neurosis fóbicas**, **obsesivas o histéricas**. Todos ellos tienen síntomas específicos, que no ocu-

E-mail: doto@netgate.com.uy

ren en las personas que no los padecen: los síntomas centrales de cada uno de ellos pueden ser el deterioro cognitivo, las convicciones delirantes, la desorganización del pensamiento, rituales, conversiones.

Sin embargo, también fueron llegando a la consulta de los psiquiatras personas que tienen un permanente o persistente estilo de conducta, de reacciones emocionales, o de interpretación de los hechos, que les generan (o generan a otros) sufrimiento y conflictos innecesarios, pero que no presentan síntomas como los que acabamos de enumerar. Se fue haciendo evidente que así como hay enfermedades mentales crónicas que sobrevienen en determinado momento de la vida, marcando un antes y un después, las condiciones a que nos referimos parecen acompañar a sus portadores desde la infancia o la pubertad, generando un estilo, una forma de ser, que los identifica, ya sea como impulsivos, o como enojadizos, o como desconfiados u otras caracterizaciones.

Y como nexo entre estos rasgos permanentes, y los episodios tormentosos que describíamos más arriba, los clínicos observaron que tales episodios son más frecuentes (aunque no exclusivos) en las personas con dichos rasgos.

Así, la psiquiatría comenzó a incorporar en sus textos las "psicopatías"⁽²⁾, "caracteropatías" o *–como se les llama actualmente– los Trastornos de la Personalidad.*

Terminología

Revisemos algunos términos a los que recurriremos en este artículo: persona, individuo, carácter, personalidad, rasgos de personalidad.

Persona

Todos los seres humanos, dotados cada uno de un conjunto de características únicas que le permite diferenciarse de los demás.

Se consideran posibles dos etimologías, vinculadas ambas a las máscaras usadas, respectivamente, en el teatro griego y el teatro romano:

- "prosopon" (delante de la cara),
- "personare" (resonar) referido a las máscaras teatrales provistas de una especie de cornetín para dar mayor audibilidad a los parlamentos, de allí que metonímicamente, la máscara pasa a connotar al personaje.

Desde el enfoque de la filosofía, "persona" es, para los diccionarios filosóficos, el "Supuesto inteligente"; para Leibnitz, la persona se integra por la razón más el sentimiento de mismidad; Kant le agrega la existencia de leyes propias, las leyes morales. En definitiva, la noción

de persona integra inteligencia (en tanto conciencia, y en tanto reflexión), autoconciencia (el sí mismo diferenciado del resto del universo), la vivencia de continuidad, y la construcción de valores (como los valores lógicos, estéticos y morales).

Individuo (del latín *individuus* = indivisible)

Nos lleva a una mayor aproximación a lo que en definitiva la psicología entiende por "personalidad". Hace cerca de 2000 años Séneca describía el concepto así:

"Entidad en la cual nada puede separarse sin dejar de ser tal", y luego Porfirio lo definía como

"Entidad singular e irrepitable".

Temperamento

Es la base neurobiológica, innata, del carácter y la personalidad.

Es diferente entre los individuos, se expresa desde el nacimiento en estilos de conducta y de emocionalidad que ya permiten distinguir neonatos e infantes con distinta reactividad del sistema nervioso central y vegetativo, expresada en sus conductas (los hay "tranquilos", o "vivaces" o "llorones").

La comparación de gemelos monocigotos criados separados ha demostrado un grado apreciable de determinación genética en el temperamento.

Carácter

Es la reorganización evolutiva del temperamento durante la niñez. Está altamente condicionado por las experiencias tempranas, generando niños y adolescentes:

- seguros o inseguros,
- apacibles o beligerantes,
- adaptables o poco adaptables,
- expresivos o introvertidos,
- autocontrolados o descontrolados.

Es una organización relativamente estable, sobre la cual se modela la personalidad.

Como concepto importante: la excesiva rigidez o fijeza del carácter impide un normal desarrollo de la personalidad.

Personalidad

Es lo que caracteriza psicológicamente a una persona, su "modo de ser", su "individualidad". Implica una estabilidad, que confiere predictibilidad.

Es una construcción autogestada, donde el individuo logra controlar aquellos aspectos de su carácter que se contraponen a sus opciones de valor. Ejemplo: alguien puede ser de carácter enojadizo (*vulgo "calentón"*), ante molestias o conflictos menores, fácilmente se irrita. Sin embargo, considera que sus respuestas ante tales

conflictos deberían ser más medidas (*puede que lo considere así por valores éticos, religiosos o meramente de conveniencia*). Si su personalidad ha madurado adecuadamente, podrá en la mayoría de las ocasiones regular su conducta de acuerdo con tales valores, y no "dejarse llevar" por la rabia. Se puede decir que esa persona es "ama" de su carácter, lo domina de acuerdo a sus valores. Por el contrario, los individuos con anomalías de la personalidad son "esclavos" de su carácter: son los que dicen "no puedo controlarme" e incluso pretenden excusar su proceder con el argumento "yo soy así".

