

Guía de ayuda a pacientes y familiares

LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS

Dr. José Ignacio Pastrana Jiménez



FUNDACIÓN JUAN JOSÉ
LÓPEZ-IBOR



FundaciónArpeggio



LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS

Dr. José Ignacio Pastrana Jiménez

- FUNDACIÓN JUAN JOSÉ LÓPEZ-IBOR (www.fundacionlopezibor.es).

Creada en 2005 por el doctor en psiquiatría Prof. Juan José López-Ibor Aliño, tiene por objeto la asistencia, docencia e investigación en el campo de la psiquiatría, la salud mental, la neurociencia y otros campos relacionados de las ciencias de la salud. Desarrolla sus actividades tanto en territorio nacional como en el ámbito internacional. La Fundación integra a prestigiosos expertos nacionales e internacionales en el campo de las enfermedades mentales.

- FUNDACIÓN ARPEGIO (www.fundacionarpegio.es).

En nuestra sociedad existen cuestiones que todos consideramos que han de ser resueltas antes de que produzcan una seria fractura social, como son la violencia de género y escolar, la inmigración y su integración normalizada, las discapacidades, las dependencias, la exclusión, el trabajo para los jóvenes y para las personas en edades más avanzadas; las ayudas y los servicios de ayuda a las familias; la formación profesional; la vivienda para los jóvenes, el desarrollo cultural y tecnológico, la protección de la salud, la defensa de los consumidores y del medio ambiente, entre otros.

La Comunidad de Madrid puso en marcha en 2007 la Fundación Arpegio como un instrumento ágil, flexible y capaz para llegar a tiempo allí donde haya que satisfacer un interés general de carácter social o cultural, para ayudar a las personas y colectivos que lo precisan así como colaborar con instituciones que cumplen fines encomiables.

La personalidad	3
Personalidad, temperamento y carácter	3
Modelos clasificatorios de la personalidad	4
Trastornos de la personalidad	5
<i>Grupo A: Excéntricos</i>	7
<i>Grupo B: Dramático – Emotivos</i>	9
<i>Grupo C: Ansiosos</i>	11
Tratamientos	12
<i>Medicación</i>	12
<i>Psicoterapias</i>	14
Cómo conseguir ayuda	14
Dónde consultar más	15

La personalidad

El estudio de la personalidad y sus alteraciones es un área de gran interés en la sociedad y en la Psiquiatría actual. Existen distintas teorías sobre la personalidad, su estructura y sus trastornos, que comentaremos a continuación.

Si bien las teorías modernas se basan en el método científico, esto no siempre ha sido así. Clásicamente se comentaban observaciones clínicas e hipótesis de inspiración personal. En las últimas décadas, gracias al desarrollo de las neurociencias, estos trastornos empiezan a ser considerados como cualquier otra enfermedad médica. Así lo recogen la clasificación de la OMS para los trastornos mentales y del comportamiento en su 10ª edición (CIE 10), y la clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (DSM-IV TR actualmente).

Personalidad, temperamento y carácter

La palabra personalidad deriva de “persona”. Esta palabra se utilizaba en la Grecia Clásica para referirse a la máscara utilizada por los actores de teatro durante las representaciones. Con el tiempo este término pasó a describir las características aparentes de cada individuo, hasta llegar al concepto que define la Real Academia Española de la Lengua como “la diferencia individual que constituye persona y la distingue de otra”.



Carácter y temperamento son palabras que se han venido utilizando en el campo de la personalidad en ocasiones como si fueran conceptos intercambiables. Sin embargo, existen diferencias importantes entre sí. El término carácter también procede del griego, y designa la señal o marca que se graba en alguna cosa, siendo utilizado para referirse a las cualidades psíquicas que dan individualidad al ser humano.

El temperamento refleja todo lo que tiene que ver con lo más constitucional, es decir, la bioquímica, la endocrinología y la estructura neurológica que subyace a la tendencia a responder a la estimulación en determinadas áreas. Las características del temperamento son simples y primarias, están genéticamente determinadas, aunque es posible que no se estabilicen hasta pasados los primeros años de vida.

