

# Personalidad y Psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico

---

Manuel Humberto Rodríguez Perdomo

**COLABORADORES**

Julissa Katherine Amores Olivares

Nahomi Janira Cango Piedra

# **Personalidad y Psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico**

---

Manuel Humberto Rodríguez Perdomo  
Julissa Katherine Amores Olivares  
Nahomi Janira Cango Piedra

ISBN: 9789-942-33-963-8

DOI: <http://doi.org/10.48190/9789942339638>



© **Dr. Manuel Humberto Rodríguez Perdomo, Esp**

Especialista de Primer Grado en Psiquiatría  
Docente. Universidad Técnica de Machala. Ecuador.  
mrodriguez@utmachala.edu.ec  
<https://orcid.org/0009-0000-3538-9245>

#### **COLABORADORES**

**Julissa Katherine Amores Olivares**

Estudiante de Séptimo Semestre. Universidad Técnica de Machala. Ecuador  
jamores1@utmachala.edu.ec  
<https://orcid.org/0009-0002-0829-5483>

**Nahomi Janira Cango Piedra**

Estudiante de Séptimo Semestre. Universidad Técnica de Machala. Ecuador.  
ncango1@utmachala.edu.ec  
<https://orcid.org/0009-0003-2958-1355>

Primera edición, 2025-10-24

**ISBN: 9789-942-33-963-8**

**DOI: <http://doi.org/10.48190/9789942339638>**

Distribución online

 Acceso abierto

#### **Cita**

Rodríguez, M. (2025) Personalidad y Psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico. Editorial Grupo Compás

Este libro es parte de la colección de la Universidad Técnica de Machala y ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad de la publicación. El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

## ÍNDICE

<b>PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA: UN ANÁLISIS INTEGRAL Y CRÍTICO DE LA EVOLUCIÓN DE LA NORMALIDAD HACIA LO PATOLÓGICO. ....</b>	<b>1</b>
<b>VALORACIÓN DE LA NORMALIDAD DE LA PERSONALIDAD .....</b>	<b>8</b>
INTRODUCCIÓN.....	8
OBJETIVO GENERAL .....	9
DESARROLLO .....	9
<i>Antecedentes.....</i>	<i>9</i>
<i>Modelos teóricos de la personalidad .....</i>	<i>11</i>
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS .....	14
<i>Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad .....</i>	<i>14</i>
<i>Métodos de Evaluación de la Personalidad .....</i>	<i>15</i>
<i>Valoración de los Trastornos de Personalidad en la Sección II del DSM-5 .....</i>	<i>17</i>
<i>Valoración de los Trastornos de Personalidad en la Sección III del DSM-5 .....</i>	<i>18</i>
<i>Factores que Influyen en la Evaluación de la Normalidad .....</i>	<i>24</i>
CONCLUSIONES .....	25
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>27</b>
<b>PERSONALIDAD NORMAL Y GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD .....</b>	<b>29</b>
INTRODUCCIÓN:.....	29
OBJETIVO .....	30
CONCEPTOS BÁSICOS DE LA PERSONALIDAD NORMAL .....	30
<i>Definición y teorías de la personalidad .....</i>	<i>30</i>
<i>Rasgos y tipos de personalidad .....</i>	<i>31</i>
<i>Desarrollo y formación de la personalidad.....</i>	<i>34</i>
PERIODIZACIÓN DEL DESARROLLO .....	35
EL PAPEL DE LAS ACTIVIDADES RECTORAS .....	35

CRISIS DEL DESARROLLO .....	36
PROCESO DE ADQUISICIÓN DE LA PERSONALIDAD .....	36
CONTENIDO Y ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD.....	36
<i>Importancia del juego en la edad preescolar</i> .....	37
<i>Factores que influyen en la personalidad</i> .....	37
CRITERIOS PARA UNA PERSONALIDAD NORMAL/SANA .....	39
<i>Autoconcepto positivo</i> .....	39
<i>Relaciones interpersonales saludables</i> .....	39
<i>Regulación emocional adecuada</i> .....	40
<i>Capacidad de afrontamiento</i> .....	40
INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD .....	41
<i>Definición y características generales</i> .....	41
<i>Características generales</i> .....	41
<i>Tipos de trastornos de personalidad según DSM/CIE</i> .....	42
<i>Prevalencia y comorbilidad</i> .....	43
CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD .....	44
<i>Genética y biología</i> .....	44
<i>Traumata infantiles y apego</i> .....	47
<i>Factores socioculturales</i> .....	49
DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD .....	51
<i>Evaluación clínica y entrevistas</i> .....	51
<i>Pruebas e inventarios de personalidad</i> .....	55
CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD .....	57
<i>Impacto en la vida diaria y relaciones</i> .....	57
BIBLIOGRAFÍA: .....	60
<b>TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO A (PARANOIDE, ESQUIZOIDE Y ESQUIZOTÍPICO)</b> .....	<b>63</b>
INTRODUCCIÓN:.....	63
OBJETIVO GENERAL .....	64
DESARROLLO .....	65
<i>Trastornos específicos de la personalidad del grupo a (paranoide, esquizoide y esquizotípico)</i> .....	65
<i>Trastorno de la personalidad paranoide.</i> .....	65

<i>Epidemiología.</i> .....	66
<i>Cuadro Clínico.</i> .....	66
<i>Diagnóstico.</i> .....	67
<i>Diagnóstico Diferencial.</i> .....	68
<i>Trastorno de la personalidad esquizoide:</i> .....	69
<i>Epidemiología.</i> .....	69
<i>Cuadro Clínico.</i> .....	69
<i>Diagnóstico.</i> .....	71
<i>Diagnóstico Diferencial.</i> .....	72
<i>Tratamiento.</i> .....	72
<i>Trastorno esquizotípico de la personalidad.</i> .....	73
<i>Epidemiología.</i> .....	74
<i>Cuadro Clínico</i> .....	74
<i>Diagnóstico</i> .....	75
<i>Diagnóstico Diferencial.</i> .....	76
<i>Tratamiento.</i> .....	76
CONCLUSIONES. ....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	80
<b>TRASTORNO ESPECÍFICO DE LA PERSONALIDAD DISOCIAL</b> .....	<b>83</b>
INTRODUCCIÓN.....	83
OBJETIVO GENERAL.....	84
DESARROLLO.....	84
<i>Concepto de trastorno de personalidad disocial.</i> .....	84
<i>Factores predictores de continuidad de la conducta antisocial.</i> .....	92
<i>El factor social y psicológico</i> .....	94
<i>El factor biológico</i> .....	94
<i>Rasgos de personalidad comunes.</i> .....	95
<i>Ejemplos de comportamientos antisociales.</i> .....	96
<i>Impacto en la Vida Cotidiana.</i> .....	96
<i>Métodos de evaluación psicológica.</i> .....	97
CUESTIONARIOS:.....	99
<b>TRASTORNO ESPECÍFICO DE LA PERSONALIDAD-DEPENDIENTE</b> .....	<b>108</b>

INTRODUCCIÓN.....	108
OBJETIVO GENERAL.....	109
DESARROLLO .....	109
<i>Trastornos Específicos de la Personalidad-Dependiente</i> .....	109
<i>Antecedentes</i> .....	109
<i>Definición</i> .....	110
<i>Epidemiología</i> .....	110
<i>Etiología</i> .....	110
<i>Factores biológicos</i> .....	112
<i>Experiencias de la primera infancia</i> .....	112
<i>Teoría del apego y DPD</i> .....	112
<i>Eventos traumáticos</i> .....	112
<i>Influencias culturales y sociales</i> .....	113
<i>Factores cognitivos</i> .....	113
CUADRO CLÍNICO .....	113
<i>Síntomas y trastornos asociados</i> .....	113
<i>Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo</i> .....	114
<i>Diagnóstico</i> .....	115
<i>Diagnóstico diferencial</i> .....	124
<i>Tratamiento no farmacológico</i> .....	126
<i>Terapia cognitivo-conductual (TCC)</i> .....	127
<i>Terapia psicodinámica</i> .....	128
<i>Terapia de grupo</i> .....	128
<i>Medicación</i> .....	129
<i>Tratamiento farmacológico</i> .....	130
CONCLUSIONES .....	130
BIBLIOGRAFÍA.....	132
<b>TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD .....</b>	<b>135</b>
INTRODUCCIÓN.....	135
OBJETIVO GENERAL.....	136
DESARROLLO .....	136
<i>Trastorno histriónico de la personalidad</i> .....	136
<i>Antecedentes</i> .....	136

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la  
evolución de la normalidad hacia lo patológico.

<i>Definición</i> .....	137
<i>Epidemiología</i> .....	138
<i>Etiología</i> .....	139
<i>Cuadro Clínico</i> .....	140
<i>Diagnóstico</i> .....	142
<i>Entrevista Diagnostica en salud Mental</i> .....	145
<i>Diagnostico diferencial</i> .....	149
<i>Manejo terapéutico</i> .....	150
<i>Tratamiento Farmacológico</i> .....	152
CONCLUSIONES .....	155
BIBLIOGRAFÍA.....	157

## VALORACIÓN DE LA NORMALIDAD DE LA PERSONALIDAD

### Introducción

La personalidad es una rama de la psicología que se ocupa de analizar los pensamientos, sentimientos, comportamientos, metas e intereses de personas comunes. Por lo tanto, abarca una variedad muy extensa de características psicológicas significativas. Además, diversos modelos teóricos han desarrollado enfoques muy distintos para evaluar estas características (1).

El carácter no es algo que podamos observar completamente de manera directa ni capturar con facilidad. Por el contrario, se trata de un constructo que, en gran medida, debemos inferir. Además, enfrentamos la dificultad adicional de definirla debido al uso frecuente y variado del concepto de personalidad a lo largo del tiempo y en diferentes contextos (2).

Este término ha sido ampliamente empleado tanto en el lenguaje cotidiano como en diversas disciplinas, lo que ha llevado a la creación de significados coloquiales, teleológicos, filosóficos, jurídicos, sociológicos, biosociales y psicológicos de la identidad. Además, la literatura, el cine y otras aproximaciones no científicas, como la astrología y la quiromancia, contribuyen a la confusión sobre el contenido y el significado del concepto. Asimismo, es común que el término "personalidad" se confunda o se utilice para referirse a otros conceptos relacionados, como el de sujeto (persona que piensa, siente y actúa), carácter (procesos históricos del sujeto que enfatizan la estabilidad en su forma de ser), constitución (vinculada a las características físicas o morfológicas de la persona) o temperamento (aspectos duraderos y estables de la identidad, determinados biológicamente o por la genética) (2).

## **Objetivo General**

Desarrollar un enfoque integral para la valoración de la normalidad de la personalidad, que permita evaluar con precisión los pensamientos, sentimientos, comportamientos, metas e intereses de los individuos, incorporando y abordándolo desde diversas disciplinas con el fin de enriquecer la comprensión y la psicopatología desde una perspectiva integral y coherente.

## **Desarrollo**

### **Antecedentes**

La personalidad es un área de estudio muy popular y fascinante en el campo de la Psicología, con más de 75 años de análisis y comprensión. Sin embargo, sus raíces se remontan aún más atrás, específicamente al periodo de la Antigua Grecia. En ese entonces, el término "personalidad" se originó a partir de la palabra "persona", que se refería a las máscaras que utilizaban los actores del teatro griego para representar una variedad de estilos de vida, comportamientos y roles característicos de la época (3).

Aunque la comunidad científica ha dedicado mucho tiempo al estudio de esta variable psicológica, aún no ha llegado a un consenso sobre una definición precisa de la personalidad. Esta ambigüedad se refleja en la afirmación de Burham, citada por Pervin en 1990 y posteriormente por Bermúdez y colaboradores en 2011, que sugiere que todos comprenden qué es el carácter, pero resulta difícil expresarlo con palabras (3).

Para trazar una línea histórica, es esencial abordar cuatro etapas que ofrecen distintas interpretaciones de la conducta anormal, según señala Rivera (2020). En primer lugar, en los tiempos prehistóricos, la conducta perturbada se atribuía a

causas sobrenaturales, considerándola como un castigo divino o una manifestación de la influencia del demonio o brujería. Luego, este comportamiento se comprendió como un síntoma de estrés y depresión. Posteriormente, siguiendo a Rivera (2020), se asoció la anomalía con la influencia de la luna y las estrellas (4).

En el segundo periodo, durante la antigüedad, se creía que estos comportamientos inusuales tenían un origen biológico, según Hipócrates y Galeno, quienes atribuían tales comportamientos al exceso de fluidos corporales y desarrollaron la teoría de los cuatro temperamentos básicos (Rivera, 2020). En el siglo XIX, según Rivera (2020), se consideraba que estas conductas eran causadas por enfermedades cerebrales que resultaban en demencia (4).

En la época moderna, como resultado del tratamiento y las soluciones ofrecidas para los comportamientos que transgreden la integridad y moralidad, y con el surgimiento del movimiento psicológico, se establecieron diversos centros de atención (Rivera, 2020). Del mismo modo, según Rivera (2020), gracias a las contribuciones de diferentes corrientes psicológicas, se desarrollaron métodos de tratamiento adecuados y se proporcionó una clasificación o explicación para las conductas "anormales" (4).

En la actualidad, existen enfoques científicos y holísticos para abordar estos comportamientos atípicos, y se ha observado un crecimiento en herramientas basadas en criterios que identifican indicadores de dichos comportamientos (Rivera, 2020). La psicología contemporánea ha establecido que los trastornos psicológicos son enfermedades caracterizadas por la presencia de pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales (4).

Se menciona que la noción de normalidad es un concepto que se construye a través de influencias culturales y sociales, mediante la adopción de valores y creencias compartidos

por un grupo. Esta construcción se va moldeando a medida que la sociedad y sus miembros experimentan cambios y procesos evolutivos. Por lo tanto, no existe una normalidad universal o estandarizada aplicable a todas las comunidades, sociedades o grupos sociales, como señala Huenchucona (2021). Según Sanfeliciano (2018), en lugar de hablar de normalidad en términos generales, debemos considerar la normalidad dentro de un contexto social específico (4).

### **Modelos teóricos de la personalidad**

La personalidad se encuentra en un espectro que va desde lo normal hasta lo patológico, y dentro de los criterios que se emplean para definir su normalidad se incluyen (5):

- La habilidad para operar de manera independiente y competente.
- La inclinación a adaptarse eficientemente al entorno propio.
- La sensación subjetiva de satisfacción.
- La capacidad para desplegar y mejorar las propias habilidades.

Lo que se considera normal es aquello que se percibe como natural, que fluye de manera espontánea y, por ende, se acepta sin mayor reflexión. Es lo habitual, lo que no genera molestia ni perturbación ni en uno mismo ni en los demás. Por esta razón, la normalidad suele pasar desapercibida y apenas se le presta atención, hasta el punto en que se evalúa la normalidad a partir de lo que se considera anormal o patológico, especialmente en el ámbito psicológico. La psicología clínica se ha centrado en estudiar, diagnosticar y tratar la conducta anormal, así como las emociones disruptivas o las condiciones inusuales o enfermizas, tanto a nivel individual como colectivo (4).

Dentro del ámbito del estudio de la psicología de la personalidad, el Modelo de los Cinco Grandes, conocido como "Big Five" en inglés, representa un enfoque destacado que analiza la estructura de la personalidad mediante cinco amplios elementos o rasgos de personalidad, también conocidos como dimensiones de la personalidad. Este modelo se ha convertido en uno de los marcos teóricos más utilizados para describir y evaluar la naturaleza de la personalidad de cada persona (6).

Estos componentes fundamentales surgieron de un estudio en el cual individuos describían la personalidad de otros (Goldberg, 1993), y representan uno de los modelos más destacados en el análisis de los rasgos del carácter humano (6).

Los cinco principales rasgos de personalidad, también conocidos como factores primarios, generalmente se denominan de la siguiente manera: factor O (apertura a nuevas experiencias), factor C (responsabilidad), factor E (extroversión), factor A (amabilidad) y factor N (neuroticismo o inestabilidad emocional), lo que conforma el acrónimo "OCEAN" (6).

#### **(Factor O): Apertura a la Experiencia**

Indica el nivel en el que un individuo tiende a buscar nuevas vivencias personales y a imaginar creativamente su porvenir. Aquellos que son abiertos a la experiencia mantienen una conexión fluida con su imaginación, valoran el arte y la estética, y son sensibles tanto a sus propias emociones como a las de quienes les rodean. Tienen una inclinación por romper con la rutina y suelen poseer conocimientos variados debido a su curiosidad intelectual (6).

#### **(Factor C): Responsabilidad**

Este aspecto se relaciona con la responsabilidad y la capacidad de organización. Aquellas personas que obtienen altas puntuaciones en conciencia suelen ser fiables, cumplen

con sus obligaciones y mantienen un orden en sus actividades. En contraste, aquellos que obtienen bajas puntuaciones en conciencia pueden ser descuidados y poco fiables (7).

#### **(Factor E): Extraversión**

Este rasgo se enfoca en evaluar la actitud de una persona hacia las interacciones sociales, incluyendo su nivel de actividad y la satisfacción que obtiene al relacionarse con otros. También está estrechamente vinculado con el grado de disfrute que experimenta en las relaciones sociales (8).

Puntuaciones altas sugieren individuos sociables, comunicativos, centrados en las personas, optimistas, que disfrutan de ser el centro de atención, tienen facilidad para hacer nuevos amigos, disfrutan de la diversión y son afectuosos. Por el contrario, puntuaciones bajas indican dificultad para hacer amigos e iniciar conversaciones, reserva, seriedad, falta de entusiasmo, tendencia a la soledad y quietud o timidez (8).