Rasgos de personalidad

Este concepto abarca numerosas caracterizaciones que pueden hacerse sobre el pensamiento, las emociones, los afectos y las conductas de una persona. Un rasgo es cada una de las variables continuas que se pueden "diseñar" en la personalidad de un individuo, por ejemplo:

- calma - nerviosismo,
- tolerancia - intolerancia a la frustración,
- control - descontrol de la agresividad,
- seguridad en sí mismo - inseguridad,
- confianza - desconfianza,
- empatía - indiferencia,
- autonomía - dependencia,
- nivel intelectual.

Algunos de estos rasgos pueden ser relativamente fáciles de cuantificar, como la inteligencia evaluada a través del coeficiente intelectual; para muchos de ellos se han diseñado escalas en el intento de una comunicación más exacta cuando se describe a una persona. Habitualmente, en la población general los valores numéricos se distribuyen en campana de Gauss; la aparición de una distribución bimodal (*es decir, que fuera del centro -"mediana"- de la campana se forme una campana menor-segunda "moda"*) suele ser un indicio de que existe una enfermedad que condiciona, en un subgrupo de la población, un valor inconveniente del rasgo.

Así ocurre con la distribución del cociente intelectual: en los valores bajos, subnormales, hay una segunda moda, que refleja la existencia de las patologías encefálicas congénitas que generan retraso mental (*Ver Figura 1*).

¿Qué sería entonces, una "personalidad normal"?

Pecando de simplificación, podemos establecer que quien tiene una personalidad normal, no tiene (o tiene pocos) rasgos ubicados en valores extremos, considerados inadecuados.

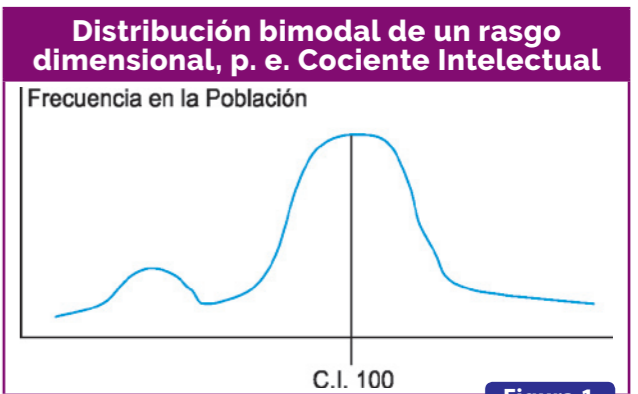


Figura 1

No la caracterizan formas de pensar, sentir o actuar que generen:

- sufrimiento (*a sí mismo o al entorno*),
- vulnerabilidad aumentada ante ciertas situaciones.

Es claro que el desarrollo de una personalidad normal es más difícil si la estructura de carácter tiene tendencia a algún extremo. En estos casos la personalidad está más traccionada hacia la génesis de procesos psíquicos que apartan de la normalidad.

Personalidades anómalas

Un valor extremo e inadecuado de un único rasgo puede generar una alteración clínica que habilite a plantear una personalidad anormal. Pero, en general, la presencia de valores extremos de un rasgo negativo se correlaciona con valores altos de otros rasgos (*es decir, se configuran constelaciones sindromáticas*).

Dos hechos sustentan su consideración como enfermedades, que reciben el nombre de Trastornos de la Personalidad:

- Que estas constelaciones sindromáticas se repiten entre diferentes individuos.
- Que en cada uno de ellos tienen estabilidad y curso evolutivo predecible.

Trastornos de la personalidad (TP)

TP es el nombre actual de lo que en otro momento se llamó (y aún se usa el término) "caracteropatías". En consecuencia, en el dialecto psiquiátrico coloquial, a estos pacientes se les suele llamar "caracteriales" *–en particular a los más disruptivos–*.

Para el manual de diagnóstico psiquiátrico más utilizado internacionalmente *–el "DSM" de la Asociación Psiquiátrica (norte) Americana–* los trastornos de personalidad se definen así⁽³⁾:

1. Un patrón **permanente e inflexible** de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.
2. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
 - cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y los acontecimientos),
 - afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional),
 - actividad interpersonal y
 - control de los impulsos.
3. Dicho patrón se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales, provocando:
 - malestar clínicamente significativo o
 - deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
4. Su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
5. No es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
6. Ni es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

De todos modos, pese a esta última exclusión, existe la categoría "Cambio de la personalidad debido a otra afección médica".