Modelos clasificatorios de la personalidad

Brevemente comentamos los modelos principales de abordaje de la personalidad y sus trastornos caracterizados por un enfoque biológico. El estudio de la personalidad se ha guiado fundamentalmente por dos modelos principales: el modelo categorial y el modelo dimensional.

Los modelos categoriales definen grupos discontinuos de personalidad. Hipócrates distinguía cuatro tipos de temperamentos en función de la predominancia de los diferentes humores del cuerpo: flemático, colérico, sanguíneo y melancólico. Esta clasificación persistió durante siglos, hasta la inserción del método científico en Medicina.

En 1921 Krestchmer introduce una caracterización biotipológica basándose en el aspecto externo de los individuos y sus conductas. Esta teoría establece tres tipos fundamentales: leptosomático, pícnico y atlético. El primero se caracteriza por una estructura longilínea y delgada, predomina el consumo de energía sobre el almacenamiento; es propenso a la interiorización e inestabilidad de los afectos. El hábito pícnico, de características opuestas, se caracteriza por el desarrollo de los ejes horizontales, es decir, corto y obeso, predominando el almacenamiento de energía; asocian cambios cíclicos del humor. Los individuos atléticos tienen una base anímica más estable en sus respuestas.

Otro modelo típicamente categorial es el adoptado por las clasificaciones de la American Psychiatric Association (DSM) y de la OMS (CIE) en sus distintas versiones. En ellas se clasifican como trastornos discontinuos las variaciones anormales de la personalidad, aunque se admite la existencia de formas mixtas con características de distintos grupos. En general, los modelos caracteriales se utilizan desde la perspectiva clínica psiquiátrica, obligada a establecer un diagnóstico claro y bien delimitado del paciente.

Los modelos dimensionales realizaron sus principales aportaciones al estudio de la personalidad desde la segunda mitad del siglo XX. El rasgo de la personalidad es un factor perdurable y estable, presente en todas las personas en distinta cantidad o grado. Se trata de auténticas dimensiones a lo largo de las que se pueden ordenar las personas. El desarrollo de este modelo ha prosperado gracias al desarrollo de modelos matemáticos estadísticos y la moderna computación, agrupando diferentes cualidades del carácter individual alrededor de unos factores. La personalidad se describe en estos modelos como la asociación de rasgos.

Los modelos dimensionales suponen que todos tenemos una misma estructura de la personalidad, distinguiéndonos en la combinación de los rasgos. Actualmente, el modelo dimensional es el que predomina en el ámbito de la investigación de la personalidad. Estos rasgos se utilizan como endofenotipos genéticamente heredables y guían a la investigación neurobiológica, permitiendo de forma progresiva hallazgos sobre el funcionamiento y procesamiento cerebral en los trastornos de personalidad.

A modo de resumen, se puede decir que la personalidad es esa forma de ser, más o menos estable, que nos permite relacionarnos con nosotros mismos, con los demás y con el entorno. Por esto mismo, se considera que la personalidad es el resultado de las interacciones entre nuestra biología, nuestra mente y nuestro entorno. Cuando esta forma de ser, de relacionarnos, genera sufrimiento en nosotros mismos, en los demás o en el entorno, aparece lo que llamamos trastorno de la personalidad.

Trastornos de la personalidad

Si bien existen distintas formas de estructurar y abordar los trastornos de la personalidad, nosotros vamos a optar aquí por seguir la clasificación de la DSM-IV TR. Pese a que se encuentra próxima a su revisión y tiene ciertas deficiencias, la seleccionamos por su capacidad para generar un único lenguaje científico y permitir dar estructura a algo tan mutable como las alteraciones de la personalidad. Uno de sus principales aciertos es la creación de grupos clasificatorios de trastornos de la personalidad, de forma que distintos trastornos que comparten ciertos síntomas quedan emparentados.