#### **(Factor A): Amabilidad**

Este aspecto se relaciona con la capacidad de empatía y cooperación. Aquellos que obtienen altas puntuaciones en amabilidad tienden a ser amables, compasivos y colaborativos. Por el contrario, aquellos con puntuaciones bajas en amabilidad pueden mostrar menos empatía y ser más competitivos (7).

#### **(Factor N): Neuroticismo**

El neuroticismo se centra en la evaluación del equilibrio emocional frente a la inestabilidad emocional. Este factor identifica a personas propensas al malestar psicológico, a tener pensamientos irracionales, a rumiar excesivamente o a experimentar ansiedad, así como a utilizar estrategias de afrontamiento poco adaptativas (8).

Una puntuación alta en neuroticismo señalaría individuos preocupados, nerviosos, emocionales, sensibles al estrés,

inseguros o propensos a la hipocondría. En contraste, aquellos con puntuaciones bajas se caracterizarían por ser tranquilos, menos emocionales, seguros, emocionalmente estables, resilientes, satisfechos consigo mismos, menos preocupados y con una alta autoestima (8).

## **Criterios Diagnósticos**

### **Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad**

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes (9):
  - 1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
  - 2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
  - 3. Actividad interpersonal
  - 4. Control de los impulsos
- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (9).
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (9).
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta (9).
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental (9).

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

El patrón persistente no 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) (9).

### **Métodos de Evaluación de la Personalidad**

La personalidad se define por rasgos que configuran un patrón característico de percepción, pensamiento y relación del individuo consigo mismo y con el entorno. Se considera que existe un trastorno de la personalidad cuando estas características son inflexibles y desadaptativas, lo que resulta en un deterioro o malestar grave (10).

La característica distintiva de un trastorno de la personalidad es la presencia de un patrón persistente de experiencias internas y comportamientos que se desvía de manera significativa de las expectativas culturales del individuo, manifestándose en al menos dos de las siguientes áreas (10):

#### **Tabla 1**

#### ***Criterios para evaluar la Personalidad***

CRITERIO A	Cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos
CRITERIO B	Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales
CRITERIO C	Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

CRITERIO D	El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta
CRITERIO E	El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental
CRITERIO F	No es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, una medicación o la exposición a un tóxico) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal)

**Notas:** Adaptado de: 9. *American Psychiatric Association.*

*DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Editorial Médica Panamericana; 2014.*

10. *Esbec E, Echeburúa. La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. Scielo. 2020.*

Además, se establecen criterios diagnósticos específicos para cada tipo de trastorno de la personalidad. Estos criterios, organizados en orden de importancia diagnóstica decreciente, se basan en datos relevantes sobre su eficacia diagnóstica cuando están disponibles (10).

Una de las herramientas fundamentales para la evaluación de los trastornos de personalidad es el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Este manual incluye dos enfoques para la definición y evaluación de los trastornos de personalidad (TP). En la Sección II, que

presenta la clasificación oficial, se proporciona una definición categorial de los TP, similar a la del DSM-IV, que abarca los diez trastornos específicos tradicionales, además de algunos especificados y otros no especificados. En contraste, la Sección III, dedicada a los trastornos que requieren mayor investigación, ofrece una definición basada en rasgos de personalidad y su funcionamiento, empleando una valoración dimensional. Esta sección identifica seis tipos específicos de personalidad (esquizotípico, límite, antisocial, narcisista, obsesivo-compulsivo y ansioso-evitativo), cuya clasificación se realiza mediante la evaluación de 25 rasgos de personalidad distribuidos en 5 dimensiones de orden superior (10).

### **Valoración de los Trastornos de Personalidad en la Sección II del DSM-5**

En la Sección II del DSM-5, se propone evaluar los trastornos de personalidad principalmente a través de las conductas observables, en lugar de centrarse únicamente en los rasgos o disposiciones. Por ello, es esencial llevar a cabo una psicobiografía detallada y una historia clínica exhaustiva, ya que estos instrumentos pueden revelar gran parte de la patología. Sin embargo, el clínico también debe utilizar herramientas complementarias, como la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) y el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IDPE). Estas entrevistas están diseñadas para mejorar la fiabilidad diagnóstica mediante procesos de evaluación estandarizados y aumentar la validez diagnóstica al adherirse a los criterios del DSM-IV y DSM-5 (10)(11)(12).

La SCID-II se desarrolló para el modelo categórico estándar, y aunque su estructura no está diseñada para estudiar exhaustivamente todos los aspectos de la personalidad, son

herramientas útiles para identificar los rasgos y conductas relevantes para el diagnóstico de los trastornos de personalidad según los criterios establecidos por el DSM y la CIE-10. Los resultados de estas evaluaciones son individualizados para cada paciente. Las puntuaciones dimensionales resultantes no solo son útiles para los clínicos, sino que también proporcionan mayor fiabilidad y versatilidad en el análisis de datos para los investigadores (10) (11) (13) (14).

El Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE) incluye tanto un cuestionario de detección como una entrevista semiestructurada. El cuestionario de detección es una forma autoadministrada que contiene 77 ítems en la versión DSM y 59 en la versión CIE-10, donde el paciente responde Verdadero o Falso a cada ítem y puede completarse en menos de 15 minutos. Esto permite al clínico identificar pacientes cuyos resultados sugieren la presencia de un trastorno de personalidad (cumpliendo más de tres criterios para cada TP). Si el cuestionario indica la sospecha de uno o varios trastornos de personalidad, se procede a realizar la entrevista completa para evaluar la presencia de un trastorno de personalidad de manera definitiva o probable (10) (15).

### **Valoración de los Trastornos de Personalidad en la Sección III del DSM-5**

En la Sección III del DSM-5 se introduce un enfoque diagnóstico que combina elementos categóricos y dimensionales para los trastornos de la personalidad. Este modelo considera un conjunto de rasgos y dominios de la personalidad, junto con el nivel de deterioro en el funcionamiento, para clasificar uno de los seis trastornos de la personalidad propuestos. Esta aproximación proporciona mayor flexibilidad y especificidad en la evaluación clínica, al

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

tiempo que presta una atención particular al nivel de gravedad (10).

**Tabla 2**

***Criterios generales y categorías diagnósticas de los trastornos de personalidad según la valoración alternativa del DSM-5***

CRITERIOS	CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS
Deterioro moderado o grave en el funcionamiento (propio/interpersonal) de la personalidad	Trastorno antisocial de la personalidad
Uno o más rasgos de personalidad patológicos	Trastorno de la personalidad por evidencia
Rasgos y deterioro en el funcionamiento relativamente permanentes e inflexibles en diferentes situaciones sociales y personales	Trastorno límite de la personalidad
Relativamente estables en el tiempo. Comienzo en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta	Trastorno narcisista de la personalidad
No explicados por otro trastorno mental	Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo
No atribuibles a sustancias adictivas o enfermedades médicas	Trastorno esquizotípico

No comprendidos mejor por la edad (desarrollo) o el entorno sociocultural	Trastorno de la personalidad de rasgo especificado
---	--

**Notas:** Adaptado de: 9. *American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Editorial Médica Panamericana; 2014.*

10. *Esbec E, Echeburúa. La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. Scielo. 2020.*

El profesional evaluador debe tener en cuenta tanto la disfunción de la personalidad a nivel interno como externo, así como los rasgos anormales y su grado de severidad, junto con cualquier defecto identificado. Aunque existe cierta reticencia entre los profesionales a realizar diagnósticos antes de los 18 años, la Evaluación de la Personalidad (EP) es factible durante la adolescencia, siendo más frecuente antes de los 20 años. Un diagnóstico precoz facilita la toma de decisiones terapéuticas adecuadas, con el uso de escalas del DSM-5 como una herramienta fundamental en este proceso. De igual forma, la evaluación de la personalidad también se puede llevar a cabo utilizando el PID-5 para comprobar el funcionamiento adecuado de la personalidad, con una versión abreviada para casos de deterioro moderado a severo, y una evaluación completa para casos de deterioro grave. Es esencial evaluar de manera integral todos los aspectos y dominios de la personalidad en relación con el tratamiento. Los rasgos de personalidad de un individuo se comparan con los de la población de referencia debido a su distribución continua (10).

### ***Valoración del funcionamiento de la personalidad***

La Escala de Funcionamiento de la Personalidad (LPFS) del DSM-5 se utiliza para determinar el nivel de adaptabilidad de la personalidad. Este instrumento consta de 80 ítems y considera que una personalidad adaptativa se caracteriza por tener una percepción coherente de sí mismo, desempeñar roles adecuados (Identidad), establecer metas realistas basadas en una evaluación precisa de las propias capacidades (Autodirección), comprender con precisión las experiencias y motivaciones de los demás en la mayoría de las situaciones (Empatía) y mantener relaciones personales y comunitarias satisfactorias y duraderas (Intimidad). El clínico utiliza esta escala para determinar el nivel actual de deterioro en el funcionamiento de la personalidad, lo que puede ser útil para el diagnóstico de un trastorno de personalidad en un momento determinado. Además, el LPFS también puede utilizarse como un indicador general del funcionamiento de la personalidad sin necesidad de especificar un diagnóstico de trastorno de personalidad, o cuando el deterioro en la personalidad es insuficiente para cumplir con los criterios diagnósticos establecidos (16).

### ***Valoración de los rasgos de la personalidad***

La Sección III del DSM-5 proporciona un enfoque integral para evaluar la personalidad, utilizando 5 dimensiones o dominios generales y 25 dimensiones más específicas conocidas como facetas-rasgo. Estas últimas representan variantes desadaptativas de los cinco dominios establecidos en el modelo de los "cinco grandes" o de "los cinco factores" (10).

Los rasgos de personalidad comprenden un amplio espectro, desde la afectividad negativa hasta la estabilidad emocional; desde el desapego hasta la extraversión; desde el antagonismo hasta la amabilidad; desde la desinhibición

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

hasta la escrupulosidad; y desde el psicoticismo hasta la lucidez. Aunque el enfoque primario del DSM-5 se dirige hacia los rasgos de personalidad asociados con la psicopatología, también se reconocen los rasgos de personalidad resiliente, que representan los polos opuestos de estos rasgos. La presencia de estos rasgos resilientes puede atenuar considerablemente los efectos de los trastornos mentales y facilitar la adaptación y recuperación frente a lesiones traumáticas y otras enfermedades médicas (10).

**Tabla 3**

***Dominios de orden superior y facetas de personalidad en el DSM-5 (Sección III)***

<i>Dominios de orden superior</i>	<i>Facetas-rasgo de la personalidad</i>	<i>Número de rasgos (total 25)</i>
<b>Afectividad negativa</b>	Labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, sumisión, hostilidad, perseverancia, depresividad (común a otros dominios), suspicacia (común a otros dominios), afectividad restringida (común a otros dominios)	6
<b>Desapego</b>	Retraimiento social, evitación de la intimidad, anhedonia, depresividad, afectividad restringida, suspicacia	6
<b>Antagonismo</b>	Manipulación, falta de honradez, grandiosidad, búsqueda de atención, insensibilidad, hostilidad (común a	5

	otros dominios)	
<b>Desinhibición</b>	Irresponsabilidad, impulsividad, distraibilidad, temeridad, carencia de perfeccionismo	5
<b>Psicoticismo</b>	Creencias y experiencias extrañas, excentricidad, deresgulación cognitiva y perceptiva	3

**Notas:** Adaptado de: 9. *American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Editorial Médica Panamericana; 2014.*

10. *Esbec E, Echeburúa. La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. Scielo. 2020.*

En este apartado se pueden utilizar instrumentos como:

- El **PID-5** (Inventario de Personalidad para el DSM-5) es una herramienta de evaluación diseñada según un modelo dimensional de 25 rasgos propuestos para el DSM-5. Ofrece diversas formas de aplicación disponibles en línea a través del sitio web DSM5.org de la APA, incluyendo un formato de 220 elementos para adultos, un formato breve de 25 ítems centrado en los 5 dominios y una versión adaptada para niños de 11-17 años. La versión completa para adultos consta de 220 ítems evaluados en una escala Likert, mientras que el formato breve se enfoca en los 5 dominios de la personalidad (10).
- El **MMPI-2-RF** (Inventario Multiphasic de Personalidad-2-Restructurado) comprende 338 ítems organizados en 50 escalas vinculadas a modelos contemporáneos

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

de personalidad y psicopatología. Es una herramienta potencialmente valiosa en la evaluación de la psicopatología de la personalidad, conforme a la conceptualización de la Sección III del DSM-5 (10).

- El **MCMII-III** (Inventario Clínico Multiaxial de Millon) consta de 175 ítems y permite la evaluación de una amplia gama de síndromes clínicos y trastornos de personalidad. Aunque posee buenas propiedades psicométricas, las escalas en sí mismas no son suficientemente válidas para realizar diagnósticos de trastornos de personalidad (10).
- El **PAI** (Inventario de Evaluación de la Personalidad) incluye 344 ítems y ofrece una evaluación integral de la personalidad y la psicopatología en adultos a través de 22 escalas. Destaca por su claridad en la interpretación y la abundante información que proporciona, lo que lo convierte en una excelente opción para la evaluación de la psicopatología en adultos en una variedad de contextos (10).

### **Factores que Influyen en la Evaluación de la Normalidad**

Al evaluar trastornos de la personalidad, es fundamental tener en cuenta los aspectos culturales, étnicos y sociales del individuo. Es crucial no confundir estos trastornos con los desafíos relacionados con la adaptación cultural después de la inmigración, ni con la expresión de valores y prácticas propios de la cultura de origen. Obtener información adicional de personas familiarizadas con la cultura del individuo puede proporcionar una perspectiva valiosa, especialmente en situaciones de diversidad cultural (9).

En lo que respecta al género, ciertos trastornos de la personalidad, como el antisocial, son más frecuentes en hombres, mientras que otros, como el límite, histriónico y

dependiente, se observan con mayor frecuencia en mujeres. Aunque estas disparidades de prevalencia pueden reflejar patrones genuinos de género, es esencial que los profesionales eviten diagnosticar de manera excesiva o insuficiente ciertos trastornos basándose en estereotipos de género y roles sociales convencionales (9).

## **Conclusiones**

La evaluación de la normalidad de la personalidad es un proceso esencial y complejo en el ámbito de la psicología. En este análisis, se ha examinado minuciosamente cómo se evalúan los trastornos de la personalidad, tanto en el DSM-5 como en otros marcos teóricos. Se ha resaltado la importancia de considerar tanto los rasgos de personalidad como el funcionamiento general de la misma, utilizando herramientas como el PID-5 y la Escala de Funcionamiento de la Personalidad (LPFS) para obtener una comprensión completa del individuo evaluado.

El DSM-5, en su Sección II, propone evaluar los trastornos de personalidad a través de conductas observables, lo que subraya la necesidad de una historia clínica detallada y una psicobiografía exhaustiva para comprender la patología presente en el individuo. Por otro lado, la Sección III del DSM-5 se centra en trastornos que requieren mayor investigación, proponiendo una evaluación dimensional basada en rasgos de personalidad y su funcionamiento. Esta sección identifica seis tipos específicos de personalidad y 25 rasgos distribuidos en 5 dimensiones de orden superior, lo que facilita una evaluación más detallada y precisa de la personalidad.

La evaluación de los rasgos de personalidad es crucial para comprender la complejidad de la psicología humana. Estos rasgos abarcan un amplio espectro que va desde la

afectividad negativa hasta la estabilidad emocional, y desde el desapego hasta la extraversión. Es importante reconocer que no solo se deben considerar los rasgos asociados con la psicopatología, sino también los rasgos resilientes que pueden mitigar los efectos de los trastornos mentales y facilitar la adaptación y recuperación frente a situaciones adversas.

El Modelo de los Cinco Grandes, también conocido como "Big Five", ha sido un marco teórico ampliamente utilizado para describir y evaluar la personalidad. Los cinco principales rasgos de personalidad (apertura a nuevas experiencias, responsabilidad, extroversión, amabilidad y neuroticismo) representan dimensiones fundamentales que nos ayudan a comprender la diversidad de la personalidad humana. Estos rasgos son clave para inferir la personalidad de un individuo y pueden influir en su comportamiento, emociones y pensamientos.

En conclusión, la evaluación de la normalidad de la personalidad es un proceso multidimensional que requiere una evaluación integral de los rasgos de personalidad, el funcionamiento general y la adaptabilidad del individuo. A través de herramientas como el PID-5, el MMPI-2-RF y la LPFS, los profesionales pueden obtener una comprensión profunda y precisa de la personalidad de un individuo, lo que les permite brindar un tratamiento adecuado y personalizado. La comprensión de la personalidad es esencial para promover el bienestar emocional y psicológico de las personas, y continuar explorando este fascinante campo nos permitirá avanzar en el conocimiento y la práctica de la psicología.

## Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Dacosta, C. C. (2022). *La personalidad como un continuo de lo normal a lo patológico*. *Códex Psicología*. Recuperado el 21 de mayo de 2024, de <https://codexpsicologia.com/la-personalidad-como-un-continuo-de-lo-normal-a-lo-patologico/>
- Esbec, E., & Echeburúa. (2020). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Scielo*.
- Heltne, A., Bode, C., & Hummelen, B. (2022). Experiencias de los médicos noruegos sobre la capacidad de aprendizaje y la usabilidad de las entrevistas SCID-II, SCID-5-PD y SCID-5-AMPD-I: Un enfoque cualitativo secuencial multigrupal. *PubMed*.
- Livingstone, C. (2001). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Editorial Médica Panamericana.
- López Ibor, J. J. (2015). *Examen internacional de los trastornos de la personalidad*.
- La Psicología DeTodo. (2024). *Normalidad y anormalidad*. Recuperado el 21 de mayo de 2024, de <https://www.lapsicologiadetodo.com/post/normalidad-y-anormalidad>
- Mentes Abiertas Psicología. (2024). *Teoría de los cinco grandes rasgos de la personalidad*. Recuperado el 21 de mayo de 2024, de <https://www.mentesabiertaspsicologia.com/blog-psicologia/blog-psicologia/teoria-de-los-cinco->

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

grandes-rasgos-de-la-personalidad-  
2#google\_vignette

Nieves, M., Mata, J., & López, F. (s.f.). *Introducción a la psicología de la personalidad*. Universidad de Granada.

Pérez Leiva, B. D. (2022). *Evaluation of personality disorders: A systematic review*. *Medisur*.

Regader, B. (s.f.). Los cinco grandes rasgos de personalidad: Sociabilidad, responsabilidad, apertura, amabilidad y neuroticismo.

Sanfeliciano, A. (s.f.). *El modelo de los cinco grandes de la personalidad*. *La Mente es Maravillosa*.

Stover, J. B. (2019). *Estudios psicométricos del Level of Personality Function Scale en adultos de Buenos Aires*. Buenos Aires.

Uchofen Chavez, F. K. (s.f.). *Teoría de la personalidad de Hans Eysenck: Una revisión de la literatura* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo].

Vorvolakos, T., Gymnopoulo, M., Keramida, V., Malakozi, A., & Arvaniti, A. (2021). Validity and reliability of the Greek version of the semistructured Schedule Clinical Interview for Personality Disorders (SCID-II). *PubMed*, 32(4).

Watson, D. (2024). *Evaluación de la personalidad* [PDF]. Recuperado el 18 de mayo de 2024, de file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/3.01\_\_Evaluaci%C3%B3n\_de\_la\_personalidad.pdf

## PERSONALIDAD NORMAL Y GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

### Introducción:

El concepto de personalidad ha sido abordado desde diferentes perspectivas a lo largo de la historia. Aunque no existe una definición única, la personalidad se entiende como el conjunto de características o patrones que definen a una persona en términos de pensamientos, sentimientos, actitudes y conductas, haciéndola diferente de los demás. La personalidad normal se refiere a la capacidad de una persona para afrontar su entorno de manera flexible, fomentando su satisfacción personal y crecimiento. (1)

Por otro lado, cuando los patrones de percepción, cognición, afectividad y conducta de una persona se vuelven inflexibles y causan malestar personal o dificultades en el funcionamiento, se considera un trastorno de la personalidad. Estos trastornos representan desviaciones de los tipos medios de variantes personales y pueden clasificarse en diferentes categorías según sistemas como el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).

Los trastornos de la personalidad son condiciones mentales caracterizadas por patrones persistentes e inflexibles de experiencia interna y comportamiento que se desvían significativamente de las expectativas culturales. Estos patrones disfuncionales suelen manifestarse en dos o más de las siguientes áreas: cognición, afectividad, control de impulsos y relaciones interpersonales. (2)

Según el DSM-5, los trastornos de la personalidad se agrupan en tres grupos: grupo A (excéntricos), grupo B

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

(dramáticos/erráticos) y grupo C (ansiosos/temerosos). Algunos ejemplos son el trastorno paranoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Estos trastornos tienen un inicio en la adultez temprana, son estables a lo largo del tiempo y provocan deterioro funcional o malestar clínicamente significativo. Suelen estar asociados a dificultades en las relaciones interpersonales, el ámbito laboral y otros contextos importantes de la vida.

Es importante destacar que los trastornos de la personalidad no son categorías delimitadas, sino que se ubican en un continuo con la personalidad normal. La evaluación debe considerar la flexibilidad de los patrones, su severidad y el deterioro funcional, más que la mera presencia de ciertos rasgos. (2)

## **Objetivo**

Describir los conceptos esenciales para el estudio de las generalidades sobre la personalidad y trastornos de la personalidad, mediante la recopilación de la información más actualizada sobre el tema, con la finalidad de establecer las bases para el estudio posterior de los trastornos de la personalidad específicos.

## **Conceptos básicos de la personalidad normal**

### **Definición y teorías de la personalidad**

La personalidad es el conjunto único de pensamientos, emociones y patrones de comportamiento que distinguen a una persona de las demás. Aunque no hay una sola definición, generalmente se define como la combinación de características psicológicas que distinguen a cada individuo. A lo largo del tiempo, varios teóricos han propuesto diversas explicaciones de la personalidad:

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

1. **La teoría de los rasgos:** se enfoca en rasgos de personalidad estables como la introversión, la extroversión y la amabilidad. Uno de los modelos más populares es el de los Cinco Grandes Rasgos: apertura, responsabilidad, extroversión, amabilidad y neuroticismo. (1)
2. **La teoría psicodinámica (Freud):** enfatiza cómo el inconsciente y los conflictos internos forman la personalidad. (1)
3. **La teoría del aprendizaje social,** también conocida como Bandura, sostiene que la personalidad se desarrolla a través de la observación y la interacción con el entorno.<sup>1</sup>
4. **La teoría humanista (Rogers, Maslow):** sostiene que los humanos son buenos por naturaleza y que la personalidad se desarrolla a medida que buscan la autorrealización y la aceptación. (1)
5. **Teoría cognoscitiva (Beck):** busca identificar y modificar patrones desadaptativos a través de los pensamientos, emociones y comportamiento. (1)
6. **Teoría integradora (Millon):** Explica la personalidad normal y patológica combinando factores cognitivos, conductuales, biológicos e interpersonales. (1)

### Rasgos y tipos de personalidad

Los rasgos de personalidad son características estables y duraderas que influyen en el comportamiento y el pensamiento de una persona. Algunos de los rasgos más comunes son:

1. Extinción:
  - Sociabilidad: Tendencia a ser personas abiertas, que disfrutan el trato con otros y las situaciones sociales.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

- Asertividad: Capacidad para expresarse de manera franca y directa, defender sus derechos e ideas.
- Energía: Altos niveles de actividad, vigor y dinamismo. (3)

2. Amabilidad:

- Confianza: Tendencia a creer en las buenas intenciones de los demás.
- Altruismo: Disposición a ayudar desinteresadamente a otros.
- Cooperación: Habilidad para trabajar en equipo hacia metas comunes. (3)

3. Responsabilidad:

- Organización: Capacidad de ser metódico, ordenado y planificado.
- Perseverancia: Tenacidad y constancia a pesar de las dificultades.
- Autodisciplina: Fuerza de voluntad para resistir tentaciones y cumplir deberes. (3)

4. Neuroticismo:

- Ansiedad: Tendencia a experimentar nerviosismo, preocupación y miedo de manera frecuente.
- Hostilidad: Predisposición al enojo, irritabilidad y conductas agresivas.
- Depresión: Propensión a experimentar tristeza, desesperanza y baja autoestima. (3)

5. Apertura a la experiencia:

- Curiosidad: Interés por explorar ideas, valores y actividades nuevas.
- Creatividad: Capacidad para pensar de manera original y encontrar soluciones innovadoras.
- Imaginación: Facilidad para fantasear y visualizar situaciones poco convencionales. (3)

Además de los rasgos específicos, existen tipos de personalidad que agrupan una variedad de combinaciones de rasgos, como:

- Tipo A:
  - Competitivos: Personas muy orientadas al logro, con un fuerte deseo de sobresalir y tener éxito sobre los demás.
  - Ambiciosos: Impulsados por metas elevadas, altas aspiraciones y el afán de ascender en la vida.
  - Impacientes: Tienen prisa, baja tolerancia a las demoras y suelen exigir resultados rápidos. (3)
  
- Tipo B:
  - Tranquilos: De naturaleza serena y relajada, no se alteran con facilidad.
  - Pacientes: Saben esperar con calma, no se apresuran ni se angustian por los retrasos.
  - Sin preocupaciones: Adoptan una actitud despreocupada, toman las cosas con más ligereza. (3)
  
- Tipo C:
  - Suprimidos: Tienden a reprimir y contener la expresión de emociones y necesidades.
  - Cooperativos: Muestran disposición a complacer a otros y trabajar en armonía con el grupo.
  - Pasivos: Adoptan un papel más sumiso y dependiente, dejando que otros tomen las decisiones. (3)

## **Desarrollo y formación de la personalidad**

La personalidad se desarrolla a lo largo de la vida y se ve influenciada por diversos factores, como:

### **1. Factores biológicos:**

- Genes: La herencia genética que recibimos de nuestros padres influye en ciertos rasgos de personalidad básicos.
- Hormonas: Sustancias químicas producidas por el cuerpo que afectan el estado de ánimo, las emociones y el comportamiento.
- Estructura cerebral: Las características físicas del cerebro, como el tamaño de ciertas regiones, conectividad neuronal, etc. pueden moldear aspectos de la personalidad. (4)

### **2. Factores ambientales:**

- Familia: El estilo de crianza, dinámica familiar y vínculo con los padres tienen un gran impacto en la formación de la personalidad.
- Cultura: Los valores, normas y expectativas culturales a las que estamos expuestos moldean la expresión de ciertos rasgos.
- Experiencias de vida: Eventos significativos, positivos o negativos, que experimentamos a lo largo de la vida pueden cambiar nuestra personalidad. (4)

### **3. Factores psicológicos:**

- Aprendizaje: La manera en que asimilamos información, hábitos y conductas a través de la experiencia.
- Cognición: Nuestros patrones de pensamiento, percepciones, creencias influyen en cómo vemos el mundo.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

- Emociones: La forma en que experimentamos y regulamos las emociones es clave en la personalidad. (4)

En relación a la formación de la personalidad se debe conocer que se desarrolla principalmente durante la etapa de infancia y la edad escolar, y es consolidada en la etapa adulta.

### **Periodización del Desarrollo**

- Primera edad: de 3 meses a 1 año.
- Primera etapa del preescolar: de 1 a 3 años.
- Segunda etapa del preescolar: de 3 a 6 años.

El paso de una edad psicológica a otra no está determinado únicamente por el crecimiento biológico, sino por la aparición de nuevas formaciones psicológicas. Estas formaciones reflejan cambios cualitativos en la personalidad del niño y no siguen una línea cronológica rígida, sino que varían según el desarrollo individual de cada niño.(4)

### **El papel de las actividades rectoras**

Las actividades rectoras son fundamentales para el desarrollo psicológico y la formación de la personalidad. Durante diferentes etapas de la infancia y la edad preescolar, las actividades rectoras varían:

- Primera edad: La comunicación afectivo-emocional con los cuidadores primarios.
- Primera etapa del preescolar: El juego con objetos.
- Segunda etapa del preescolar: El juego temático de roles.

Estas actividades permiten al niño interactuar con su entorno y establecer relaciones, que son fundamentales para su desarrollo psíquico y la formación de su personalidad.(4)

### **Crisis del desarrollo**

Las crisis del desarrollo son momentos importantes en el desarrollo de la personalidad. Estas crisis ocurren cuando el niño sufre cambios cualitativos en su personalidad debido a la falta de capacidad para satisfacer nuevas necesidades al final de una etapa de desarrollo. Las crisis pueden generar una reorganización de la personalidad y la creación de una nueva estructura de motivaciones.(4)

### **Proceso de adquisición de la personalidad**

La adquisición de la personalidad implica una toma gradual de conciencia de los propios motivos en las actividades culturales hasta que se establece una jerarquía de motivos centrales que forman los sentidos de vida de la persona. Este proceso de jerarquización de motivos se desarrolla a lo largo de la ontogenia y, hasta la adolescencia, no está completamente orientado por la autoconciencia. (4)

### **Contenido y estructura de la personalidad**

- Contenido: Incluye procesos motivacionales, volitivos, emocionales, y propiedades del pensamiento.
- Estructura: Se refiere a como los motivos están jerarquizados por el individuo.

La personalidad se concibe como un sistema jerárquico y unificado en el que las partes interactúan de manera sistémica a medida que crece. A medida que el individuo crece, este sistema jerárquico se estabiliza y se torna más armónico, estableciendo una personalidad formal y madura cuando los motivos personales ocupan una posición jerárquica elevada. (4)

### **Importancia del juego en la edad preescolar**

El juego temático de roles en la edad preescolar es especialmente importante para el desarrollo de la reflexión, la empatía, el comportamiento voluntario, y la adopción de normas morales. A través del juego, los niños aprenden a interactuar con otros, a entender diferentes roles sociales y a desarrollar habilidades críticas para su personalidad. (4)

### **Factores que influyen en la personalidad**

La personalidad de una persona se moldea a través de diversos factores que interactúan entre sí a lo largo del tiempo. Estos factores se pueden agrupar en tres categorías principales: biológicas, psicológicas y sociales.

#### **1. Factores Biológicos:**

- **Genética:** La herencia genética juega un papel crucial en la formación de la personalidad. Características como el temperamento y ciertas tendencias de comportamiento están influenciadas por los genes.
- **Neurobiología:** El funcionamiento del cerebro y el sistema nervioso central también afectan la personalidad. Diferencias en la química cerebral pueden influir en cómo una persona procesa las emociones y responde a diferentes situaciones.
- **Salud Física:** Las condiciones de salud, especialmente durante el desarrollo temprano, pueden impactar en el desarrollo de la personalidad. Enfermedades crónicas o problemas neurológicos pueden alterar la manera en que una persona interactúa con su entorno. (2)

## 2. Factores Psicológicos:

- **Experiencias Tempranas:** Las experiencias durante la infancia, como el tipo de apego con los cuidadores, tienen un impacto significativo en la formación de la personalidad. (2)
- **Mecanismos de Defensa:** La forma en que una persona aprende a enfrentar el estrés y la ansiedad puede influir en su personalidad. Los mecanismos de defensa desarrollados para manejar las emociones negativas pueden moldear las reacciones y comportamientos futuros. (2)
- **Procesos Cognitivos:** La manera en que una persona piensa sobre sí misma y sobre el mundo también juega un papel importante. Las creencias, actitudes y expectativas pueden guiar el comportamiento y las interacciones sociales.<sup>2</sup>

## 3. Factores Sociales:

- **Familia:** El entorno familiar y la dinámica de relaciones dentro de la familia son fundamentales. Los estilos de crianza, la disciplina, el apoyo emocional y el nivel de conflicto en la familia afectan profundamente el desarrollo de la personalidad. (2)
- **Amigos y Relaciones Sociales:** Las interacciones con amigos y pares también influyen en la personalidad. A medida que las personas crecen, los grupos de pares y las relaciones sociales proporcionan un contexto para el desarrollo de la identidad y el comportamiento social. (2)
- **Cultura y Sociedad:** La cultura en la que vive una persona establece normas y expectativas

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

que guían el comportamiento. Los valores culturales, las prácticas sociales y las influencias mediáticas también contribuyen a la formación de la personalidad. (2)

### **Criterios para una personalidad normal/sana**

#### **Autoconcepto positivo**

Tener un autoconcepto positivo significa tener una visión positiva y realista de uno mismo. Las personas que tienen una buena autoestima se reconocen a sí mismas, aceptan sus fortalezas y debilidades y tienen una autoestima saludable. Las personas con este tipo de autoconcepto pueden enfrentar desafíos con confianza y mantener un equilibrio emocional estable. La aceptación de uno mismo y el reconocimiento de sus habilidades son esenciales para el desarrollo de una personalidad saludable. (5)

#### **Relaciones interpersonales saludables**

Las relaciones interpersonales saludables se caracterizan por la confianza, el respeto mutuo, la comunicación abierta y la empatía. Estas relaciones no solo contribuyen al bienestar emocional individual, sino que también fortalecen la cohesión social y la colaboración en diversos contextos, como el familiar, educativo y laboral. Las personas que desarrollan habilidades sociales y emocionales a través de la inteligencia interpersonal e intrapersonal tienen mayores probabilidades de formar relaciones duraderas y satisfactorias.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

Los hallazgos sobre la relación entre inteligencias múltiples y habilidades interpersonales tienen importantes implicaciones prácticas. Por ejemplo, en el ámbito educativo, se pueden diseñar programas que promuevan el desarrollo de las inteligencias interpersonal e intrapersonal para mejorar la convivencia y el clima escolar. En el entorno laboral, las empresas pueden implementar talleres de desarrollo personal que fomenten estas habilidades para mejorar el trabajo en equipo y la satisfacción laboral. (6)

### **Regulación emocional adecuada**

La regulación emocional, es decir, la habilidad para monitorear, evaluar y modificar las emociones propias y las reacciones relacionadas es un componente clave de la personalidad saludable. Implica responder de manera apropiada a los eventos estresantes y recuperarse de los estados emocionales negativos. (7)

### **Capacidad de afrontamiento**

Las personas con personalidad saludable tienden a utilizar estrategias de afrontamiento adaptativas y efectivas para hacer frente a las demandas y desafíos de la vida. Esto incluye el uso de estrategias centradas en el problema, la reevaluación positiva, la aceptación y la búsqueda de apoyo social. (7)

## **Introducción a los trastornos de la personalidad**

### **Definición y características generales**

Los trastornos de la personalidad son un grupo de afecciones mentales caracterizadas por patrones de pensamiento, comportamiento y funcionamiento emocional que se desvían significativamente de las expectativas culturales, y que son inflexibles y persistentes. Estos patrones pueden causar problemas significativos en las relaciones interpersonales, el trabajo y otros ámbitos importantes de la vida. Los trastornos de la personalidad se encuentran entre las afecciones psiquiátricas más comúnmente experimentadas, afectan aproximadamente entre 5 y 15% de la población. (2)