En otro manual, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, también se catalogan como trastorno de personalidad a sus transformaciones negativas desencadenadas por la experiencia de haber padecido otra enfermedad mental o una situación catastrófica⁽⁴⁾.

Prevalencia

Considerados como grupo, se estima que los TP tienen una prevalencia del 13 al 15%.

Clasificación

Se describen 10 entidades, clasificadas en 3 grupos. La tabla 1 los enumera y muestra sus respectivas prevalencias⁽⁵⁾.

Tipos de TP y sus características

A continuación se presenta una descripción de los diversos tipos de trastornos de la personalidad y de sus características, manifiestas en la relación paciente-médico de todas las especialidades.

Tipos de Trastornos de Personalidad y su prevalencia:

(Torgerson, S. *The nature and nurture of personality disorders*. *Scan J Psychol* 2009;50:624-632)

Grupo A:	Prevalencia (%)
Trastorno esquizotípico	1
Trastornos esquizoide	1
Trastorno paranoide de la personalidad	2
Grupo B:	
Trastorno histriónico	2
Trastorno borderline	2 - 3
Trastorno narcisista	0,5 - 1
Trastorno antisocial	1-5
Grupo C:	
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	2
Trastorno evitativo	2,5
Trastorno dependiente	0,5

Nota: Cuando se nombra a los trastornos de personalidad de tipo paranoide y de tipo obsesivo-compulsivo, es necesario agregar la frase adjetiva "de la personalidad"; para diferenciarlos del "Trastorno paranoide" (un nombre que a veces se le daba a la psicosis paranoica) y del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, que es el nombre actual de la clásica Neurosis Obsesiva.

Tabla 1

Grupo A: esquizotipía, esquizoidía y trastorno paranoide de la personalidad

El grupo A está formado por tres figuras clínicas que evocan las dos grandes psicosis delirantes (*esquizofrenia y paranoia*) sin tratarse de personas con francos delirios.

Recordando que la esquizofrenia se caracteriza por delirios absurdos, pensamiento disgregado y tendencia a la retracción autística, veremos que los trastornos esquizotípico y esquizoide remedan la tendencia a un pensamiento insólito y oscuro de dicha psicosis en el caso de la esquizotipía, y el aislamiento y la indiferencia en el caso de la esquizoidía. Sin embargo –y por eso no son psicosis– no presentan las fracturas profundas con la realidad, como las propias de la esquizofrenia.

En cuanto al trastorno paranoide de la personalidad, evoca al delirio paranoico en lo que este tiene de vivencia persecutoria, que se desarrolla con un argumento "creíble" y gran adhesión emocional al mismo.

Trastorno esquizotípico

Sus características son:

- comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar,
- creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales, p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido»,
- en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas,
- experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales que pueden constituir el motivo de consulta con médico general o especialistas,
- pensamiento y lenguaje raros (*vago, metafórico, sobreelaborado*),
- suspicacia,
- afectividad escasa o inapropiada; falta de amigos íntimos,
- ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización,
- no padece una psicosis, trastorno anímico con delirio, o autismo.

Coloquialmente, se los describe como "raros, pero no locos"; estas personas infunden sorpresa, burla o miedo. No está claro el límite entre el trastorno esquizotípico y la esquizofrenia, compartiendo ambas enfermedades una posible determinación genética, ya que la presencia de una de ellas en un individuo aumenta la probabilidad de que un familiar padezca alguna de las dos.

En la consulta médica:

Pueden ser imprecisos u oscuros en la descripción de su motivo de consulta, pueden generar rechazo por su aspecto, por su adhesión a creencias anticientíficas o por la imprecisión del discurso. Sus creencias peculiares muchas veces mediatizan o interfieren su relación con el médico o con el tratamiento.

Trastorno esquizoide de la personalidad

Son personas con un estilo de vida solitario o muy poco integrado; no tienen mayor interés en las relaciones sociales; de pocos amigos, en general sólo socializan con familiares cercanos. Es escasa su empatía y su captación de lo que sienten los otros.

Tienen escaso interés amoroso y sexual. No buscan activamente - ni suelen disfrutar - de actividades placenteras.

Se los percibe "fríos", lo cual promueve rechazo y potencia su aislamiento. En la consulta médica eluden el contacto visual, tienen poca comunicación espontánea, parecen tener ganas de "terminar ya".