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de la personalidad es necesario que exista una serie de condiciones. La primera es que se presente una forma estable de comportamiento caracterizado por maneras de percibir e interpretar la realidad, afectividad y emociones, relaciones interpersonales y manejo de los impulsos apartados de lo que se espera culturalmente de la persona. Es decir, la conducta no es temporal, ni es adaptativa a una situación vital individual ni se explica por la pertenencia a un colectivo cultural distinto del mayoritario en el entorno. Todos los trastornos de la personalidad han sido diagnosticados con cifras similares en todas las culturas del mundo.

Como se ha mencionado previamente, esta forma de ser, este patrón de conducta, genera malestar personal importante clínicamente y objetivable por

el deterioro del funcionamiento social o laboral. Los conflictos y dificultades en el manejo de la realidad crean sufrimiento interno en uno mismo y con frecuencia en el entorno.

El patrón de conducta de los trastornos de personalidad no se restringe únicamente a un área de funcionamiento del individuo o a una relación interpersonal concreta. Tampoco se refiere a una forma de ser variable en función del tiempo, de la fatiga o del estrés. Más bien se trata de un patrón rígido y que afecta a una gama amplia de situaciones personales y sociales.



El inicio de la conducta y del pensamiento típico de los trastornos de la personalidad tiene lugar al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. Si bien en edades tempranas ya existen patrones de conducta estables y disfuncionales, se establece por consenso no realizar el diagnóstico hasta que no avance la edad salvo en casos excepcionales.

Antes de realizar un diagnóstico de trastorno de la personalidad hay que descartar cualquier otra enfermedad que afecte a la personalidad, a la expresión de la persona en contacto con los demás.

En concreto, en función del grupo de trastorno de la personalidad en que nos situemos tendremos que dirigir nuestra diferenciación hacia los trastornos psicóticos, con fallos en la verificación de la realidad, hacia los trastornos afectivos, marcados por la inestabilidad y oscilaciones, o hacia los trastornos de ansiedad. Asimismo es vital descartar que los síntomas presentes se deban a enfermedades médicas o al consumo de sustancias. En ocasiones esto es complejo, dado que con frecuencia se produce en estas patologías un abuso de tóxicos que aumenta y matiza la clínica.

La frecuencia con la que se presentan estas enfermedades es grande. Distintos estudios consideran que entre un 7% y un 21% de la población presenta alguna de estas alteraciones. Las cifras son muy variables y los estudios muy difíciles de comparar pues, según el medio, determinadas conductas están más adaptadas y generan menor alarma social y consecuentemente menor malestar. Las cifras más reales parecen situarse en torno al 15%. Un estudio muy reciente sobre población norteamericana situaba la prevalencia en el 1,5% para los excéntricos, el 6% para los dramático-emotivos y el 9% para los ansiosos.

Más allá de su presencia estadística, los trastornos de la personalidad acarrearán mayor complejidad cuando coinciden en el diagnóstico con otras patologías psíquicas o médicas. En estos casos se suele producir un mayor tiempo de discapacidad y una menor respuesta a los tratamientos utilizados.

Grupo A: Excéntricos

El trastorno de personalidad paranoide se caracteriza por un patrón de conducta estable caracterizado por la desconfianza y la suspicacia, de forma que se interpreta maliciosamente la intención de los actos de los demás. La sospecha de ir a ser engañados se mantiene constante pese a la ausencia de datos que lo justifiquen, así evitan dar datos a los demás que consideran que serán utilizados en su contra. La percepción continua de ataques contra su persona o a su reputación generan rencores mantenidos de forma prolongada en el tiempo. La desconfianza sobre la lealtad o fidelidad de amigos y parejas ocasiona graves dificultades de convivencia.