### **Características generales**

1. **Persistencia y rigidez:** Los patrones de comportamiento y pensamiento en los trastornos de la personalidad son duraderos y afectan de manera constante a las personas, comenzando generalmente en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. (2)
2. **Impacto en las relaciones:** Las personas con trastornos de la personalidad suelen tener dificultades para establecer relaciones estables y satisfactorias. Pueden ser insensibles a los sentimientos de los demás, emocionalmente distantes o excesivamente dependientes y temerosas del rechazo. (2)

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

3. **Percepción de Sí Mismo y de los Demás:** Estas personas pueden tener una imagen de sí mismas que cambia según la situación y las personas con las que interactúan. Su autoconcepto puede oscilar entre extremos, como sentirse grandioso en un momento y sin valor en otro. (2)
4. **Resistencia a reconocer el problema:** Frecuentemente, las personas con estos trastornos no reconocen sus propios comportamientos como problemáticos. Pueden ver sus pensamientos y acciones como normales y considerar que los problemas residen en los demás. (2)

### Tipos de trastornos de personalidad según DSM/CIE

Tabla 1. Clasificación de los Trastornos de Personalidad

CLASIFICACIÓN	
DSM-5	CIE-10
Trastorno de la personalidad paranoide	Trastorno paranoide de la personalidad
Trastorno de la personalidad esquizotípica	Trastorno esquizoide de la personalidad.
Trastorno de la personalidad esquizoide	Trastorno disocial de la personalidad.
Trastorno de la personalidad antisocial	Trastorno impulsivo de la personalidad

Trastorno de la personalidad límite	Trastorno límite de la personalidad
Trastorno de la personalidad histriónica	Trastorno histriónico de la personalidad
Trastorno de la personalidad narcisista	Trastorno anancástico de la personalidad
Trastorno de la personalidad evitativa	Trastorno ansioso
Trastorno de la personalidad depresiva	Trastorno dependiente de la personalidad
Trastorno de la personalidad por dependencia	Otros trastornos específicos de la personalidad
Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva	Trastorno de la personalidad sin especificación

Fuente: Echerri D. Universidad Central de Las Villas. 2020 (8)

### **Prevalencia y comorbilidad**

De acuerdo a la prevalencia, según un estudio realizado por Winsper et al. (2020), la prevalencia global de los trastornos de la personalidad en la población general se estima entre el 4% y el 15%. El trastorno de personalidad más frecuente es el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, con una prevalencia del 2,7% al 7,9%, seguido por el trastorno de personalidad narcisista (0,8% - 6,2%) y el trastorno de personalidad evitativa (0,4% - 5,9%).(9)

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

En cuanto a comorbilidad los trastornos de la personalidad suelen presentar una alta comorbilidad con otros trastornos mentales. Los trastornos de personalidad se asocian comúnmente con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias y trastornos psicóticos.(10)

Específicamente, el trastorno de personalidad límite presenta una alta comorbilidad con el trastorno depresivo mayor (39,2%), el trastorno de ansiedad generalizada (37,3%) y el trastorno por consumo de sustancias (42,1%). (10)

Por otro lado, el trastorno de personalidad narcisista se asocia con una mayor prevalencia de trastornos relacionados con sustancias, como el trastorno por consumo de alcohol (49,8%) y el trastorno por consumo de drogas (37,9%). (10)

## **Causas y factores de riesgo de los trastornos de personalidad**

### **Genética y biología**

En la actualidad ya es un hecho aceptado que la personalidad es producto de una gran red de genes que son propiciados por la madre y el padre, esto se ha logrado a establecer mediante estudios realizados en gemelos y bases familiares; un estudio que se desarrolló hasta hace muy poco permite la identificación de endofenotipos, el cual se define como: "*rasgos cuantificable que no se puede observar a*

*simple vista y que se ubica más próximo a la base genética de una enfermedad que el fenotipo clínico*"<sup>11</sup>. Esto endofenotipos pueden ser aplicables en un trastorno psiquiátrico y tener una aproximación etiológica mucho más clara del problema que se está desarrollando.

Así mismo, el medio ambiente consta como un cofactor para los factores genéticos, esto debido a que en múltiples trastornos psiquiátricos se han evidenciados cambios a nivel genéticos que han sido heredados por los padres, sin embargo, un porcentaje de estos individuos nunca desarrolló el trastorno y esto debido a que no fueron expuestos a los estímulos ambientales que funcionaran como un detonante para la enfermedad.

En base a una serie de estudios epidemiológicos se indica que los 10 trastornos de la personalidad ubicados en el Eje II del DSM - V tiene una forma de herencia entre leve y moderada.<sup>12</sup> Esto se correlaciona a su vez con 3 factores que han sido determinados como bases genéticas para el desarrollo de un trastorno de la personalidad. (13)

- 1. Sistema Serotoninérgico**
- 2. Sistema Noradrenérgico**
- 3. Sistema Dopaminérgico**

Estos 3 sistemas juegan un rol principal para este tipo de trastornos puesto que son neurotransmisores encargados

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

del control del estado de ánimo, de la impulsividad y de un posible comportamiento agresivo, es decir, una alteración en uno de estos 3 puede desatar un cambio de tipo insidioso en un paciente.(14) Para la actualidad se ha estudiado varias vías que pueden servir como sustento para el argumento mencionado:

- Los **transportadores de Serotonina (HTT)** permiten la interacción de este neurotransmisor con su receptor, y este proceso a su vez permite el control de las emociones y una disminución de la impulsividad. En un estudio realizado en el 2017 se logró evidenciar que en 22 pacientes diagnosticados con uno o más trastornos de la personalidad el nivel de estos receptores estaba disminuido en comparación con los pacientes sanos. (15)
- El **glutamato y sus receptores NMDA** son responsables de los mecanismos excitatorios en el SNC, esto quiere decir que un exceso en la actividad glutamatérgica puede conducir a estados de inestabilidad emocional e impulsividad. Este hecho coincide con el desarrollo del **Trastorno Límite de la Personalidad**, en el cual se ha logrado evidenciar una disminución en zonas del hipocampo y amígdala, lugares donde se encuentra de forma principal el glutamato y su receptor. (15)

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

- **La Catecol O Metiltransferasa (COMT)**, es una enzima encargada de la degradación de catecolaminas como: dopamina, adrenalina y noradrenalina - neurotransmisores encargados del control de las emociones - cuando la COMT se encuentra sobre expresada causa una disminución anormal de catecolaminas y una desregulación en los pensamientos que evitan la impulsividad, este hecho se logró confirmar con estudios realizado en paciente con **Trastorno Límite de la Personalidad**. (15)

En base a lo determinado, queda establecida la base genética dentro del desarrollo del trastorno de la personalidad, centrandó atención principal en los 3 sistemas mencionados y su interacción con un factor exterior que funcione como un "detonante"

### **Traumas infantiles y apego**

El temperamento es parte clave para la personalidad de una persona, no sólo porque determina la forma de responder ante una situación estresante, también es aquel que define el ambiente en el que se pueda desarrollar un niño y que está relacionado con factores externos: la familia y el ambiente.

(16)

El desarrollo de una persona es impulsado por el comportamiento en una infancia temprana, para esto se proponen 2 modelos explicativos:

1. Bebés que presenten un **temperamento sosegado** tendrán un comportamiento más tranquilo y responderán de mejor manera a un cambio en su entorno, esto a su vez condiciona que el trato por parte de sus cuidadores sea: **cercanía, apego y ternura.** (16)
2. Bebés que presenten un **temperamento fuerte** presentarán respuestas más agresivas e intensas ante un cambio en su entorno, y esto a su vez condiciona respuestas de **angustia, impulsividad y agresividad** por parte de sus cuidadores. (16)

Entonces, ¿de qué manera se relacionan los 2 modelos explicativos con la aparición de trastornos de la personalidad? Para responder la interrogante se centra la atención en el segundo modelo explicativo, pues, en estos casos pueden presentarse los **traumas menores** - negligencia, culpabilización, falta de respuesta parental y demás - que adquieren un carácter de alto riesgo por presentarse dentro de la primera infancia de la persona. (16) Estas situaciones se caracterizan por la presencia de un ambiente inseguro, falta de protección y apego en el

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

desarrollo del infante, ocasionando el desarrollo de conflictos a nivel interno y sentando las bases para los posteriores cambios de la personalidad.

En pacientes con estos antecedentes es muy común observar: **disociación y distorsiones cognitivas** que cambian su forma de entender el mundo, desarrollando desde edades tempranas **desregulaciones afectivas, falta de control en respuesta al estrés y poco sentido de la empatía**, manifestaciones que son conocidas como "rasgos de la identidad" y que se pueden profundizar hasta el punto de coincidir con los criterios diagnósticos para un trastorno de la personalidad. (16)

### **Factores socioculturales**

Todo individuo se desarrolla dentro de un grupo de personas específico, ubicados en una zona geográfica determinada y que interactúan de forma directa o indirecta, es decir: **todo individuo se desarrolla en una sociedad específica**. En el mismo contexto, una sociedad está determinada por múltiples factores y uno de ellos, considerado el más importante es la **cultura**; conjunto de creencias, prácticas, normas y tradiciones que comparten todos los miembros de una sociedad y la cual es transmitida de generación en generación. (17)

A pesar de poder ser considerado como el "espacio seguro" de un ciudadano, también puede llegar a comportarse como

un factor de riesgo extremo en los casos donde todas estas normas se alteren. (17)

Las principales situaciones que alteran el medio de desarrollo personal son:

- Condiciones laborales o sociales estresantes
- Discriminación
- Condiciones de vida
- Acceso a alimentos
- Atentado a los derechos humanos

La presencia de estas situaciones ocasiona que el individuo se desarrolle en un ambiente "cruel" y abundante de estrés, en el cual luchan por tener las condiciones necesarias para subsistir. En Ecuador se logró determinar que gran parte de la población de la clase baja contaba con una larga lista de factores de riesgo psicosociales para el desarrollo de un trastorno de la personalidad.<sup>18</sup> En este mismo contexto, se encuentran las sociedades donde las **expectativas sociales** se vuelven detonantes de un trastorno psiquiátrico. Los países asiáticos son caracterizados por la valoración excesiva de la obediencia y sumisión, por tanto, los índices de **trastornos de la personalidad dependientes** son más altos que en otras sociedades. (19)

Pueden existir sucesos que no afectan a un solo individuo, al contrario, afectan a la sociedad como colectivo, estos sucesos son los denominados **traumas mayores**: guerras, genocidios, desastres naturales y demás; los cuales generan

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

desequilibrios en los roles de cada individuo y promueven un instinto de supervivencia, en estos casos podrían presentarse índices altos de **Trastorno Antisocial**. (19)

Por otro lado, la cultura también se puede comportar como desencadenante, esto se observa de mayor forma en pacientes que han vivido procesos de migración. Estas personas se ven obligadas a adaptarse a las normas culturales nuevas del lugar donde residen luego de la migración y esto ocasiona un trastorno conocido como "**Aculturación**": *Perder y cambiar su cultura de forma brusca*. Es común observar casos de disonancia y conflicto de identidad, procesos que pueden aportar al desarrollo de una personalidad patológica. (19)

## **Diagnóstico de los trastornos de personalidad**

### **Evaluación clínica y entrevistas**

Los trastornos de la personalidad se encuentran relacionados a una gran cantidad de factores desencadenantes y predisponentes, a variaciones en las manifestaciones de cada cuadro, a conductas definidas según se sociedad y cultura, antecedentes personales de la infancia y demás; por ellos resulta importante que el médico realice una exploración global, la cual logre captar todas las variables que pueden dar como resultado un trastorno de la personalidad. (20)

Antes de iniciar con la entrevista al paciente, resulta de suma importancia establecer una "alianza terapéutica", es decir, haber creado una base segura para una charla entre un médico y su paciente, este proceso previo permite que el paciente se sienta cómodo frente a la entrevista y aplicación de pruebas, generando entonces resultados más verídicos para un diagnóstico certero. (21)

Así mismo, antes de iniciar con la entrevista del paciente, tiene que realizarse una observación de su forma de actuar, este proceso tiene que realizarse de forma enmascarada y evitar que el paciente lo note, de esta forma podremos determinar características iniciales para guiar el diagnóstico; algunas de ellas son:

- Higiene y vestimenta
- Postura
- Grado de actividad
- Forma de expresar sus emociones
- Actitud presentada ante el entrevistador
- Nivel de compromiso ante la entrevista
- Forma de hablar
- Interacción con otras personas
- Estado de ánimo (21)

Por lógica, el proceso de observación no se realiza solo en el primer momento en el que se ve al paciente, este proceso tiene que mantenerse activo durante toda la entrevista y aplicación de pruebas.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

Para la entrevista es necesario que realizamos una historia clínica guiada a la psicología, donde se incluya la mayor cantidad de aspectos para descartar o guiar un diagnóstico; un guía para la entrevista puede relacionarse con la siguiente guía:

Tabla 2: Aspectos Clínicos a Evaluar y Procesos Recomendados

Aspecto	Proceso
<b>Clínica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Análisis médico</li><li>▪ Revisión de análisis de laboratorio</li><li>▪ Recopilación de medicamentos administrados</li></ul>
<b>Historia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Permitir al paciente contar su historia de vida con libertad.</li><li>▪ Elaborar una línea de vida</li><li>▪ Elaborar un genograma</li></ul>
<b>Cultura</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Origen étnico</li><li>▪ Autoidentificación cultural</li><li>▪ Creencias: religiosas, políticas o espirituales</li><li>▪ Valores inculcados en su comunidad</li><li>▪ Normas sociales en su medio</li><li>▪ Costumbres típicas</li><li>▪ Estructura familiar</li><li>▪ Percepción de "salud mental"</li><li>▪ Presencia de aculturación</li></ul>

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

<b>Circunstancias de Vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabajo</li> <li>▪ Parejas</li> <li>▪ Hijos</li> <li>▪ Amigos</li> <li>▪ Estado económico</li> <li>▪ Familia</li> </ul>
<b>Factores Psicológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ansiedad</li> <li>▪ Estrés</li> <li>▪ Depresión</li> <li>▪ Baja autoestima</li> <li>▪ Evaluar acerca de factores desencadenantes</li> <li>▪ Evaluar sobre factores agravantes</li> <li>▪ Evaluar sobre patologías psicológicas previas</li> </ul>
<b>Soluciones Intentadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preguntar si ha tenido intentos de buscar vías de solución para su problema, distintas a la ayuda médica.</li> </ul>
<b>Hábitos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consumo de alcohol</li> <li>▪ Consumo de tabaco</li> <li>▪ Formas de ocio</li> <li>▪ Tiempo de trabajo / ocio</li> </ul>
<b>Adaptación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Social</li> <li>▪ Escolar</li> <li>▪ Laboral</li> </ul>

Fuente: Fernández N. Psicología Clínica. 2019 (20)

### **Pruebas e inventarios de personalidad**

Una vez recolectada la información mediante la entrevista y observación se obtiene una visión general del problema tratado, no obstante, la investigación del trastorno debe seguir. Para esto el siguiente paso consta de la aplicación de **inventarios de la personalidad.** <sup>22</sup>

Estos inventarios son instrumentos de evaluación psicológica diseñados con el objetivo de captar todas las múltiples características que puede abarcar la personalidad - de allí que sus orígenes sean por los desacuerdos en la comunidad científica de los componentes de la personalidad - permitirá describir los patrones y conductas de cada individuo. Una de sus ventajas es que es realizada por el mismo paciente, evitando todo tipo de malinterpretaciones o cambios en los resultados. (22)

En el presente, existen diversos inventarios para evaluar la personalidad de un paciente, entre los más utilizados actualmente se encuentran:

- **MMPI-2:** Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (22)
- **16PF:** Cuestionario de la Personalidad 16 PF (Evaluación de 16 escalas primarias y 5 dimensiones globales de la personalidad en sujetos sano) (23)
- **TCI:** Inventario de Temperamento y Carácter(22)
- **MCMII-III:** Inventario Clínico Multiaxial de Millon (22)

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

- **PAI:** Inventario de Evaluación de la Personalidad (22)
- **CEPER:** Cuestionario Exploratorio de la Personalidad (22)
- **NEO PI - R:** NEO Inventario de Personalidad Revisado (22)
- **EPO/EPO - R:** Cuestionario de Personalidad de Eysenck (22)
- **MACI:** Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (22)
- **TAT:** Pruebas de Apercepción Temática (22)

El listado consta de las pruebas más utilizadas en el medio, no obstante, la cantidad de inventarios y pruebas es mucho más extenso, y cada uno de ellos debe ser utilizado según las características del paciente. (Gonzales F)

### **Retos en el diagnóstico**

Con la realización de la entrevista y aplicación de los inventarios se puede llegar a establecer un diagnóstico certero para un trastorno de la personalidad, sin embargo, como en todas las patologías, podemos llegar a encontrar retos o limitantes para este tipo de diagnósticos.