Trastorno paranoide de la personalidad

Los define la desconfianza, la hostilidad y la actitud controladora. Sospechan, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar; tienen dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de la pareja, los amigos y los socios.

Sienten que los dichos o hechos de los demás son humillantes o amenazantes, ocultan información por temor a que sea usada contra ellos. Inspiran miedo y rechazo.

En la consulta médica, fácilmente se enojan con el profesional si sienten que no se les resuelve como ellos esperan el motivo de consulta. Muestran gran desconfianza sobre los que se les pregunta o se les indica (exámenes, medicamentos). Suelen estar muy informados sobre aspectos médico-legales; tienen tendencia querellante, amenazan explícita o implícitamente con denuncias o demandas.

Rara vez aceptan tratamiento psiquiátrico o psicológico; se ofenden si se les propone; si consultan al psiquiatra es por síntomas comórbidos, problemas legales, de pareja o en su empleo.

Grupo B: trastornos antisocial, fronterizo, histriónico y narcisista

Tienen como característica común la conducta disruptiva, las explosiones de ira, la intensidad emocional.

Trastorno de personalidad antisocial

Es la clásicamente llamada "Personalidad Psicopática".

Los caracteriza el desprecio y violación de los derechos de los demás. Rechazan las normas, la autoridad, la sinceridad, la empatía auténtica, pero de todos modos, algunos son sutilmente seductores.

A veces cínicos, otras veces pretenden justificar sus actos. Son irritables, agresivos e impulsivos. No se hacen cargo de responsabilidades (*por ejemplo parentales*).

El trastorno suele ser perceptible desde la infancia o adolescencia temprana a través de actos temerarios, desobediencia, crueldad con animales o pares más débiles.

La prevalencia es del 3% entre los varones y de 1% entre las mujeres. Es más frecuente en ambientes marginales.

En la consulta médica, los caracteriza:

- poco interés real en su salud,
- pero en cambio recurren a los servicios para obtener beneficios secundarios (*licencia, exoneración de otras responsabilidades penales o civiles*),
- intentan manipular al médico desde la seducción o desde la amenaza,
- pueden utilizar las demandas con la mera finalidad de obtener beneficio económico,
- en Pediatría, los padres de niños objeto de maltrato suelen ser antisociales.

Trastorno de personalidad fronterizo, límite, "borderline" o de "inestabilidad emocional"

Los tres nombres del trastorno que aluden a su ubicación en la frontera, tienen relación con que históricamente se fue delineando como una figura clínica que se asemejaba por momentos a las neurosis (*angustia, fobias, conversiones*), y en algunos momentos a las psicosis del pensamiento (*delirios persecutorios fugaces*), y a los trastornos anímicos (*episodios depresivos intensos, generalmente breves y reactivos a circunstancias adversas*). La intensidad y variabilidad de las emociones está en el origen del cuarto nombre ("*inestabilidad emocional*") menos usado pero tal vez más sustancial.

Su prevalencia es de 2-3%; afecta más a las mujeres que a los hombres (3 a 1). Clínicamente, se aprecian 4 áreas alteradas:

• Disregulación emocional:

- cambios de humor frecuentes e intensos. Estos pueden ser espontáneos, pero lo más frecuente es que aparezcan cuando las circunstancias son ansiógenas o adversas.
- Ira inapropiada e incontrolable: estas personas, que algunas veces son superficialmente agradables, pueden ante un gesto apenas inamistoso de sus allegados, entrar en crisis de enojo, con gran agresividad verbal, que a veces se convierte en violencia contra objetos, contra sí mismos, o contra otras personas.
- Sentimientos crónicos de vacío.

• Impulsividad:

- Autolesiones (*es común que se corten, queman o golpeen como manera de aliviar su tensión y no con propósito de muerte*).
- Intentos suicidas.
- Conducta imprudente (*accidentes, toma de riesgos*).
- Consumo inadecuado de bebidas alcohólicas, fármacos y drogas.

- **Alteración de la percepción y el razonamiento:**
 - Pensamiento paranoico (*tienden a culpabilizar a otros de los reveses que experimentan*).
 - Episodios disociativos (*amnesia, confusión*) o psicóticos (*delirios persecutorios*) breves, que no dan paso a la instalación de un delirio crónico.
 - Autoimagen y sentido de sí mismo inestable (*su biografía suele estar marcada por múltiples trabajos, carreras iniciadas y abandonadas, rotación por numerosos domicilios o ciudades de residencia*).