El diagnóstico diferencial se debe realizar sobre la esquizofrenia u otra patología de la verificación de la realidad por una enfermedad o por el consumo de sustancias. El tratamiento es muy complicado de realizar, dado que muy raramente el paciente va a solicitar ayuda y con mayor frecuencia desconfiará de la solución propuesta. Farmacológicamente se recomendaba la utilización de neurolépticos de baja potencia, como pimozide, para evitar los efectos secundarios. Más modernamente, otros neurolépticos de “segunda generación” con escasos efectos secundarios también pueden facilitar la psicoterapia. Ésta debe basarse en un mejor contacto y confrontación progresiva de la realidad, admitiendo la existencia de la desconfianza como eje de las dificultades presentadas.

Las dificultades graves para poder tener relaciones afectivas con otras personas y responderlas de forma emocionalmente adecuada es la característica principal del trastorno esquizoide de la personalidad. De esta forma no se suele desear ni disfrutar de las relaciones personales, ni siquiera de la familia, por lo que se tiende a elegir actividades solitarias. No se disfruta de prácticamente ningún tipo de actividad, ni amistad ni relaciones sexuales. Todo esto se enmarca en un clima de frialdad emocional en el que los halagos o las críticas de los demás son irrelevantes.

Este trastorno debe distinguirse de otros trastornos de la personalidad, en especial del evitativo. En éste el rechazo del contacto se produce por el miedo a ser rechazado, mientras que en el esquizoide simplemente no se desea tener contacto, sin más motivación. Asimismo debe ser diferenciado del trastorno

esquizotípico, que veremos a continuación. Al igual que éste, debe ser distinguido asimismo como patología del espectro esquizofrénico, sin ser esquizofrenia.

El trastorno esquizotípico de la personalidad agrupa una serie de alteraciones en el comportamiento, pensamiento y percepción. Entre estas alteraciones destacan las ideas de referencia, sin llegar a tener carácter delirante, estableciendo una tendencia al pensamiento mágico que afecta a la conducta y que no se explica por normas subculturales como la superstición. Se producen problemas sociales e interpersonales junto a una reducción de las relaciones sociales de comienzo al principio de la vida adulta. El aspecto en general es extraño, el pensamiento tiende a la suspicacia o a lo paranoide, y la expresión del lenguaje se hace rara, así como las experiencias perceptivas. El resultado final es una falta de amigos y de confianza, salvo en familiares de primer grado, generando una elevada ansiedad social relacionada fundamentalmente con los miedos paranoides más que con juicios negativos autocríticos sobre sí mismo.



En el diagnóstico diferencial, además de otros trastornos de la personalidad como el evitativo y el esquizoide, previamente comentado, es importante descartar la fobia social. En ésta existe una dificultad a la realización de actividades en público, pero enmarcado en el miedo a la realización inadecuada y la subsiguiente crítica, pero no existen atipias perceptivas ni de procesamiento de la información, simplemente sobrevaloración de la importancia de la ejecución de las tareas de determinada forma. La diferenciación más importante es con la esquizofrenia, pues situaciones clínicas muy similares fueron calificadas por Bleuler como esquizofrenia latente y es muy frecuente encontrarlo en familiares de pacientes afectos de esquizofrenia.

Como último comentario sobre este grupo de trastornos, es importante señalar que muchos autores modernos los consideran como formas menores de otras patologías, como la paranoia y la esquizofrenia. Por ello es posible que en futuras clasificaciones no conformen un grupo diagnóstico propio e independiente, sino que pasen a ser un subgrupo diagnóstico de estas enfermedades.

Grupo B: Dramático – Emotivos

Una de las mayores controversias sobre los trastornos de la personalidad consiste en la aceptación como enfermedad del trastorno antisocial de la personalidad. Si bien es una de las formas más antiguamente estudiadas (S. XVIII Pinel y Rush), Prichard lo calificó como locura moral, la falta de repercusión afectiva de sus actuaciones y la sobrevaloración de las conductas delictivas hacen que esta categoría se halle sobredimensionada en los contextos forenses, facilitando la creencia y tendencia jurisprudencial a no considerar los trastornos de la personalidad como patologías de pleno derecho a la hora de aplicar atenuantes de las penas. La diferencia principal debe hacerse con conductas similares que se pueden realizar en el seno de un trastorno bipolar, principalmente en fase maníaca, o en la esquizofrenia.