El diagnóstico de un TP se basa fundamentalmente en evaluación clínicas y estudio de la personalidad, esto es una consecuencia de la falta de exámenes complementarios para llegar a un diagnóstico determinado. En otras enfermedades o alteraciones psiquiátricas podemos encontrar pruebas

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

como estudio de neuroimagen, biomarcadores o hallazgos en el examen físico característicos de una enfermedad. (24)

A pesar de que existen criterios y escalas que permiten el diagnóstico más cercano del TP, un problema que se presenta respecto a estos son las fluctuaciones en la sintomatología - característica especial para casos de TP en jóvenes y niños. Estos cambios bruscos en las manifestaciones pueden causar confusiones al momento de clasificar al paciente en un subtipo determinado de personalidad patológica y por tanto administrar terapias muy poco eficaces. (24)

Como se mencionó antes, la aplicación de los inventarios es autónoma del paciente y a pesar de que puede resultar beneficioso, también existen casos donde esta pauta no es correcta. Esto sucede cuando el paciente **distorsiona, cambia o minimiza sus problemas o antecedentes.**

Finalmente, otra de las limitaciones más comunes para el diagnóstico de estos pacientes es la presencia de comorbilidades. Estos procesos ocasionan casos más graves o con síntomas más fuertes que de igual forma puede modificar el diagnóstico. (25)

## **Consecuencias de los trastornos de personalidad**

### **Impacto en la vida diaria y relaciones**

Un cambio en la personalidad de una persona es un proceso sumamente fuerte, puesto que cambia toda su percepción

del mundo y por tanto sus acciones, esto se traduce a cambios directos en su forma de vivir día a día y también en la forma en la que se relaciona con sus conocidos.

En este tipo de pacientes es muy común la disminución de relaciones interpersonales, pues en un trastorno de la personalidad de tipo paranoide, aparecen de forma frecuente ideas de desconfianza, conspiración y paranoia, los cuales evitan que el paciente pueda formar vínculos con personas a su alrededor. Inclusive se han llegado a registrar casos donde los pacientes se aíslan por completo de la sociedad. (26)

Así mismo, es frecuente que en este tipo de pacientes se den enfermedades graves y avanzadas, no por algún fallo del sistema inmunitario, al contrario, estos trastornos suelen estar acompañados de alteraciones en la percepción de las manifestaciones y evitar que el paciente acuda a consulta de forma apropiada. (27)

El impacto en la vida cotidiana del paciente cambia, pero siempre se relaciona con el tipo de alteración que se esté produciendo.

- **Trastorno de la personalidad con aumento del estrés:**  
Causa una ansiedad descontrolada a pesar de que no existan situaciones causantes, esta es tan fuerte que

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

suele generar insomnios o cambios de humor bruscos. (28)

- **Perfeccionismo:** Su búsqueda puede ser tal que en algún momento el paciente puede causarse lesiones o atentar ante su propia vida. (28)
- **Neuroticismo:** Aumento en la presencia de sentimientos como **ira o depresión**, Por lo que el paciente puede recurrir al aislamiento. (28)

De igual manera se pueden presentar impactos dentro de la vida laboral del paciente, ya sea por aislamiento social y abandono de puesto de trabajo o puede ser por un cambio en la forma de expresarse, generando un comportamiento histriónico. (29)

## **Bibliografía:**

- Cruz C. Teorías de la personalidad a lo largo de la historia. *Psiquiatría y Salud Mental*. 2019;26(3):119-30.
- Blanco C, Gómez N, Orozco D. Actualización de los trastornos de personalidad. *Revista Médica Sinergia*. 2020;5(4).
- Arango A. Los tipos de personalidad en el ámbito académico. *Investigación y Pensamiento Crítico*. 8 de enero de 2021;9(1):99-111.
- Campos D, Solovieva Y. Formación de la Personalidad durante la Infancia y la Edad Preescolar desde el Paradigma Histórico-Cultural. *INTEGRA2 REVISTA ELECTRÓNICA DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y FAMILIA*. 2022;6(1):44-61.
- Vázquez C, Risso A. Autoconcepto del alumnado universitario. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*. 29 de abril de 2022;9:220-32.
- Espinosa P. inteligencias múltiples en relaciones interpersonales e intrapersonales. *Dominio de las Ciencias*. 2023;9(3):1563-73.
- Olhaberry M, Sieverson C. Desarrollo socio-emocional temprano y regulación emocional. *Revista Médica Clínica Las Condes*. julio de 2022;33(4):358-66.
- Echerri D. Trastorno Paranoide de la Personalidad. Universidad Central de Las Villas. Cuba. 2020.
- Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, et al. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 12 de febrero de 2020;216(2):69-78.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, Øvergård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *J Affect Disord.* febrero de 2013;145(2):143-55.

Bolaños-Palmieri P, Chavarria-Soley G, Contreras J, Raventós H. Un cuarto de siglo de investigación genética en los trastornos neuropsiquiátricos en Costa Rica. *Rev Biol Trop.* 10 de mayo de 2019;67(2SUPL):S1-25.

Holguín T, Palacios J. La genética del trastorno antisocial de la personalidad: Una revisión de la bibliografía. *Salud Mental.* 2014;(37):83-91.

myDNAmap. Trastornos de Conducta y Comportamiento Emocional. 2020.

Guerri M. La influencia de los genes en la personalidad. *Fisiología y Neurociencias.* 2023.

De la Vega D, Jimenez L. Bases Biológicas del Trastorno Límite de Personalidad. 2019.

Mosquera D. Trastornos de Personalidad, Trauma y Disociación Estructural. Formación Continuada a Distancia - Consejo General de la Psicología de España. 2021;46.

Trastorno Límite de la Personalidad. 2022.

Maitta I, Cedeño M, Escobar M. Factores Biológicos, Psicológicos y Sociales que afectan la Salud Mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales.* 2018;

Delgado A, Medina T, Ramírez S, Mosquera Á, Urrego A. Factores psicosociales predisponentes en el desarrollo del trastorno de personalidad antisocial: Una revisión de la literatura [Revisión Bibliográfica]. [Bogotá]: Universidad El Bosque; 2022.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

Fernandez N. Trastornos de Personalidad: Evaluación y Tratamiento. Psicología Clínica. 2019.

Marín J. Evaluación de los Trastornos de Personalidad. 2018.

González F. Instrumentos de Evaluación Psicológica. Ciencias Médicas. Vol. 1. La Habana; 2009.

LISTADO DE PRUEBAS Y TEST PSICOLÓGICOS DISPONIBLES EN CAPS SLP. 2020.

Caballo V, López A, Salazar I. Los trastornos de la personalidad ¿realidad o ficción? El sombrío futuro de su diagnóstico. Behavioral Psychology/Psicología Conductual. 15 de abril de 2024;32(1):5-40.

Tortella-Feliu M, Baños RM, Barrantes N, Botella C, Fernández-Aranda F, García-Campayo J, et al. Retos de la investigación psicológica en salud mental. Clin Salud. marzo de 2016;27(1):37-43.

García Á. Trastorno paranoide de la personalidad: ¿cómo viven las personas que lo sufren? A Tu Salud. 2024.

Thadani B, Pérez-García AM, Bermúdez J. Calidad de vida en personas diagnosticadas con trastorno límite de personalidad: papel mediador de la satisfacción vital. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 17 de agosto de 2018;23(2):89.

Reid S. Tipos y Rasgos de la Personalidad y Cómo afectan en la Salud Mental. Bienestar - HelpGuide. 2024.

Gálvez M, Mingote J, Moreno B. El paciente que un trastorno de personalidad en el trabajo. Med Segur Trab (Madr). 2010;56(220).

## TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO A (PARANOIDE, ESQUIZOIDE Y ESQUIZOTÍPICO)

### Introducción:

Las características que están en un cambio constante y se adaptan de forma única tanto al medio externo e interno son la definición de la personalidad tomando en cuenta que las personas tienen autoconciencia diferenciándolas así de una máquina u objeto inanimado.

Los trastornos de la personalidad están dentro del grupo de problemas psiquiátricos más comunes y afectan alrededor de entre el 5 y el 15% de la población convirtiéndose así en un considerable problema de salud que necesita ser abordado por los profesionales encargados del tema, los cuales deben tener un exclusivo cuidado al momento de diagnosticar y tratar éstas afecciones. (1)

Además de frecuente, el trastorno de la personalidad es crónico y un dato importante e interesante es que la mitad de los pacientes psiquiátricos padece de un trastorno de la personalidad que en ocasiones suele asociarse a otros síndromes clínicos de la misma índole sumado a que estos trastornos son factores de riesgo para desarrollar otro trastorno psiquiátrico como los intentos de suicidio y los trastornos de la conducta alimentaria. En los individuos que padecen de un trastorno de la personalidad existe inclusive una mayor probabilidad de negación frente a su problema y del rechazo al tratamiento como de la ayuda psiquiátrica comparándolos con pacientes aquejados por algún otro problema de índole psiquiátrico. (2)

Para el DSM V los trastornos de la personalidad no son más que patrones de comportamiento y de experiencias internas sin incluir expectativas ni la cultura o tradiciones de las

personas, es un fenómeno inflexible pero a su vez generalizado, por lo general comienza en la adolescencia o en la adultez temprana, mantenido al paso del tiempo causante tanto de deterioro como de malestar y afecta a diferentes áreas influyendo al menos en dos de las siguientes: Afectividad, interpersonalidad, impulsividad y cognición, además de lo anteriormente mencionado el sufrimiento es una característica común de los pacientes que padecen un trastorno de la personalidad. El DSM V a su vez abarca o clasifica subtipos de los trastornos de la personalidad en 3 grupos; El grupo A que incluye los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico; El grupo B que incluye al narcisista, al límite, al antisocial y al histriónico y el grupo C que incluye al obsesivo-compulsivo, dependiente y evitativo. Cada uno de los pertenecientes a cada grupo comparte características similares, las personas del grupo A suelen considerarse excéntricas o raras, las del grupo B se inclinan al dramatismo y las del C comparten algún tipo de ansiedad o temor. A menudo es común que las personas presenten los rasgos de más de un trastorno de la personalidad, en caso de que se encuentre síntomas de dos o más trastornos de la personalidad el médico debe diagnosticar cada trastorno de manera individualizada. (2)

### **Objetivo General**

Este capítulo tiene como objetivo describir exhaustivamente los trastornos específicos de la personalidad del Grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico) utilizando una revisión crítica de la literatura y estudios recientes con el fin de identificar avances en el diagnóstico y tratamiento y sugerir direcciones futuras que mejoren el manejo de la enfermedad.

## Desarrollo

### **Trastornos específicos de la personalidad del grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico).**

Cómo ya se ha descrito los trastornos de la personalidad se clasifican por grupos basados en el DSM V, el primer grupo o grupo A engloba a los tres trastornos considerados como raros o excéntricos los cuales son paranoide, esquizoide y esquizotípico; Estos individuos comparten el patrón común de aislamiento e inclusive sienten algún tipo de desprecio hacia las demás personas.

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

El trastorno de la personalidad paranoide o PPD por sus siglas en inglés se caracteriza por una marcada desconfianza además de suspicacia hacia el resto de las personas, aquellos que padecen dicho trastorno tienden a pensar o interpretar que los demás poseen intenciones maliciosas hacia ellos sin que exista un justificante real sobre lo mismo o causa aparente para que el individuo interpretará aquello<sup>3</sup>; En otras palabras están constantemente atentos a posibles insultos, desaires o amenazas, además de que suelen ser hostiles, coléricos e irritables, rechazando la responsabilidad de sus propios sentimientos asignándoles a otros. Se pueden considerar como personas intolerantes, los cónyuges patológicamente celosos y buscadores de agravios. (2)

### **Epidemiología.**

Su prevalencia varía entre el 2 y 4% de la población mundial, es raro que una persona con este trastorno busque atención profesional por sí misma y suelen referir no sentir malestar alguno. Existe una mayor incidencia de este trastorno en pacientes que poseen familiares esquizofrénicos, es más comúnmente diagnosticado en hombres que en mujeres. (2) Existen evidencias que muestran que existe un vínculo entre el trastorno paranoide con el abuso emocional o físico así como la victimización durante la infancia, además de esto rara vez se diagnóstica por sí solo. (4)

### **Cuadro Clínico.**

Desconfianza excesiva o injustificada, sospecha de infidelidad de la pareja, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva.

La característica principal de las personas con este trastorno es la desconfianza excesiva hacia las demás personas que se manifiesta como una interpretación errónea de las acciones e intenciones ajenas como amenazantes, malévolas, humillantes o encaminadas al engaño, esto es manifestado en varios contextos y por lo general se expresa a inicios de la edad adulta, es inevitable que un individuo que padezca este trastorno crea que las demás personas tienen intenciones de explotarlo o perjudicarlo, constantemente están cuestionando la lealtad de sus colaboradores, amigos, familiares o parejas, suelen ser celosos patológicos lo que conlleva permanentes problemas con sus cónyuges o parejas sexuales. Es frecuente que atribuyan a los demás los pensamientos e impulsos que son incapaces de aceptar en ellos mismos. Afectivamente están limitados y probablemente carezcan de emociones, no son ni racionales ni objetivos aunque ellos estén convencidos y orgullosos de serlo, se muestran impresionados y pendientes del poder así

como del rango social. Suelen provocar conflictos o temor en las demás personas aunque se vean muy competentes y eficientes, además expresan desprecio hacia las personas que ellos consideran débiles o incapaces. (5)

### **Diagnóstico.**

Cuando se realiza la exploración psiquiátrica estos pacientes se pueden observar muy correctos además de mostrar desconcierto por encontrarse en una consulta psiquiátrica, no pueden relajarse, se notan tensos y escudriñan el lugar constantemente, además se ven serios y carentes de sentido del humor, algo interesante es que su discurso es lógico y está encaminado a un fin. (2)

De acuerdo al DSM V existen criterios para su diagnóstico:

A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.
3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).

6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.

7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (6)

### **Diagnóstico Diferencial.**

Existen diferencias entre el trastorno paranoide y el delirante por la ausencia de las ideas delirantes, no sufren alucinaciones como los pacientes con esquizofrenia paranoide, del límite se diferencia porque es muy raro que un paciente con personalidad paranoide se involucre en relaciones apasionadas con otras personas, carecen de conductas antisociales a diferencia de un paciente con trastorno antisocial.

Normalmente un médico puede distinguir a estos pacientes por la omnipresencia de su paranoia hacia otras personas. (7)

### **Tratamiento.**

El abordaje general del trastorno de personalidad paranoide sigue las pautas generales para todos los trastornos de personalidad, ya que no se han identificado tratamientos específicos efectivos para este trastorno en particular. Debido al alto nivel de sospecha y desconfianza en los pacientes, establecer una relación terapéutica sólida puede resultar desafiante. Reconocer la validez de las

preocupaciones del paciente puede ayudar a construir una alianza terapéutica, lo que a su vez facilita la participación en terapias como la cognitivo-conductual o el uso de medicamentos. (8)

### **Trastorno de la personalidad esquizoide:**

El trastorno de la personalidad esquizoide es una condición crónica que se caracteriza por un patrón general de distanciamiento social, afectivo y una marcada incapacidad para establecer relaciones interpersonales significativas durante toda su vida. Las personas que lo padecen suelen ser introvertidas, reservadas y tienden a preferir la soledad sobre la interacción social; Incluso los demás los suelen ver cómo excéntricos y solitarios constituyendo todo lo mencionado a sus rasgos más notorios. (9)

### **Epidemiología.**

Aunque el trastorno de la personalidad esquizoide es relativamente raro en comparación con otros trastornos de la personalidad, afecta aproximadamente del 1 al 5% de la población general. Se observa con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, y suele manifestarse en la adolescencia o en la adultez temprana. Las personas que padecen esta condición suelen realizar trabajos que les conllevan a la soledad y muchos de ellos eligen el trabajo nocturno y así evitar el contacto con las personas. (10)(2)

### **Cuadro Clínico.**

Dan una impresión fría y distante, parecen reservadas, no muestran interés ante lo cotidiano y lo que parece interesar a los demás, se ven silenciosos, humanos y retraídos, pueden vivir sin la necesidad de crear lazos con las demás personas

y es característico que sean los últimos en enterarse en los cambios de la moda. Se ven atraídos por trabajos solitarios, que carezcan de competencia o que los demás aborrezcan y los encuentren difíciles de tolerar, sus vidas sexuales se suelen limitar a fantasías, a menudo los hombres al ser incapaces de intimar permanecen solteros mientras que las mujeres que padecen este trastorno suelen contraer matrimonio con hombres dominantes. Estos pacientes tienen la incapacidad para mostrar enojo durante toda su vida, suelen sentir apego hacia los animales e invierten tiempo en actividades que no son tan llamativas para el resto como es el caso de las matemáticas, se muestran preocupados por la salud a menudo y suelen seguir ideologías que buscan las mejoras sociales sin que haya una implicación personal. Aunque se centren en sí mismas y en sus sueños pueden reconocer la realidad, no suelen participar de actos agresivos por lo que las amenazas ya sean reales o imaginarias solo las resuelven en fantasía o con la resignación. Aunque sean solitarios tienen la capacidad de desarrollar ideas creativas y originales. (2)

Su sintomatología como tal se resume en:

- Evitación de las relaciones sociales y preferencia por actividades solitarias.
- Fría indiferencia hacia las opiniones y emociones de los demás.
- Dificultad para expresar emociones y respuestas emocionales planas.
- Escaso interés en establecer relaciones íntimas, incluyendo amistades cercanas y relaciones románticas.
- Disminución del disfrute en actividades placenteras.
- Preocupación excesiva por fantasías e intereses internos.
- Ansiedad social y torpeza en situaciones sociales. (11)

### **Diagnóstico.**

El diagnóstico del trastorno de la personalidad esquizoide se basa en una evaluación exhaustiva de la historia clínica y los síntomas actuales del paciente. Los criterios diagnósticos establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) incluyen la presencia de patrones persistentes de distanciamiento social y afectivo, así como la exclusión de otras condiciones médicas o psicológicas que puedan explicar los síntomas.