• Relaciones interpersonales:

- Relaciones interpersonales intensas e inestables: sus vínculos de amor o amistad suelen atravesar etapas de entusiasmo instantáneo y desmedido, que en algún momento dan paso a gran decepción, enojo o rencor.
- Pensamiento en blanco y negro: aunque inteligentes y creativos, en relación a la vida práctica les cuesta aplicar los necesarios matices.
- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario; esta característica alimenta las conductas de manipulación y acoso que las personas con este trastorno ponen en marcha cuando sienten que pueden perder o han perdido el vínculo con sus allegados: un conflicto o ruptura de pareja, el alejamiento de un hijo por casamiento o emigración, el distanciamiento de un amigo, los precipita en un estado de angustia y obsesión que no raramente desemboca en amenazas, cientos de llamadas o mensajes, agresiones, autolesiones e incluso en gestos suicidas.

El fronterizo es el trastorno de personalidad que más llega a las emergencias (*intentos suicidas, autolesiones, crisis de angustia o agresividad*).

Son muy susceptibles a lo que registren como "abandonos" del médico (*llegada tarde, licencia imprevista, omisión de una receta*).

El médico puede sentir rechazo ante sus actitudes pueriles y caprichosas, ante sus conductas de infligirse daño y ante sus gestos suicidas a menudo inconsecuentes, donde parece transparente el mensaje agresivo o implorante a las personas con quienes el paciente está en conflicto.

Trastorno histriónico de la personalidad

Son dos los rasgos centrales: emotividad generalizada y excesiva, unida a la permanente búsqueda de llamar la atención.

Tienen una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante, una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices. Consideran sus relaciones

más íntimas de lo que son en realidad. Son muy sugestionables. Su conducta suele ser antojadiza; son poco tolerantes a la frustración, la espera y el desengaño.

Su enorme necesidad de llamar la atención se expresa de diferentes maneras:

- no se siente cómodo si no es el "centro" en los grupos donde participa,
- utiliza permanentemente el aspecto físico para ganar admiración,
- sexualmente seductores o provocativos.

Su estilo cognitivo es superficial y frívolo. Evitan el pensamiento reflexivo e introspectivo. Hay negación de sus propias vivencias de ansiedad, depresión u hostilidad.

Intentan manipular al médico a través de:

- seducción,
- ganar la simpatía vía halagos y regalos,
- inspirar compasión cuando la seducción no es viable,
- presentación hiperdramática de sus padecimientos,
- intentar instalarse en situación de pacientes "favoritos".

Trastorno narcisista

Las personas que lo presentan se sienten superiores, necesitan admiración y carecen de empatía y de capacidad de amar. Sus sentimientos de superioridad, a menudo se fundamentan en pequeños logros que ellos sobredimensionan.

De manera poco razonable, esperan recibir un trato especial, o que se cumplan automáticamente sus expectativas.

Buscan deslumbrar a los demás, y creen ser admirados o envidiados; si no obtienen tal admiración, suelen experimentar enojo o amargura.

Por su falta de consideración al prójimo, es frecuente que maltraten psicológicamente a sus allegados, en particular a la pareja, los hijos o los subordinados.

Por su arrogancia y falta de empatía despiertan rechazo, pero su gran autoestima a veces resulta seductora.

En su relación con el personal de salud, dan la impresión de subestimar la capacidad y conocimientos de éste; incluso pueden pretender determinar los pasos que debe dar el clínico, convencidos que de su aficción, saben más que el profesional.

Grupo C: trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo de la personalidad

Los trastornos de este grupo tienen como eje la ansiedad (*es decir, temor inadecuado*): a las interacciones

personales, al desamparo, al desorden. Describamos sus características.

Trastorno evitativo

Es una forma de timidez extrema. Temen –y por lo tanto evitan– las interacciones sociales (*incluso con las personas cercanas*).

Se sienten inadecuados, y esto les provoca vergüenza. Son hipersensibles al rechazo, evitan relacionarse si no están seguros de que van a agradar. Carecen de asertividad, es decir, de la capacidad de expresar en tiempo y forma sus opiniones e intereses, cuando estos coliden con los de otros.

Todo lo anterior los lleva al aislamiento: evitan trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante. Pero a diferencia del esquizoide, que se aísla por falta de interés en relacionarse, estas personas sufren por no poder (no animarse a) tener relaciones humanas más ricas.

El trastorno suele ser apreciable desde la infancia, y tiene importante repercusión en la vida social, laboral y amorosa, desembocando a menudo en estados depresivos.

Con respecto a la Medicina, difieren las consultas por la ansiedad que les causan; si llegan, pueden hasta ocultar síntomas para no "desagradar" al médico.