En resumen se trata de personas que desprecian y violan con frecuencia los derechos de los demás desde los 15 años de edad, con lo que fracasan en adaptarse a las normas sociales, son deshonestos para conseguir un beneficio personal o simplemente por placer. Su actuación se suele enmarcar en la impulsividad, irritabilidad y agresividad con gran dificultad para planificar el futuro con despreocupación de su seguridad o de la de los demás. La irresponsabilidad y la falta de remordimientos les hace justificar su conducta inadaptada socialmente.

El trastorno límite de la personalidad es el diagnóstico más estudiado desde todos los aspectos en el campo de la personalidad. Inicialmente se trató de asimilarlo al grupo de los trastornos afectivos (Akiskal) por su inestabilidad, posteriormente trató de asimilarse al trastorno de estrés posttraumático (Grossman, Yehuda) por su frecuente relación con el trauma infantil y la impulsividad cognoscitiva y conductual. Sin embargo, estas investigaciones han ayudado a configurar una patología biológicamente independiente de cualquier otro grupo como destacan las pruebas endocrinológicas (en España López-Ibor, Carrasco y Pastrana) y neurofuncionales.

El estado actual de la ciencia permite considerar la existencia de alteraciones de la función cerebral encargadas de la asignación de significado emocional a los recuerdos y a los hechos del presente, de forma que se responde con frecuencia de forma excesiva ante estímulos menores (similar al estrés posttraumático) y con tendencia a la inestabilidad emocional, que repercute en una peor asignación de emociones (similar al trastorno bipolar). Esta impulsividad e inestabilidad emocional repercute directamente en impulsividad e inestabilidad conductual. En función de la predominancia de la impulsividad conductual o de la inestabilidad emocional sobre los síntomas clínicos, la OMS en su clasificación de enfermedades CIE-10 distingue un tipo de trastorno límite impulsivo, otro

inestable emocionalmente y otro mixto. Si bien el sentido común avala estas distinciones, la investigación biológica (basada generalmente en criterios DSM) no parece encontrar alteraciones que sustenten esta diferenciación.

La clínica queda caracterizada por un patrón de inestabilidad en las relaciones consigo mismo (autoimagen inestable), con los demás en las relaciones interpersonales, en especial de pareja (esfuerzos frenéticos para evitar ser abandonado, alterna entre la idealización y la devaluación) y con la sociedad, en especial en los trabajos (frecuentes cambios de trabajo o de la forma de hacerlo).



Además, la impulsividad, demostrable biológicamente, se evidencia en los actos o amenazas de suicidio o de automutilación o potencialmente lesivos como gastos excesivos, relaciones sexuales intempestuosas, uso de sustancias tóxicas, conducción temeraria o atracones de comida. La hiperreactividad afectiva cursa con episodios de horas y a veces días de duración, con dificultad para manejar la ira y la confianza en los demás, dejando un poso de sentimiento crónico de vacío que da un fondo de color al cuadro clínico.

El trastorno histriónico de la personalidad es el paradigma de la emotividad y la búsqueda de atención. Constituye un diagnóstico que se tiende a evitar por la carga peyorativa que arrastra, pese a que parece relacionarse genéticamente con el trastorno por somatización.

Algunos autores sostienen que se trata de la variante femenina de un mismo trastorno que en varones conduciría al trastorno antisocial o al narcisista.

Clínicamente se caracteriza por la búsqueda de la atención de los demás, por lo que tiende a provocar o seducir sexualmente a los demás, el aspecto físico se utiliza para llamar la atención. Es constante que considere sus relaciones como más íntimas de lo que en realidad son. La comunicación verbal es muy subjetiva y le cuesta establecer matices en las opiniones. Las emociones, expresadas de forma dramática y teatral, suelen ser superficiales y volubles, por lo que es muy sugestionable.

La relación con los demás carece de empatía, no se generan sentimientos hacia los demás como personas, pues son considerados como instrumentos para su fin. Es muy frecuente que se genere un campo de envidias que dirige hacia los demás o que cree que los demás dirigen hacia él.