Estos pacientes pueden parecer enfermos, no toleran el contacto visual y en consulta dan a entender que desean que la entrevista termine, se muestran serios, pero, si se realiza la observación adecuada se podría evidenciar el miedo, presentan dificultad para ser espontáneos, su discurso suele ser bien dirigido, pero probablemente respondan de manera escueta, a veces utilizan metáfora un poco extrañas y se suelen fascinar por conceptos metafísicos u objetos inanimados. Adicionalmente hay que tener en cuenta que su memoria funciona de manera correcta. (12)

El DSM V utiliza algunos criterios para su diagnóstico los cuales son:

A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
2. Casi siempre elige actividades solitarias.
3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.

5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (6)

### **Diagnóstico Diferencial.**

Es crucial diferenciar el trastorno de la personalidad esquizoide de otras condiciones similares, como el trastorno esquizotípico de la personalidad porque ellos presentan una mayor implicación social, la esquizofrenia ya que no presenta delirios ni alucinaciones, la depresión mayor, el trastorno de ansiedad social y la evitación de la personalidad. Esto requiere una evaluación minuciosa de los síntomas y la historia clínica del individuo para descartar otras posibles causas de los comportamientos observados. (13)

### **Tratamiento.**

El tratamiento del trastorno de la personalidad esquizoide se centra en abordar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente. Las intervenciones terapéuticas suelen incluir terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo y terapia ocupacional para ayudar a mejorar las habilidades sociales y la adaptación funcional. El tratamiento de estos es similar a aquellos con el trastorno de la personalidad paranoide y es característico que estos puedan llegar a ser buenos

pacientes aunque se muestran distantes, a medida que se gana la confianza estos pacientes muestran además de las fantasías la existencia de amigos imaginarios y el miedo a la dependencia incluso del terapeuta. En el caso de la terapia de grupo al principio suelen mostrarse distantes pero terminan por incluirse llegando a ser algo fundamental para ellos la existencia del grupo incluso convirtiéndose en su única interacción social.

Los medicamentos pueden ser recetados para tratar síntomas coexistentes, como la depresión o la ansiedad, pero no existe un enfoque farmacológico específico para el trastorno de la personalidad esquizoide en sí mismo. La terapia centrada en la aceptación y el apoyo emocional también puede ser beneficiosa para ayudar al individuo a desarrollar una mayor autoaceptación y a encontrar sentido en su vida social y emocional. Las dosis bajas de los antipsicóticos y antidepresivos se han mostrado eficaces en estos casos. (2)

### **Trastorno esquizotípico de la personalidad.**

El Trastorno Esquizotípico de la Personalidad (TEP) es un trastorno de la personalidad caracterizado por patrones de pensamiento y comportamiento peculiares, así como por dificultades en las relaciones interpersonales y la expresión emocional.

Las personas que lo padecen son muy raras y extravagantes, en ellos está presente el pensamiento mágico, las ilusiones y la desrealización.

En resumen, el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad es un trastorno poco común pero significativo que afecta la forma en que una persona piensa, se comporta y se relaciona con los demás. Si bien puede ser difícil de tratar, con el

apoyo adecuado de profesionales de la salud mental, muchas personas pueden aprender a manejar sus síntomas y llevar una vida satisfactoria. (8)

### **Epidemiología.**

El TEP es relativamente raro en la población general, con una prevalencia estimada del 3% en la población general. Se observa con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, y tiende a aparecer en la adolescencia temprana o en la adultez temprana. Existe evidencia de una fuerte carga genética en el desarrollo del trastorno. (13)

### **Cuadro Clínico**

Los individuos con TEP suelen exhibir una serie de características que incluyen pensamiento mágico o supersticioso, ideas de referencia (interpretación errónea de eventos como tener un significado personal), percepciones inusuales (como experimentar sensaciones corporales inhabituales) y paranoia leve. También pueden mostrar comportamientos excéntricos, así como dificultades en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales. Las personas con trastorno de la personalidad esquizotípica muestran pensamientos y comunicación inusuales. Aunque no tienen un trastorno del pensamiento claro, su forma de hablar puede ser extraña y solo comprensible para ellos, a menudo necesitando interpretación. Similar a los pacientes esquizofrénicos, pueden no reconocer sus propios sentimientos, pero son muy sensibles a los sentimientos de los demás, especialmente a la ira. Suelen ser supersticiosos y pueden creer que tienen poderes especiales, como la clarividencia. Viven en un mundo interior lleno de relaciones imaginarias, miedos y fantasías infantiles. Pueden tener ilusiones

perceptivas y ver a los demás como inexpresivos y similares entre sí. (8)

## Diagnóstico

El diagnóstico del TEP se basa en la evaluación clínica realizada por un profesional de la salud mental. Se utilizan criterios específicos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) para determinar si los síntomas del individuo cumplen con los requisitos para el trastorno.

Criterios del DSM V:

A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
4. Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).
5. Susplicia o ideas paranoides.
6. Afecto inapropiado o limitado.
7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.

8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.

9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista. (6)

### **Diagnóstico Diferencial.**

Es importante distinguir el TEP de otros trastornos de la personalidad y trastornos mentales, como la esquizofrenia, el trastorno delirante, el trastorno de la personalidad paranoide y el trastorno esquizoafectivo. El diagnóstico diferencial se realiza mediante una evaluación exhaustiva de los síntomas y la historia clínica del individuo (1)

### **Tratamiento.**

El tratamiento del TEP suele implicar una combinación de terapia psicológica y, en algunos casos, medicación. La terapia cognitivo-conductual puede ayudar al individuo a identificar y cambiar pensamientos y comportamientos disfuncionales, mientras que la terapia de apoyo puede brindar un espacio seguro para explorar emociones y relaciones interpersonales. En algunos casos, se pueden recetar medicamentos para abordar síntomas específicos, como la ansiedad o la depresión.

La psicoterapia para el trastorno de la personalidad esquizotípica requiere tacto, similar al tratamiento para los pacientes esquizoides, evitando ridiculizar sus creencias y actividades inusuales. La medicación antipsicótica puede

ayudar con síntomas como ideas de referencia e ilusiones, y los antidepresivos son útiles si hay un componente depresivo. (2)

## **Conclusiones.**

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

Las personas con este trastorno tienden a desconfiar y ser suspicaces de los demás, interpretando las intenciones de los demás como maliciosas o amenazantes.

Suelen ser fríos, distantes y retraídos en sus relaciones interpersonales debido a su miedo constante de ser traicionados o heridos.

La terapia cognitivo-conductual puede ser útil para ayudar a estas personas a cuestionar y modificar sus patrones de pensamiento negativos y desconfiados.

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

Las personas con este trastorno suelen ser distantes emocionalmente y prefieren actividades solitarias.

Tienen dificultades para formar relaciones sociales significativas y tienden a parecer fríos o indiferentes hacia los demás.

La terapia centrada en habilidades sociales y en el desarrollo de la empatía puede ser beneficiosa para mejorar las relaciones interpersonales de estas personas.

### **3. Trastorno de la personalidad esquizotípico:**

Caracterizado por una combinación de pensamientos extraños, comportamiento excéntrico y dificultades en las relaciones sociales.

Las personas con este trastorno pueden experimentar creencias o percepciones inusuales, como la creencia en poderes mágicos o supersticiones.

La terapia cognitivo-conductual y la terapia de grupo pueden ser útiles para abordar los síntomas y mejorar la funcionalidad social de estas personas.

#### **4. Comorbilidad:**

Estos trastornos de la personalidad a menudo se presentan junto con otros trastornos mentales, como la ansiedad o la depresión, lo que puede complicar el diagnóstico y el tratamiento.

#### **5. Impacto en la vida cotidiana:**

Los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico pueden afectar significativamente la vida diaria de quienes los padecen, dificultando el funcionamiento social, laboral y emocional.

#### **6. Causas:**

Se cree que la combinación de factores genéticos, biológicos y ambientales contribuyen al desarrollo de estos trastornos de la personalidad.

#### **7. Dificultades en el diagnóstico:**

Debido a la naturaleza compleja y sutil de estos trastornos, a menudo pueden pasar desapercibidos o malinterpretados, lo que retrasa el inicio del tratamiento adecuado.

#### **8. Necesidad de apoyo emocional:**

Las personas con estos trastornos pueden beneficiarse del apoyo emocional y la comprensión de amigos, familiares y profesionales de la salud mental.

#### **9. Pronóstico y tratamiento:**

El pronóstico varía según la gravedad de los síntomas y la disposición del individuo para participar en el tratamiento.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

La intervención temprana y el apoyo continuo pueden mejorar el pronóstico.

### **10.Importancia del autocuidado:**

Las estrategias de autocuidado, como el manejo del estrés y el desarrollo de habilidades de afrontamiento, son fundamentales para ayudar a las personas con estos trastornos a manejar sus síntomas y mejorar su calidad de vida. (9)

## Bibliografía

- Dra. Carolina Blanco Artola, Dra. Natasha Gómez Solorzano, & Dr. Dennis Orozco Matamoros. (2020, April 1). *Actualización de los trastornos de personalidad*. Revista Médica Sinergia. Retrieved May 31, 2024, from <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/437>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. Wolters Kluwer.
- Cassinello, D. M. (2024, March 4). *Trastorno de la personalidad paranoide*. Dr. Manuel Cassinello. Retrieved May 31, 2024, from <https://manuelcassinello.com/blog/trastorno-de-la-personalidad-paranoide/>
- Zimmerman, M. (n.d.). *Trastorno paranoide de la personalidad - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales*. MSD Manuals. Retrieved May 31, 2024, from [https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-paranoide-de-la-personalidad#Diagn%C3%B3stico\\_v25246480\\_es](https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-paranoide-de-la-personalidad#Diagn%C3%B3stico_v25246480_es)
- C. Llopis Giménez, I. Hernández Mancha, & Ml. Rodríguez García. (2020, Sep 21). Rasgos de personalidad desadaptativos y trastornos de la personalidad en mujeres que denuncian a sus parejas. *Cuadernos de Medicina Forense*, 23(3). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062017000200092](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062017000200092)
- Arango López, C. (Ed.). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (C.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

Arango López, Trans.). Editorial Médica Panamericana.

José A López-Villalobos, & María Victoria López-Sánchez. (2023, jun). *Rasgos de personalidad en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. SciELO España. Retrieved May 1, 2024, from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352023000100004&lang=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352023000100004&lang=es)

Francina Garcia. (2024, May 5). Trastornos de la personalidad. *Universidad Católica Tecnológica Del Cibao*, 21. <https://www.collegesidekick.com/study-docs/13327270>

Reid, S. (2024, February 22). *Trastorno esquizoide de la personalidad: Síntomas, causas y tratamiento*. HelpGuide.org. Retrieved May 31, 2024, from <https://www.helpguide.org/es/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-esquizoide-de-la-personalidad-sintomas-causas-y-tratamiento>

¿Qué es el Trastorno esquizoide? (2021, May 4). Centro Médico ABC. Retrieved May 31, 2024, from <https://centromedicoabc.com/padecimientos/trastorno-esquizoide/>

Vasti Díaz-Quiquia, Joe López, Jair De Souza-Arruda, Rosita Díaz, & Christian Mejía. (2020). Características y factores asociados a trastornos de la esfera mental en estudiantes de medicina de la costa, sierra y selva peruana. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 58(3). [scielo.10.4067/S0717-92272020000300230](https://scielo.10.4067/S0717-92272020000300230)

Rosso E, Novoa M, & Dr. Medina O. (2023). Murder and rape of wife and daughter by a patient with mixed personality disorder. *Revista Científica Ciencia*

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

*Médica*, 16(2). SciELO. Retrieved 5 11, 2024, from [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332013000200012&lang=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332013000200012&lang=es)

González Trijueque. (n.d.). El trastorno esquizoide de la personalidad en la jurisprudencia penal del Tribunal Supremo español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25, 6. Redalyc. Retrieved 5 24, 2024, from <https://www.redalyc.org/pdf/3150/315040291011.pdf>

## TRASTORNO ESPECÍFICO DE LA PERSONALIDAD DISOCIAL

### INTRODUCCIÓN

El trastorno de personalidad disocial, también conocido como trastorno antisocial de la personalidad, es un trastorno mental caracterizado por un patrón persistente de violación de los derechos de los demás y desprecio hacia las normas sociales y legales. Este trastorno implica una indiferencia notable hacia los sentimientos ajenos, una alta impulsividad, agresividad y una falta significativa de remordimiento.

Las personas con este trastorno a menudo presentan comportamientos delictivos como robo, violencia, vandalismo y fraude, mostrando una incapacidad para mantener relaciones interpersonales estables. Su conducta antisocial suele manifestarse desde la infancia o adolescencia temprana.

El trastorno de personalidad disocial tiene sus raíces en una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Entornos familiares disfuncionales, negligencia parental, abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos de los padres aumentan significativamente el riesgo de desarrollar este trastorno. Asimismo, factores como la pobreza, la exclusión social y la exposición a la violencia comunitaria también desempeñan un papel relevante.

Pese a la dificultad en el tratamiento, enfoques psicoterapéuticos como la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar y los programas de intervención conductual han demostrado resultados alentadores, especialmente cuando se implementan de manera temprana. Un manejo

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

multidisciplinario e integral que aborde los diversos factores involucrados es fundamental para lograr un pronóstico favorable.

## **OBJETIVO GENERAL**

Analizar de manera integral el trastorno específico de la personalidad disocial, abordando sus criterios diagnósticos, etiología, métodos de evaluación, estrategias terapéuticas y pronóstico, con el fin de brindar un enfoque comprensivo para el manejo de este trastorno.

## **DESARROLLO**

### **Concepto de trastorno de personalidad disocial.**

El trastorno de personalidad disocial según la CIE-10, o trastorno de personalidad antisocial en el DSM-5, es el único que se define en relación con la sociedad<sup>1</sup>. Se caracteriza por la violación de normas sociales y legales, acompañada de indiferencia hacia los demás y hacia las posibles consecuencias delictivas de sus actos<sup>1</sup>. Ambas clasificaciones enfatizan la irresponsabilidad, impulsividad, irritabilidad, agresividad, violencia, ausencia de sentimientos de culpa y remordimientos. (1)

Un trastorno de la personalidad definido por el desprecio hacia las normas sociales y una falta de consideración cruel por los sentimientos de los demás; existe una gran discrepancia entre las reglas sociales establecidas y su conducta. Este comportamiento no se modifica fácilmente por experiencias negativas, incluyendo el castigo<sup>2</sup>. Las personas con este trastorno presentan baja tolerancia a la frustración y un umbral bajo para estallidos de agresividad, que pueden incluir actos violentos<sup>2</sup>. También tienden a culpar a otros o a justificar su comportamiento conflictivo con explicaciones aparentemente razonables<sup>2</sup>.

Tipos de trastornos de personalidad relacionados: (2)

- Amoral
- Antisocial
- Asocial
- Psicopático
- Sociopático

### **Criterios diagnósticos según el DSM-5 y CIE-10**

Los criterios del DSM-5 (*Ver tabla 1*), para diagnosticar el trastorno de personalidad antisocial, el paciente debe presentar antecedentes de un trastorno de conducta antes de los 15 años, comportamiento que persistió e incrementó en la edad adulta, con al menos cuatro síntomas de dicho trastorno. (3)

**Tabla 1** Criterios del trastorno de la personalidad antisocial (F60.2) en el DSM-5. (3)

<b>CRITERIOS DSM-5</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Estos individuos tienen antecedente previo a los 15 años.</li><li>▪ Destrucción de la propiedad, violación grave de reglas o agresión contra personas o animales (esto es, cumplen los criterios para un trastorno de la conducta, p. 381).</li><li>▪ Mienten, estafan o utilizan un alias al participar en conductas que ameritan un arresto (ya sea que se les detenga o no).</li><li>▪ Pelean o atacan a otros, y por lo general, no planean sus actividades, para depender en vez de esto la inspiración del impulso.</li></ul>

- No muestran remordimiento por alguna de estas conductas, excepto por lamentarse en caso de ser atrapados.
- Se rehúsan a pagar sus deudas o mantener un empleo constante.
- Pueden ponerse o poner a otras personas de manera irresponsable en peligro.

**Fuente:** Elaboración propia

Por otro lado, la CIE-10 (Ver tabla 2) considera también relaciones afectivas efímeras y baja tolerancia a la frustración<sup>2</sup>. Se observa una tendencia a culpar a otros, a la sociedad en general o al destino por su situación, de la cual el sujeto se percibe desposeído<sup>2</sup>. Estos rasgos suelen manifestarse desde la adolescencia o incluso la infancia. (1)

**Tabla 2** Criterios del trastorno disocial de la personalidad (F60.2) en la CIE-10. (2)

<b>CRITERIOS CIE-10</b>	
<b>a. Debe cumplir con los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60) (Ver tabla 3).</b>	<b>b. Debe presentarse al menos tres de los siguientes parámetros:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Crueldad e indiferencia marcada hacia los sentimientos ajenos.</li><li>○ Actitud persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales.</li><li>○ Incapacidad para mantener relaciones interpersonales</li></ul>

	<p>duraderas, aunque puedan establecerlas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Muy baja tolerancia a la frustración y umbral reducido para descargas agresivas, incluyendo reacciones violentas.</li> <li>○ Incapacidad para experimentar culpa y aprender de las experiencias, especialmente del castigo.</li> <li>○ Predisposición significativa a culpar a otros o presentar racionalizaciones plausibles de su conducta conflictiva.</li> </ul>
--	--

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 3** Criterios de los trastornos de la personalidad específicos (F60). (2)

CRITERIOS CIE-10
<i>Trastornos de la personalidad específicos (F60).</i>
<p>G1. El patrón característico del individuo y su forma permanente de experimentar y comportarse difiere significativamente de las normas aceptadas y esperadas en su cultura. Esta desviación debe manifestarse en más de una de las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cognición</li> <li>▪ Afectividad</li> <li>▪ Control de impulsos y satisfacción de deseos</li> <li>▪ Relaciones interpersonales y manejo de situaciones sociales</li> </ul> <p>G2. La desviación debe manifestarse de forma generalizada como un comportamiento rígido y</p>

desadaptativo que interfiere en diversos ámbitos personales y sociales.