Trastorno de la personalidad por dependencia

Lo caracteriza la desmedida necesidad de que se ocupen de uno, y de que otros asuman la responsabilidad en las principales cuestiones de su vida; buscan cuidadores para evitar ansiedad. Se sienten incapaces para tomar decisiones propias, necesitando consejo y reafirmación hasta para cuestiones menores. Tienen dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera –no por falta de energía sino por falta de autoconfianza–.

Sienten que no pueden estar solos; tienen gran temor a las separaciones; cuando termina una relación importante, buscan urgentemente otra relación que les proporcione el cuidado y el apoyo que necesitan. En este marco, "en pago" por la compañía, pueden llegar a tolerar abusos de todo tipo.

Comportamiento en las consultas:

- suelen venir acompañados siendo innecesario,
- cuando van a contestar una pregunta miran al acompañante como pidiendo aprobación,
- se descansan en el familiar para la gestión de turnos, obtención de medicamentos, etc.,
- ignoran qué medicamentos están recibiendo porque delegan en otro su administración,

- si el médico pasa al lugar de protector, pueden cansar con su demanda de que se les conduzca más allá de lo que corresponde profesionalmente, y rechazan consultar con un especialista o un suplente por su apego/dependencia con un único profesional.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Aclaremos antes que nada, que no es lo mismo este trastorno que el conocido "TOC" (*Trastorno obsesivo-compulsivo, o Neurosis obsesiva*). En este último, los síntomas centrales son: o bien la presencia de pensamientos e imágenes enormemente desagradables para la persona, que se le imponen (lo asedian – en latín "obsedere") o bien la inescapable coerción de realizar conductas absurdas como conjuro para que no ocurran determinadas catástrofes. Son personas que sufren por su condición, y buscan ayuda.

En cambio, el trastorno O-C de la personalidad, es un modo de ser en relación al cual quien lo presenta suele ser egosintónico, es decir, no le molesta y hasta lo considera como una virtud.

De todos modos, el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad y el TOC, se asocian con bastante frecuencia, y esta es la causa de que históricamente compartan el nombre.

¿Cuáles son sus características? La descripción del DSM no necesita comentarios:

- preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control, **a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia,**
- preocupación por el orden: detalles, normas, listados, organización, horarios, **hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad,**
- perfeccionismo **que interfiere con la finalización de las tareas** (*p. ej.: es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas*),
- dedicación excesiva al trabajo, con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (*no por necesidad económica*),
- reacios a delegar tareas en otros, a no ser que estos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas,
- masoquista servil con superiores y sádico controlador con inferiores,
- avaro en los gastos para él y para los demás; acumula dinero con vistas a catástrofes futuras,
- incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso aquellos sin valor sentimental,
- rigidez (*gran dificultad de adaptarse a cambios*), dogmatismo, obstinación.

En cuanto a su comportamiento en la relación paciente-médico, podemos observar: son muy formales; cansadoramente minuciosos en la descripción y cronología de sus síntomas y tratamientos, son muy obedientes a las indicaciones (*a veces, hasta la insensatez*), pero tienen gran dificultad ante cualquier cambio (*p.ej.: de marca de fármaco*).

Una conducta típica es que terminada la consulta, vuelven con "una preguntita más".

Relación de los TP con otros trastornos análogos

Hay 4 tipos de trastornos psiquiátricos que guardan relación estrecha con algunos de los trastornos de la personalidad. Son el grupo de los llamados "*Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta*"; el de los "*Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*"; el de las *parafilias y la oligofrenia*.

Trastorno explosivo intermitente

No está clasificado como "*trastorno de la personalidad*" porque no se manifiesta permanentemente. Consiste en la aparición esporádica de crisis violentas ante estímulos menores, en personas que fuera de aquellas tienen un funcionamiento normal. Pero las explosiones de ira generan consecuencias a veces persistentes en quien las tiene y en las víctimas de aquellas, en forma relativamente similar a lo que ocurre en los trastornos de la personalidad con componente agresiva.

Otros dos trastornos de este grupo que conectan con los TP, son la **cleptomanía** y la **piromanía**, que funcionan como personalidades antisociales, sin serlo en sentido estricto.

Dos trastornos del campo de la psiquiatría pediátrica (*el trastorno opositor-desafiante, y los trastornos de conducta de inicio temprano*) son manifestaciones de alteraciones del carácter, en un momento de la vida en que la personalidad no se ha consolidado como para que el individuo sea "dueño" de su carácter y pueda someterlo a valores y normas. Ambos trastornos, pero especialmente el segundo, pueden ser el preámbulo de un trastorno antisocial en la adultez.

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

En cuanto al grupo de los trastornos relacionados con sustancias y las adicciones (a sustancias, al juego de apuestas, a las pantallas) debemos decir que hay una retroalimentación recíproca.