Grupo C: Ansiosos

El trastorno de la personalidad por evitación se caracteriza por un patrón de conducta de inhibición social debido a unos marcados sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación. Por ello se evita relaciones íntimas y actividades o trabajos que puedan implicar un contacto interpersonal por el miedo a la crítica y la desaprobación, sólo se implica con la gente si está convencido de que va a gustar. Los sentimientos de inferioridad le hacen verse socialmente incapaz y sin interés en el terreno personal.

Como se mencionó anteriormente, el trastorno evitativo se debe distinguir del esquizoide basándose en la falta del deseo de mantener relaciones del esquizoide y en la inseguridad del evitativo. Para distinguirlo del trastorno dependiente de la personalidad es importante fijarse en que la inseguridad del dependiente se soluciona cuando es acompañado en la ejecución de la tarea o en la toma de decisión, mientras que en el evitativo no. Asimismo es importante distinguirlo de la fobia social, aunque para algunos autores se trata de dos grados distintos de la misma enfermedad.



El trastorno de la personalidad por dependencia necesita sentir que los demás se ocupan de uno, desarrollando conductas de sumisión, con miedo a la separación y soledad. Es incapaz de tomar decisiones cotidianas si no es intensamente asesorado por los demás, que deben asumir sus responsabilidades y de cuyas opiniones no se puede discrepar. En ocasiones, el deseo de mantener la “protección” de los demás lleva a realizar tareas desagradables que nadie más quiere realizar. Por esa inseguridad son incapaces de iniciar o crear proyectos, de cuidar de sí mismos, lo que genera un miedo intenso a ser abandonado y si eso sucede buscan urgentemente otra relación que aporte el cuidado y apoyo necesarios.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es para algunos la forma menor del trastorno obsesivo-compulsivo. Esta personalidad conlleva una preocupación patológica por el orden, el perfeccionismo y el control, impidiendo la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Los detalles, normas, listas y horarios hacen perder de vista el objetivo principal. Las tareas no se terminan en plazos habituales, por lo que requiere una dedicación al trabajo y a la productividad que excluye actividades de ocio y tiempo libre, no puede delegar. Aparenta avaricia, tacañería, debido a la restricción de gastos económicos para sí y para los demás, incluso acumula objetos que han perdido la utilidad y carecen de valor sentimental.

Existe un puente entre este trastorno y el trastorno obsesivo-compulsivo del eje I, así como hacia la depresión. Desde otros enfoques psicopatológicos, como el psicoanalítico, guarda grandes similitudes con la personalidad anancástica, definidos por Freud por los rasgos de orden, parsimonia y obstinación. Las características obsesivo-compulsivas de personalidad se asocian con frecuencia, tal como demuestran múltiples estudios, a la enfermedad cardiovascular, constituyendo un factor de riesgo para ello.

Tratamientos

Este es uno de los terrenos más complejos en la Psiquiatría, debido a la falta de una fisiopatología conocida, de un mecanismo fisiológico de enfermar, que permitiera un tratamiento etiológico, dirigido a la causa, igual que en la epilepsia se utilizan antiepilépticos o en las infecciones bacterianas antibióticos. Por ello, nos centramos en la utilización sintomática de fármacos de distintos grupos en función de los síntomas principales de cada momento. De forma conjunta e inseparable se debieran utilizar psicoterapias asociadas de forma que se facilite la recuperación funcional de la persona enferma, del mismo modo que se realiza la rehabilitación física en un lesionado, reeducando al cuerpo en su función para poder permitir un funcionamiento adecuado.

Medicación

Todos los fármacos deben ser recetados y controlados por médicos, advirtiendo de sus contraindicaciones y posibles efectos secundarios. Los principales fármacos utilizados son los antidepresivos, seguidos de los estabilizadores, los neurolépticos y las benzodiazepinas.

Los antidepresivos más utilizados son los serotoninérgicos ISRS (fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram o escitalopram) sin excluir otros.