G3. Produce malestar general, efecto negativo en el entorno social o ambos, claramente atribuibles al comportamiento del criterio G2.

G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga data, con inicio al final de la infancia o adolescencia.

G5. La desviación no puede explicarse como consecuencia o manifestación de otros trastornos mentales del adulto. Sin embargo, pueden coexistir o superponerse condiciones agudas o crónicas de las categorías F00-F59 o F70-F79.

G6. La alteración no se debe a enfermedad del sistema nervioso central, traumatismo o disfunción cerebral. (De demostrarse causa orgánica se utilizaría la categoría F07).

**Fuente:** Elaboración propia

### **Diferencias entre personalidad disocial y otros trastornos de personalidad.**

Es crucial comprender las diferencias entre el Trastorno de Personalidad Disocial (TPD) y otros trastornos de personalidad (*Ver tabla 4*), debido a que permite una intervención temprana y más efectiva, lo cual puede prevenir el desarrollo de conductas más severas y mejorar el pronóstico a largo plazo. (4)

**Tabla 4** Diferencias entre los diferentes trastornos de personalidad. (4) (7)

Trastorno	Definición	Manifestaciones
Trastorno de Personalidad Disocial (TPD)	Patrón recurrente de conductas en las que se infringen los derechos fundamentales de los demás. Los individuos con este trastorno presentan una indiferencia constante hacia los derechos y sentimientos de los otros.	Egocentrismo, falta de empatía, comportamiento manipulador, agresividad, y justificación de sus actos mediante racionalizaciones convincentes.
Trastorno de Personalidad Límite (TPL)	Inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y emociones, junto con una marcada impulsividad.	Temor intenso al abandono, episodios de ira intensa y comportamientos autodestructivos.
Trastorno de Personalidad Narcisista (TPN)	Se centra en una necesidad constante de admiración y una falta de empatía hacia los demás.	Sentido de grandiosidad, fantasías de éxito ilimitado y explotación de otros para lograr sus propios fines.

<b>Trastorno de Personalidad Histriónica (TPH)</b>	Patrón de excesiva emotividad y búsqueda de atención.	Necesidad constante de ser el centro de atención, comportamiento dramático o provocativo, y expresión emocional superficial y cambiante.
--	---	--

Fuente: Elaboración propia

### Etiología

**Tabla 5** Etiología en relación a factores que influyen a tener un trastorno disocial o antisocial. (8)

Factores	Definición
<b>Factores parenterales (Padres)</b>	<p>La educación estricta y punitiva, caracterizada por una grave agresión física o verbal, está vinculada al desarrollo de comportamientos agresivos y desadaptativos.</p> <p>Los patrones de disciplina inapropiados pueden ir desde la severidad extrema y estricta hasta la inconsistencia o la falta relativa de supervisión y control.</p> <p>La presencia de condiciones caóticas en el hogar.</p> <p>El divorcio, cuando hay una hostilidad persistente, y resentimiento entre los padres.</p>

	<p>El abuso, maltrato infantil y negligencia.</p> <p>Alcoholismo y abuso de sustancias psicoactivas.</p> <p>Trastornos psiquiátricos.</p>
<b>Socioculturales</b>	<p>Viven en condiciones económicas bajas o en zonas urbanas marginadas y que además exista consumo de drogas.</p> <p>Desempleo de los padres.</p> <p>Falta de una red de apoyo social y participación en las actividades recreativas.</p>
<b>psicológicos</b>	<p>Los niños que crecen en entornos caóticos y negligentes tienden a ser malhumorados, agresivos, destructivos y a tener dificultades para desarrollar gradualmente la tolerancia a la frustración, esencial para mantener relaciones maduras.</p>
<b>Neuropsicológico</b>	<p>Exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener dificultades en el funcionamiento del lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas.</p> <p>Se considera que el temperamento de los niños tiene</p>

	origen genético. Los niños y adolescentes de "carácter difícil" (por ejemplo, baja tolerancia a la frustración, inadaptabilidad al cambio, inestabilidad emocional) tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento.
--	---

**Fuente:** Elaboración propia

### **Factores predictores de continuidad de la conducta antisocial**

Existe una variedad de factores predictores de la continuidad de la conducta antisocial, lo cual abarca diversas áreas de la vida de un individuo, incluyen aspectos personales, sociales y ambientales. (9)

En los factores individuales abarca rasgos personales, trastornos psiquiátricos (trastorno de la conducta, oposicionista desafiante y de la personalidad disocial), incluso el consumo de sustancias psicoactivas, además en los factores familiares involucraría una familia con una dinámica disfuncional donde los hijos son presente de los altos niveles de conflictos y baja unión familiar incluso el maltrato y la negligencia influyen en los niños a desarrollar conductas antisociales. (9)

Otro punto a tomar en cuenta son los factores sociales y ambientales se refiere al entorno comunitario debido que vivir en vecindarios con altos niveles de criminalidad y pobreza es un factor de riesgo significativo, incluso influyen la exclusión social y académica a que los individuos desarrollen conductas antisociales persistentes, además que los factores como económicos y estructurales da la exacerbación el riesgo de este trastorno. (9)(10)

Cabe resaltar que existen factores que influyen en la continuidad de la conducta antisocial tales como: (Ver tabla 6).

**Tabla 6** Factores predictores de continuidad de la conducta antisocial. (10)(11)

Característica	Patrón Específico
Edad de inicio	Antes de 10-12 años muestran una conducta antisocial y se relaciona a un inicio precoz.
Amplitud de la alteración	Un mayor número de tipos diferentes de conductas antisociales
Frecuencia de la conducta antisocial	Varios episodios antisociales diferentes, sin depender si son conductas distintas.
Gravedad de la conducta	Esta conducta es grave en la niñez, incluso puede optar por un comportamiento de enjuiciamiento.
Tipo de síntomas	Mentir Impulsividad Escaparse Robar Llegar tarde a casa.
Características de los padres	Influye la psicopatología de los padres, incluso: una conducta antisocial el padre tiene registros de detenciones desempleo, alcoholismo

	Falta de atención hacia sus hijos Excesiva disciplina
Familia	familias con conflictos conyugales mayore predisposición a conductas antisociales.

**Fuente:** Elaboración propia

### **El factor social y psicológico**

A nivel psicológico y social, se ha observado que muchos de estos niños parten de hogares en los que existen problemas de conducta y marginalidad. Esto quiere decir que lo que los niños que hayan crecido en hogares o ambientes donde dichos problemas existan y sean frecuentes, tienen más probabilidades de desarrollar este tipo de trastorno.

Otro de los motivos relacionados con el trastorno disocial está directamente relacionado con el tipo de educación que reciben los niños o adolescentes desde que son pequeños. Si se les educa de forma autoritaria o en cambio siendo muy permisivos, la tendencia a desarrollar dicho trastorno aumenta. Por ello, es muy importante llevar a cabo una educación equilibrada manteniendo un ambiente en casa favorable.

### **El factor biológico**

Aunque parezca imposible, los genes también tienen una parte importante en este sentido. La falta de responsabilidad, honestidad, madurez o empatía pueden ser motivo de factores biológicos propios de su genética. El desarrollo del lóbulo frontal también tiene una relación importante, ya que es el responsable de los procesos cognitivos. Se encarga de planificar, elegir y tomar las

decisiones conscientes y voluntarias relacionadas con la conducta y también con sus consecuencias. Por ello, una malformación o desarrollo del lóbulo frontal puede estar directamente relacionada con este tipo de trastorno.

### **Rasgos de personalidad comunes.**

El Trastorno de Personalidad Disocial, también conocido como Trastorno de Personalidad Antisocial, se caracteriza por diversos rasgos particulares. Estos incluyen:

- *Desprecio por las normas sociales:* Las personas afectadas por este trastorno muestran un continuo desprecio por las normas y reglas sociales, frecuentemente violando los derechos de los demás sin sentir remordimiento. (12)
- *Comportamiento impulsivo y agresivo:* Muestran conductas impulsivas y a menudo agresivas, lo que puede llevar a enfrentamientos frecuentes con la ley. (12) Su comportamiento es impulsivo y no planifican sus acciones con anticipación. (12)
- *Falta de empatía:* Carecen de la capacidad para empatizar con los demás, lo que se manifiesta en una indiferencia por los sentimientos y sufrimientos ajenos. (12)
- *Engaño y manipulación:* A menudo son mentirosos y manipuladores, utilizando el engaño para obtener beneficios personales o simplemente por placer(12)
- *Irresponsabilidad consistente:* Demuestran un patrón constante de irresponsabilidad, como no mantener un empleo estable o no cumplir con obligaciones financieras(12).
- *Ausencia de remordimiento:* No sienten remordimiento o culpa por el daño causado a otros, lo cual es un rasgo característico de este trastorno(12)

Estos rasgos provocan que las personas con Trastorno de Personalidad Disocial enfrenten serias dificultades en sus relaciones interpersonales y en la adaptación a las normas sociales, lo cual puede tener importantes repercusiones en su vida personal y profesional.

### **Ejemplos de comportamientos antisociales.**

- *Delitos*: robo, violencia, tráfico de sustancias, fraude, vandalismo y homicidio. (13)
- *Comportamiento agresivo*: agredir físicamente, amenazar, acosar, intimidar y maltratar a otros. (13)
- *Negligencia*: no cuidar adecuadamente de sí mismo o dependientes, incumplir responsabilidades familiares y no pagar deudas. (13)
- *Irresponsabilidad*: incumplir obligaciones laborales o académicas, obligaciones legales y no pagar impuestos. (13)
- *Irrespeto a la propiedad ajena*: robar, dañar intencionalmente bienes públicos o privados y vandalismo. (13)
- *Conducta sexual inapropiada*: acoso sexual, abuso sexual y violación<sup>13</sup>.
- *Comportamiento discriminatorio*: racismo, homofobia y transfobia. (13)

### **Impacto en la Vida Cotidiana**

Los jóvenes que presentan un trastorno disocial a menudo presentan en la sociedad un patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos hacia los demás y esto es evidente antes de los 15 años de edad, y se refleja en un incumplimiento de reglas o normas sociales con respecto a los comportamientos legales, además van a mostrar una actitud amoral sobre todo el engaño o estafas para un placer

personal o tiene ausencia de remordimiento al mostrar una actitud indiferente hacia quienes necesitan ayuda, así mismo tiene irritabilidad y agresividad por lo cual sus relaciones sociales son muy corta e inestables. (14)

La inapropiada conducta de los jóvenes basada en normas sociales y legales puede tener muchas causas y no significa que tenga algún tipo de trastorno mental, educativo, familiar o social. Sin embargo, la violación de normas sociales puede ser vista como un comportamiento inapropiado a veces, pero no necesariamente indica la presencia de un trastorno mental, es por ello que los jóvenes que tenga un comportamiento inapropiado no se puedan diagnosticar como un trastorno disocial porque para ello dependerá de varios factores.

Los individuos con este trastorno pueden tener dificultades para respetar las normas sociales y legales establecidas en la sociedad, tanto en su hogar como en una institución educativa, debido a sus patrones persistentes de comportamiento desafiante, agresivo y violación de los derechos de los demás, tanto sociales como legales. (15)

### **Métodos de evaluación psicológica.**

Los principales métodos de evaluación psicológica utilizados para el trastorno de personalidad disocial o antisocial incluyen:

- *Entrevistas clínicas estructuradas:* Se utilizan para explorar los criterios diagnósticos del DSM/CIE, historia de desarrollo, antecedentes de conducta antisocial, síntomas actuales y funcionamiento psicosocial<sup>16</sup>. Ejemplos son el SCID-II y el IPDE.
- *Pruebas psicométricas:* Incluyen cuestionarios y escalas que evalúan rasgos de personalidad antisocial, conductas disruptivas, agresividad, falta de

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

empatía, entre otros<sup>16</sup>. Ejemplos son el MCMI, PAI y MMPI.

- *Técnicas proyectivas*: Como el TAT o el Test de Relaciones Objetales, proporcionan información sobre aspectos inconscientes de la personalidad antisocial. (16)
- *Evaluación neuropsicológica*: Pruebas que evalúan funciones cognitivas como control inhibitorio, toma de decisiones y empatía, las cuales suelen estar afectadas en este trastorno. (16)
- *Fuentes colaterales*: Informes de familiares, pareja, personal legal/judicial que pueden complementar la evaluación. (16)
- *Observación conductual*: La observación sistemática del comportamiento en entornos clínicos o naturales también es útil para la evaluación. (16)

## Entrevistas clínicas y cuestionarios.

### Entrevistas clínicas:

- *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-5 (SCID-5-PD)*: Es una entrevista semiestructurada que evalúa los 10 trastornos de personalidad del DSM-5. Proporciona puntuaciones dimensionales y categóricas para cada trastorno. (16)
- *Evaluación Multifacética de la Personalidad Millon (MCMI-III)*: Es un cuestionario de autoinforme que evalúa los 10 trastornos de personalidad del DSM-5, además de otros rasgos de personalidad y psicopatología. (16)

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

- ***Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Resumido (MMPI-2-RF)***: Es un cuestionario de autoinforme que evalúa una amplia gama de rasgos de personalidad y psicopatología, incluyendo algunos elementos relevantes para el TPD. (16)

### **Cuestionarios:**

- ***Inventario de Psicopatía Revisado (PCL-R)***: Es el cuestionario más utilizado para evaluar la psicopatía, un rasgo de personalidad que se asocia con el TPD. (16)
- ***Escala de Evaluación del Trastorno de Personalidad Antisocial (ASPD)***: Es un cuestionario de autoinforme que evalúa los criterios diagnósticos del TPD. (16)
- ***Cuestionario de Personalidad Levenson (LPQ)***: Es un cuestionario de autoinforme que evalúa los 10 trastornos de personalidad del DSM-5. (16)

### **Tratamientos y Estrategias Terapéuticas**

Se ha considerado que un trastorno difícil de tratar, debido que estos individuos quienes sufren de un trastorno disocial no son muy conscientes de su comportamiento, pero quienes comienzan un tratamiento se debe porque su situación es muy severa.

El tratamiento no farmacológico se basa en la psicoterapia donde los pacientes con trastornos disocial se encuentran inmovilizados puede acceder a recibir terapia. Cuando este tipo de personas se encuentra entre sus iguales pierden la motivación, por ello que se ha visto que los grupos de

autoayudo tiene resultados positivos en las cárceles porque alivia este trastorno. (14)

Para empezar un tratamiento se debe marcar límites estrictos. Los terapeutas deben buscar la manera de que el paciente afronte la conducta autodestructiva, además de enfrentar personas honestas a su alrededor, sobre todo tienen que hacerles entender la diferencia entre control del castigo, la ayuda y la confrontación del aislamiento social y la condena. (14)

- **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** TCC se basa en cambiar la forma de pensar y el comportamiento destructivo que tiene los niños y jóvenes, enseña habilidad de manejar los problemas y controlar impulsos, además se incluyen técnicas para la inclusión social y esto ha demostrado su eficacia ayudando a reducir comportamientos inadecuados y mejorar la empatía hacia quienes los rodean. (15)
- **Terapia Familiar:** Ayuda a que las familias puedan tener un ambiente agradable y tengan una mejor cohesión. Tiene como objetivo mejorar la comunicación y relación familiar. (15)
- **Programas de Intervención Conducta:** Se trata de modificar comportamientos problemáticos a través de reforzamiento positivos y negativos, se basa en proporcionar a los padres estrategias que les permitan manejar el comportamiento desafiante de sus hijos y así tengan una conducta positiva. (15)(17)
- **Terapia Multisistémica (TMS):** TMS tiene como objetivo abordar factores ambientales y contextuales que intervienen en la conducta antisocial, esto permite que los jóvenes desarrollen habilidades sociales que les ayudan a interactuar en

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

un ambiente estructurado, esto ayudara a tener resultado positivos porque disminuye la reducción de la delincuencia juvenil.