Las personas que sin tener un claro trastorno previo de la personalidad, ingresan en el mundo del consumo

o las conductas adictivas, sufren una transformación regresiva de su personalidad, al punto que algunos terminan con conductas antisociales (mentiras, robos) para mantener su adicción.

Por otra parte, las personas con varios de los trastornos de personalidad, en particular fronterizo, antisocial, evitativo y esquizotípico, en la búsqueda de placer o de alivio a sus tensiones internas, están más propensos a desarrollar consumos problemáticos o auténticas adicciones.

Parafilias

Del grupo de las parafilias, una de ellas, la paidofilia, tiene una expresión en común con el TP antisocial, en cuanto avasallamiento de los derechos del niño sometido.

Oligofrenia

Las personas con discapacidad intelectual suelen tener formas de sentir y de comportarse con componentes de labilidad emocional, puerilidad e impulsividad. Es que la discapacidad intelectual no es una afectación pura del desarrollo de las herramientas cognitivas, sino una alteración global del desarrollo de la personalidad.

TP en pediatría

Por último, en relación a la Pediatría, el especialista puede sospechar, a través de la situación del paciente, la presencia de trastornos de personalidad en sus padres o cuidadores. Podemos esquematizar las posibilidades:

- Niños golpeados:
 - padres antisociales, paranoides, narcisistas o con trastorno explosivo intermitente,
 - con menos frecuencia: obsesivos, borderline.
- Niños con alteraciones emocionales sin maltrato físico:
 - padres esquizoides, paranoides, antisociales, narcisistas, borderline, histriónicos.
- Niños con inadecuada atención por parte de sus padres a sus cuidados de salud:
 - padres antisociales, esquizoides o esquizotípicos (estos últimos, por afinidad con ideas seudonaturistas o antimédicas).

Terapéutica de los TP

No hay ningún fármaco aprobado para el tratamiento de ningún trastorno de la personalidad. Sin embargo, los colegas no psiquiatras se sorprenderán al encontrar pacientes polimedcados, situación frecuente (*casi exclusivamente*) en los casos de trastorno fronterizo. Verán que al cabo de su "trayectoria" de consultas terminan

sumándose un tranquilizante, un hipnótico, un antidepresivo, un antipsicótico y un regulador del humor.

Esta llamativa polifarmacia (*que muy pocos pacientes psiquiátricos con diagnósticos diferentes reciben, con la sola excepción de algunos casos de trastorno bipolar*), responde a la característica que ya expresamos sobre este trastorno: ante las contingencias de la vida, aparecen situaciones (*en general fugaces, pero a menudo dramáticas*) de ansiedad, insomnio, depresión, delirios, auto o hetero agresión. En cada episodio se tiende a añadir un fármaco de la clase correspondiente, y luego, cuando el paciente mejora *-tal vez más por evolución espontánea que por el fármaco añadido-* se hace difícil tomar la decisión de retirarlo. Cuando el seguimiento es personalizado, y se ha podido cultivar una buena relación entre el paciente y su psiquiatra, se logra en cambio simplificar al máximo la receta.

El recurso fundamental es la **psicoterapia**. Pero ninguna terapia estándar funciona con personas que no tienen conciencia de padecer un trastorno, y por lo tanto no se plantean un objetivo de cambio. Esa es la situación de casi todos los trastornos de la personalidad; como excepción puede citarse el trastorno evitativo y algunos casos de trastorno por dependencia.

En cambio, los pacientes con trastorno fronterizo, aunque muchas veces no perciben la anomalía básica de su padecimiento, sufren las consecuencias y solicitan ayuda cuando están "descompensados"; ese puede ser el momento de introducir la psicoterapia en el plan de tratamiento. Para estos pacientes, en los cuales los formatos de terapia más tradicionales (*psicoanálisis, conductismo*) no mostraban buenos resultados, ambas escuelas desarrollaron técnicas especiales que en no pocos casos mejoran la evolución. En particular, un porcentaje apreciable de los pacientes con trastorno fronterizo, tras una adolescencia y juventud tormentosas, suelen mejorar a partir de la cuarta década de vida.

Sobre los demás trastornos, se carece de datos evolutivos, aunque la impresión de los psiquiatras es que librados a su evolución espontánea *-que es la situación más frecuente-* las características acompañan a los pacientes sin mayores cambios, a lo largo de toda su vida⁽⁵⁾.

Actitud del profesional frente a las personas con TP

Se denomina "**contratransferencia**" a los movimientos emocionales, intelectuales y conductuales, no siempre conscientes ni voluntarios, que ocurren en el técnico que atiende a personas cuyo aspecto, discurso o conducta son particularmente impactantes.