La función principal es la sintomatología depresiva, pero también muestran utilidad sobre niveles basales de ansiedad elevados y sobre la inestabilidad afectiva. De forma extraña, pese a no generar acostumbamiento, en ocasiones parece que lo causaran, sobre todo en los casos con más ansiedad, de forma que con el tiempo los antidepresivos pierden efecto en algunos casos y necesitan ser renovados o ajustados en dosis.

Los estabilizadores afectivos corresponden principalmente a los antiepilépticos modernos, con amplia tolerancia y bajo perfil de efectos secundarios que tienen efecto sobre la ansiedad y la estabilidad afectiva, como ácido valproico, gabapentina,



lamotrigina, oxcarbazepina, pregabalina y topiramato. Su utilización ha de ser cuidadosa, en especial en los inicios (para evitar efectos no deseados por una subida de dosis excesivamente rápida) y en la retirada (para evitar actividad epileptógena). Tienen la ventaja sobre las benzodiazepinas de que no generan dependencia ni son susceptibles de abuso o uso recreativo. El carbonato de litio, pese al cuidado que hay que tener en su utilización, en ocasiones también se incluye en los tratamientos de este grupo. La intención de estos fármacos es frenar la inestabilidad, la ansiedad y la impulsividad.

Los neurolépticos se utilizan en los trastornos de la personalidad con la función de frenar impulsos excesivamente dañinos y la ideación potencialmente peligrosa para el paciente o para los demás. Se tiende a utilizar los fármacos de segunda generación, como clozapina, olanzapina, quetiapina, sertindol, ziprasidona, aripiprazol, risperidona, paliperidona y amisulpirida. Las dosis utilizadas suelen ser menores de lo recomendado para los síntomas psicóticos, de forma que además son menos frecuentes los efectos secundarios y se facilita la adherencia al tratamiento.

Las benzodiazepinas son unos fármacos fenomenales para el control de la ansiedad, pero comportan efectos secundarios, el más frecuente la sedación, y el riesgo de acostumbamiento y adicción. Se las clasifica en función de la duración del efecto y de la vida media de la sustancia. Las más potentes, suelen tener un efecto corto y por ello ser más adictivas. Se recomienda que su utilización sea puntual y limitada en el tiempo, pero con frecuencia eso resulta imposible si se quiere mantener un control de la ansiedad.

Las psicoterapias deben ser llevadas a cabo por personal experto y formado adecuadamente en ello. A grandes rasgos, podemos dividir las de orientación psicoanalítica y las de estructura cognitiva. El objetivo de todas las terapias es acercar al paciente al mejor manejo de su pensamiento de forma que le permita tomar contacto con la realidad sin las distorsiones que le ocasionan el sufrimiento y participar de la sociedad de forma más satisfactoria.

Las terapias psicoanalíticas, gestálticas o humanistas suelen tener duraciones prolongadas, incluso de años de duración, dado que no actúan sobre síntomas conductuales diana o sobre estructuras específicas de pensamiento. El objetivo de estas terapias se centra más en la armonía global del paciente y de la relación de sus distintas partes sin conflictos evidentes que interfieran en su funcionamiento saludable. De todas ellas, ha conseguido demostrar evidencia científica de efectividad la psicoterapia dinámica breve, que desde una perspectiva psicoanalítica escoge conflictos diana de importancia capital y un proceso a cumplir en un plazo.

Las terapias cognitivo-conductuales suelen tener una duración más breve. Operativizan la conducta y el pensamiento, de forma que permiten actuar sobre ello de forma aislada y efectiva. Esta corrección de los mecanismos de pensamiento y de procesamiento de la información, hacen que el conjunto se vuelva más armonioso y menos chirriante, de forma que se consigue un funcionamiento interno, interpersonal y social adecuado. Entre ellas, que sí han demostrado eficacia científica en general, destaca en los últimos tiempos la terapia dialéctico-conductual, específicamente desarrollada para el trastorno límite de la personalidad, pero con utilidad para otros trastornos del mismo grupo que se caracterizan por la actuación impulsiva.

Cómo conseguir ayuda

- ▶ Acuda a un especialista en salud mental.
- ▶ Especializado en los Trastornos de la Personalidad.
- ▶ Que conozca las psicoterapias y las utilidades de la farmacoterapia.
- ▶ Que sea capaz de trabajar en equipo.
- ▶ Que le permita crear una alianza terapéutica positiva.
- ▶ Que marque un plan de tratamiento individualizado.
- ▶ Que lleve un control estrecho de los fármacos.

Dónde consultar más

- Sociedad Española para el Estudio de los Trastornos de la Personalidad www.seetp.com
- National Institute of Mental Health www.nimh.nih.gov/health/publications/borderline-personality-disorders.html
- Asociación TP-GALICIA <http://www.tpgalicia.org/>
- Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad <http://www.alai-tp.com/>
- Trastorno de la Personalidad Paranoide <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe01.html>
- Trastorno de la Personalidad Esquizoide <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe02.html>
- Trastorno de la Personalidad Esquizotípico <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe03.html>
- Trastorno de la Personalidad Borderline <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe05.html>
<http://www.BPDCentral.com>
- Trastorno de la Personalidad Histriónico <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe06.html>
- Trastorno de la Personalidad Narcisista <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe07.html>
- Trastorno de la Personalidad Antisocial <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe04.html>
- Trastorno de la Personalidad Evitativo <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe08.html>
- Trastorno de la Personalidad Dependiente <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe09.html>
- Otros Trastornos de la Personalidad <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe10.html>
- Asociación El Puente <http://www.asociacionelpuente.org>

Dr. José Ignacio Pastrana Jiménez

Doctor en Medicina, especialista en Psiquiatría, Experto en Psiquiatría Forense, Experto en Terapia Cognitivo-Conductual de la Ansiedad y Depresión y Practitioner en Programación Neurolingüística.

Premios por la actividad investigadora en I Concurso Nacional de Jóvenes Investigadores Institución SEK, XI Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Alicante, Premio a la Mejor Tesis Doctoral en Psiquiatría Biológica y a la mejor comunicación escrita en el VI Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad.

Entre los artículos o comunicaciones científicas destacan las realizadas en español y en inglés sobre la personalidad y sus trastornos, la hipersupresión del cortisol con dexametasona, acontecimientos traumáticos y su tratamiento, el mobbing, y la estimulación magnética transcraneal.

Trabaja como responsable de la Unidad de Psiquiatría de Ibermutuamur-Corporación Mutua en Madrid y Psiquiatra Consultor Externo del INSS. Asimismo ha colaborado en docencia con la Universidad Autónoma de Madrid, con la Universidad Complutense, con el INSS y con entidades privadas.

LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS

Conocer en profundidad las enfermedades mentales, su génesis, manifestaciones y efectos para la persona y su entorno, es un factor clave para su correcto tratamiento. La información rigurosa y profesional, alejada de estereotipos, contribuye eficazmente a mejorar la relación del enfermo con la terapia, a promover actitudes positivas frente al problema en el propio paciente y en su entorno familiar, a apoyar la labor de los profesionales sanitarios y, por ende, a superar las barreras sociales y relacionales que provoca la ignorancia.

El objetivo del conocimiento ha unido a la Fundación Juan José López-Ibor y a la Fundación Arpegio, de la Comunidad de Madrid, en la edición de las Guías Médicas de ayuda a pacientes y familiares.

La Fundación Juan José López-Ibor tiene como misión principal difundir información sobre los aspectos más relevantes de las enfermedades mentales, con el objetivo último de “combatir el estigma y la discriminación de las personas que padecen una enfermedad mental y que acaba por afectar también a sus allegados”.

Una labor que la Fundación Arpegio apoya a través tanto de la promoción de actividades dirigidas a la integración y rehabilitación de colectivos desfavorecidos, como de la transmisión del conocimiento científico y sanitario.