Hemos hablado de individuos con discurso oscuro, o de otros que desconfían de la actitud benéfica del médico, o de las que en la Emergencia distraen atención por urgencias somáticas con sus crisis emocionales, o que llegan al consultorio en franca política de manipulación. Se comprende que tales situaciones generen una contratransferencia negativa; se comprende también que la contratransferencia sea "*positiva*" en relación a personas tímidas o timoratas, que generan un movimiento de ayuda *-pero que también puede ser de impaciencia-*.

La contratransferencia existe siempre; lo recomendable es detectarla, sabiendo que cada uno de nosotros puede ser más "*sensible*" a un tipo de paciente con TP que a otro, según nuestra propia estructura de personalidad, y nuestra trayectoria de vida.

Si bien es muy difícil en el caso de los pacientes con TP antisocial, en los otros casos suele ser suficiente percibir nuestro proceso interior y entenderlo, para poder gobernarlo y no caer en lo que se llama "*contraactuación*". Esta es una respuesta verbal o conductual inadecuada, que se activa como un automatismo, por encima de lo que razón nos hubiera aconsejado.

Hay que recordar que estas personas tienen una anomalía, un desarrollo patológico de su personalidad del cual están, en algún sentido, presos; su conducta molesta, ya sea amenazante, distante, arrogante, teatral, o cualquiera de las que hemos descrito, es el fruto de un déficit: bases temperamentales o caracteriales inadecuadas, que el desarrollo de la personalidad no ha podido encausar. Un instante para detectar lo que el paciente está provocando en nosotros, nos puede exonerar de responder con ira o miedo a la amenaza, con distracción al aburrimiento, o con fascinación o fastidio al despliegue histriónico. Ese es al menos un objetivo al cual aspirar.

No se incluye en este artículo el análisis de las situaciones donde la relación del médico con sus pacientes (*y con sus compañeros del equipo de salud*) se ve alterada por causa de un trastorno de personalidad del profesional.

Interconsulta o derivación al área de salud mental

Detectada o sospechada la presencia de un TP en un paciente dado, el médico intentará ponerlo en contacto con los profesionales correspondientes. Si a veces resulta difícil persuadir de que así lo hagan, con pacientes que son claramente conscientes de su propio padecimiento, más aún lo es con personas que pocas veces tienen una visión clara de en qué consiste y cómo los

perjudica su anomalía de personalidad. La propuesta rápida y frontal de la consulta psiquiátrica, puede no ser la mejor estrategia (*a menos de casos que exijan una intervención de urgencia*).

La chance de que el paciente acepte tomar contacto con el área de Salud Mental en general requiere que el paciente haya generado un vínculo de fuerte confianza en el profesional que hará la propuesta. Por otra parte, suele ser poco efectivo encarar dicha propuesta de consulta desde el ángulo de "*usted tiene un modo de ser anómalo*"; suelen desdeñar o irritarse ante el comentario.

En cambio, en general es mejor apelar al concepto (*real*) de que el paciente atraviesa una situación especial (*de salud física, de relación de pareja, de estado de ánimo fluctuante*) en la cual la ayuda de un interlocutor neutral puede abreviar o evitar el exceso de sufrimiento.

Vale el camino de la consulta con psiquiatra, pero también con psicólogo clínico experimentado, que llegado el caso, le planteará al paciente la interconsulta con psiquiatra si se necesita.

A modo de conclusión

Los trastornos de la personalidad son entidades clínicas frecuentes y diversas, y quienes los padecen generalmente no son conscientes de que su forma de ser es patológica. Su trastorno también se manifiesta en la consulta, especialmente en su relación con el personal de salud.

La dificultad en el trato con estas personas deriva no sólo de cómo son ellas, sino de la respuesta emocional que nos suscitan y cómo la procesamos. Tenerlo presente, ayudaría a manejar mejor las situaciones clínicas e interpersonales que se generan.

Recibido: 29/03/2017
Aprobado: 22/05/2017

Bibliografía

1. Ey H, Bernard J P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. 8va ed. 1978. Toray-Masson. Barcelona.
2. Sicco A. Personalidades psicopáticas. 1948. El Ateneo. Buenos Aires.
3. American Psychiatric Association. DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 5ta ed. 2014. Panamericana. Buenos Aires.
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento -CIE-10.2000. Panamericana. Madrid.
5. Torgerson, S. 2009. The nature and nurture of personality disorders. *Scan J Psychol* 50:624-632.
6. Millon Th. Trastornos de la personalidad. 1998. Masson. Barcelona.