La aplicación de habilidades sociales como el Role-playing, modelado y la retroalimentación va a permitir mejorar habilidades de interacción social. (15)(18)

- **Intervenciones Psicoeducativas:** Se trata se realizar talleres, seminarios y materiales educativas para así educar a los pacientes y sus familias sobre el trastorno disocial y como llegar a manejarlo y esto se basa en Programas Escolares Especializados tiene como objetivo apoyar a los estudiantes con trastornos disocial donde les proporciona una estructura adicional, además de las intervenciones basadas en la comunidad donde se realizan programas de mentoría, actividades y apoyo comunitario para mantener a los niños y jóvenes dentro de un entorno positivo. Esto va a mejorar la comprensión y tener un mejor pronóstico en el tratamiento (18)(19)
- **Manejo Farmacológico:** Consiste en aliviar los síntomas como la impulsividad y la agresión es por ello se ha considerado la implementación de antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y fármacos para TDAH, tomando en cuenta que son útiles como completo de la terapia, pero no es el tratamiento principal (18)

Un tratamiento con éxito va depender la detección temprana del trastorno disocial, la participación activa de los familiares y que la comunidad sea más amigable, es por ello que se elabora estrategias para combinar un enfoque integral y así tener un mejor pronostico , incluso tomar en cuenta el uso de fármaco va depender de la edad porque se considerado

que en menores de 5 años no se ha probado su utilidad, esto es aprobado más en niños mayores de 6 años pero con monitorización continua debido a los efectos secundario. (20)

### **Pronóstico y Evolución del Trastorno**

Al momento que se desarrolla el trastorno disocial, evoluciona siguiendo un curso sin remisiones hasta la adolescencia. El pronóstico puede variar porque va a depender de otros factores incluso de una detección temprana para iniciar el tratamiento, pero algunos estudios nos indica que su comportamiento puede cambiar a medida que se hacen mayores o porque tuvieron detección temprana y recibieron ayuda. es variable. Algunos estudios indican que los síntomas disminuyen a medida que los pacientes se hacen mayores. (20)

Se ha demostrado que solo una parte de la población psicopática está bajo el cuidado de profesionales y que aquellos que reciben tratamiento tienen un pronóstico peor que los no tratados. Esto se debe a que los psiquiatras solo atienden a individuos con trastornos graves que son remitidos por un tribunal judicial u otro tipo de mediación similar. Es probable que estos individuos representen los casos más severos de la población con trastorno antisocial; al menos, su comportamiento ha requerido intervención pública. (21)

### **Monitoreo y Evaluación**

- Evaluaciones continuas para ajustar el tratamiento según sea necesario y asegurar la efectividad de las intervenciones. (8) (20)
- Colaboración Multidisciplinaria permite de que los profesionales de la salud mental, educadores y trabajadores sociales para un enfoque integral del tratamiento. (8) (20)

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

Cada paciente debe tener un tratamiento individualizado abarcando factores desde la sociedad como sus relaciones personales o familiares, es por ello que intervención temprana y el enfoque en varios ámbitos permite obtener buen resultado en los jóvenes con trastorno disocial.

## Bibliografía

1. Kapsambelis V. Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto. Ciudad de México: Fondo de cultura económica; 2016.
2. OMS. CIE-10. Ginebra: Organización Mundial de Salud Pública; 1992.
3. Morrison J. DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. Hipodromo, Mexico: El Manual Moderno, Editorial; 2015.
4. Elia J. Trastorno disocial [Internet]. ManualMSD. 2023 [cited 2024]. Available from: [https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/trastornos-de-la-salud-mental-en-niños-y-adolescentes/trastorno-disocial#Diagnóstico\\_v42592351\\_es](https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/trastornos-de-la-salud-mental-en-niños-y-adolescentes/trastorno-disocial#Diagnóstico_v42592351_es)
5. MedlinePlus. Trastorno límite de la personalidad [Internet]. MedlinePlus. 2022 [cited 2024]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000935.htm>
6. MayoClinic. Trastorno de la personalidad narcisista [Internet]. MayoClinic. 2023 [cited 2024]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/narcissistic-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20366662>
7. MedlinePlus. Trastorno histriónico de la personalidad [Internet]. MedlinePlus. 2022 [cited 2024]. Available from:

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001531.htm>

8. Vásquez J, Feria M, Lino P, De la Peña F. Guía clínica para el trastorno disocial. México: Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la fuente; 2010.
9. Mulvey E, Steinberg L, Piquero A, Besana M, Fagan J, Schubert C, et al. Desarrollo y psicopatología. Cambridge, TAS, Australia: Cambridge University Press; 2010.
10. Pagani L. La influencia del contexto familiar en el desarrollo y persistencia de la conducta antisocial. In: El desarrollo de la criminalidad persistente. Oxford, England: Oxford University Press; 2009. p. 36-53.
11. Extremera M. Revisión de la literatura sobre el trastorno disocial. un caso. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2013;1-48.
12. MayoClinic. Trastorno antisocial de la personalidad [Internet]. MayoClinic. 2023 [cited 2024]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/antisocial-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20353928>
13. HABILIDADES. Conducta antisocial [Internet]. Habilidades para el éxito. 2023 [cited 2024]. Available from: <https://habilidades.top/conducta-antisocial/>
14. Sadock B, Sadock V, Pedro R. SINOPSIS DE PSIQUIATRIA. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

15. Haro G, Fuente M. DESARROLLO DE LAS DESTREZAS EMOCIONALES PARA LA INTERVENCIÓN DEL TRASTORNO DISOCIAL EN LOS ESTUDIANTES DE 8VO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "PEDRO CARBO" EN LA CIUDAD DE GUARANDA [LICENCIADOS EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN BÁSICA]. [Guaranda]: UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR; 2023.
16. González D, Cuenca E, Hidalgo T. Intervención psicoterapéutica en adolescentes con trastornos disociales. *Correo Científico Médico* . 2020;1-22.
17. Toapanta E. TRASTORNOS DISOCIAL Y EL COMPORTAMIENTO ESCOLAR EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA NICOLÁS INFANTE DÍAZ, AÑO 2019 [PSICÓLOGO CLÍNICO]. [Babahoyo]: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO ; 2019.
18. De-la-Peña F. Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial [Internet]. *Salud pública*. 2020 [cited 2024]. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/4614/5079?inline=1>
19. Decena R. Intervención cognitivo conductual para disminuir conductas antisociales en adolescentes [Maestría en Psicología]. [Ciudad Juárez]: Universidad Autonoma de Ciudad Juárez; 2019.
20. MayoClinic. Trastorno negativista desafiante [Internet]. MayoClinic. 2023 [cited 2024]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases->

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

conditions/oppositional-defiant-disorder/symptoms-causes/syc-20375831

21. First MB. Tratamiento de las enfermedades mentales [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2022 [cited 2024]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducción-al-cuidado-de-la-salud-mental/tratamiento-de-las-enfermedades-mentales>

## TRASTORNO ESPECÍFICO DE LA PERSONALIDAD- DEPENDIENTE

### Introducción

El trastorno de la personalidad por dependencia (TPD) es un trastorno psicológico que afecta al 2,5% de la población, caracterizado por una necesidad exagerada de dependencia hacia otras personas, llevando a comportamientos sumisos y miedo al abandono. Este trastorno afecta la vida diaria y el vínculo interpersonal de quienes lo presentan, dando como manifiesto la búsqueda constante de amparo y aprobación.

En 1980 fue reconocido y clasificado por la guía DSM-III de ese entonces, aunque no tenga fundamentos sólidos, su estudio y comprensión siguen siendo áreas de desarrollo constante en la psiquiatría. El TPD presenta una variada etiología que incluye el entorno, eventos o experiencias, etapas de la vida y factores biológicos. La genética es una causa importante ya que puede progresar a trastornos de la personalidad, que va apoyada a estudios sobre inestabilidad en los neurotransmisores. En las experiencias tempranas como la sobreprotección pueden en cierto punto desarrollar la aparición de trastornos, además, los factores culturales también pueden contribuir en cómo se maneja y percibe la dependencia, de diversos contextos sociales.

El diagnóstico para TPD representan un reto debido a la similitud de síntomas con otros trastornos de la personalidad. Esta superposición dificulta la identificación precisa de TPD y puede orientar a un diagnóstico erróneo. Para ello se crearon sistemas clasificatorios internacionales para el diagnóstico de los trastornos o alteraciones psiquiátricas, como el DSM-5 y CIE-10, que facilitan

identificar el trastorno específico e inicial con un tratamiento oportuno no farmacológico o farmacológico.

### **Objetivo General**

Proveer información precisa sobre el Trastorno de la Personalidad Dependiente (TPD) para ayudar a comprender mejor esta condición promoviendo la detección temprana, el diagnóstico preciso y el manejo adecuado del TPD, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y reducir el impacto negativo del trastorno en sus vidas cotidianas.

### **Desarrollo**

#### **Trastornos Específicos de la Personalidad-Dependiente**

##### **Antecedentes**

A lo largo de la vida, los humanos son seres sociales que necesita el apoyo y la interacción de otros individuos para poder sobrevivir en diferentes etapas de la vida. Sin embargo, cuando la dependencia se vuelve una necesidad se considera una enfermedad mental conocida como trastorno de la personalidad por dependencia (TPD) dentro del marco diagnóstico vigente. (1)

La guía DSM-5 mantiene 10 trastornos específicos de la personalidad (TP) que estaban presentes en el DSM-IV. Desde 1980 el DSM-III clasificó a estos TP en tres grupos, A, B y C. Los trastornos de la personalidad que nos interesan en este capítulo son los del grupo C, específicamente el dependiente, aquí la persona presenta una actitud ansiosa y tensa, a menudo exhibiendo un control excesivo. (2)

## Definición

Las personas que presentan TPD tienen temor a la soledad, son exageradamente sensibles a la desaprobación y se creen incapaces de llevar una vida independiente. Para protegerse de estos temores, presentan una actitud sumisa y sobre todo dependiente de otras personas, buscando consejo y protección, y pueden llegar a extremos increíbles de subordinación y obediencia. (3) No presentan confianza en sí mismos y delegan responsabilidades importantes de su vida a otras personas. (4)

## Epidemiología

- Este trastorno es más frecuente en mujeres que en hombres, aunque puede presentarse tan frecuente en hombres.
- Es un trastorno que se presenta habitualmente y constituye el 2.5% de todos los trastornos de la personalidad.
- Es más prevalente observarlo en niños pequeños que en personas mayores. (4)

## Etiología

Las causas exactas del trastorno de personalidad dependiente son desconocidas. Sin embargo, algunas circunstancias pueden aumentar el riesgo de desarrollar esta afección:

- Relaciones abusivas: Las personas que han estado en relaciones abusivas tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de personalidad dependiente. Según un estudio de 2017, las personas

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

con esta afección pueden tener más probabilidades de tener relaciones peligrosas que involucran abuso físico e infidelidad de pareja.

- Experiencias de la infancia: Los factores que aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad dependiente incluyen ser abandonado cuando era niño, experimentar una enfermedad potencialmente mortal en la niñez o sufrir abuso infantil.
- Genética: Los genes pueden influir en el desarrollo de esta afección. Tener un miembro de la familia que tiene trastorno de personalidad dependiente u otro trastorno de ansiedad puede aumentar sus posibilidades de desarrollar esta afección. La amabilidad y la baja tolerancia al riesgo son características de personalidad comunes que caracterizan esta afección.
- Prácticas culturales: En ciertas prácticas sociales, religiosas y culturales, la sumisión y la dependencia de la autoridad están en el centro. La cortesía o la pasividad no son síntomas del trastorno de personalidad dependiente. (5)

El trastorno de personalidad dependiente (DPD) puede ser causado por varios factores, incluidos biológicos, psicológicos y ambientales. Las investigaciones han proporcionado información sobre varios factores que contribuyen al DPD, aunque todavía no se comprenden completamente las causas exactas. (6)

El trastorno de personalidad dependiente, también conocido como trastorno de personalidad dependiente pasivo, está catalogado en la CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados). Este trastorno se encuentra dentro del grupo

C, que abarca trastornos relacionados con la ansiedad y el control, y específicamente se clasifica como F60.7. (7)

### **Factores biológicos**

Se cree que la herencia juega un papel en el desarrollo de DPD y otros trastornos de la personalidad. Ciertos rasgos de personalidad, como la ansiedad o la introversión, pueden verse afectados por las predisposiciones genéticas, lo que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle rasgos de dependencia.

### **Experiencias de la primera infancia**

Las experiencias de la infancia son cruciales para el desarrollo de trastornos de la personalidad. La crianza inconsistente o la sobreprotección pueden contribuir a la aparición del trastorno en particular para la DPD. Por ejemplo, los niños que no son alentados a desarrollar la autonomía o rescatados de desafíos pueden crecer sintiéndose incapaces de manejar las adversidades de la vida sin ayuda significativa de los demás.

### **Teoría del apego y DPD**

Las relaciones iniciales de una persona con su cuidador principal influyen en sus relaciones y mecanismos de afrontamiento posteriores, según la teoría del apego. Los pacientes con DPD podrían haber desarrollado patrones de apego ansiosos en la infancia, caracterizados por intensos miedos al abandono y una necesidad constante de tranquilidad.

### **Eventos traumáticos**

El trauma, especialmente eventos que resaltan la vulnerabilidad o la impotencia de una persona, puede contribuir al desarrollo de conductas dependientes. Por ejemplo, las pérdidas traumáticas o las enfermedades

prolongadas durante la infancia pueden causar una mayor dependencia del cuidador.

### **Influencias culturales y sociales**

Las normas sociales y las expectativas culturales pueden influir en los rasgos y trastornos de la personalidad. En culturas o familias donde la dependencia y la sumisión son valoradas o fomentadas, las personas pueden estar más inclinadas a mostrar comportamientos dependientes.

### **Factores cognitivos**

Según las teorías cognitivas, las personas con DPD podrían haber desarrollado ciertas creencias desadaptativas sobre sí mismos y el mundo que los rodea. Estos ejemplos incluyen verse a sí mismos como inherentemente débiles o ver el mundo como demasiado difícil. Estas creencias tienen el potencial de fomentar comportamientos dependientes.

El DPD puede ser causado por una variedad de factores, incluidas predisposición genética, experiencias de la primera infancia, patrones de apego, creencias cognitivas e influencias ambientales. Comprender estos elementos puede ayudar a planificar tratamientos e intervenciones terapéuticas. (6)

### **Cuadro Clínico**

#### **Síntomas y trastornos asociados**

Los trastornos de la personalidad por dependencia se caracterizan por el pesimismo y la inseguridad en sí mismos; tienden a minimizar sus capacidades y valores y pueden referirse a sí mismos constantemente como "estúpidos". Aceptan las críticas y la desaprobación como pruebas de que no son útiles y pierden confianza en sí mismos. (8)

### **Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo**

La edad y los grupos socioculturales afectan significativamente el grado en que los comportamientos dependientes se consideran adecuados. El comportamiento dependiente solo se considera característico del trastorno cuando es claramente excesivo para las normas culturales del sujeto o refleja preocupaciones no realistas. La pasividad, la cortesía y el trato respetuoso son características de algunas sociedades, lo que puede ser malinterpretado como rasgos de trastorno de la personalidad por dependencia. El trastorno se ha diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres en el marco clínico; sin embargo, la proporción de personas diagnosticadas con este trastorno según el sexo no es significativamente diferente de la proporción de personas diagnosticadas con este trastorno en el marco clínico. Además, las tasas de prevalencia similares se describen en algunos estudios que han utilizado evaluaciones estructuradas. (8)

Los síntomas de comportamiento de una persona con trastorno de personalidad dependiente pueden incluir: (9)

- Problemas para tomar decisiones cotidianas, como qué ponerse, sin la constante tranquilidad y consejo de los demás
- Dificultad para comenzar tareas de manera autónoma.
- Miedo mucho a no poder cuidarme.
- Realizar u ofrecerse como voluntario para tareas incómodas para recibir apoyo o amor de otros.
- Necesita que otros se encarguen de diferentes aspectos de su vida.
- Evite expresar desacuerdos o generar conflictos en las relaciones porque te preocupa perder la relación.
- Cuando está solo, puede sentirse incómodo.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

- Tener miedo de ser abandonado y sentirse impotente cuando las relaciones se acaban. (9)

Las personas con DPD suelen interactuar con las pocas personas con las que tienen confianza. Además, son más propensos a sufrir abuso físico, sexual o emocional porque no quieren perder la relación. (9)

Los síntomas del trastorno de personalidad dependiente son similares a los de otros trastornos de personalidad, pero tienen algunas cosas que lo distinguen. Si observa estos comportamientos en usted o en alguien que ama, debe hablar con su médico. Su médico puede realizar evaluaciones para determinar si tiene un trastorno de personalidad dependiente y brindarle la ayuda que necesita. (10)

La sensación de ser totalmente incapaces de valerse por sí mismas puede llevar a las personas que sufren de Trastorno de Personalidad Dependiente a optar por aceptar cosas que saben que están mal y a renunciar al apoyo y la orientación. Por lo tanto, es común que se ofrezcan voluntariamente para realizar tareas desagradables o que repriman emociones como la ira. (11)

## **Diagnóstico**

Al evaluar a un paciente con un trastorno de personalidad, se debe considerar las influencias biológicas, sociales, culturales y familiares importantes; crear una línea de tiempo de los eventos formativos de la vida del paciente; e identificar los patrones adaptativos del paciente, así como sus objetivos y logros personales. El médico debe distinguir entre una serie de síntomas similares que se repiten con

frecuencia a lo largo de la vida del paciente de una presentación aguda pero no característica. Además, se debe sentir compasión por el paciente con trastorno de personalidad. (11)

Los pacientes harán todo lo posible para evitar tolerar comportamientos que abarquen desde la simple y ocasional falta de atención por parte de su pareja hasta insultos y ofensas persistentes, e incluso agresiones físicas. Si la pareja sugiere terminar la relación, la mujer se resistirá a aceptarlo y, si esto sucede, intentará seguir comunicándose de forma directa o indirecta a través de las redes sociales. (1)

Según una evaluación psicológica, un profesional de la salud mental puede diagnosticar un trastorno de personalidad dependiente. Programa una cita con un profesional de la salud mental o pídale una derivación a su médico de atención primaria si sospecha que usted o un ser querido podría tener esta afección.

El Dr. Daramus afirma que el proceso de diagnóstico podría incluir lo siguiente:

- Historial médico: El médico le preguntará sobre su historial médico personal y familiar. Según su lealtad y comprensión, es probable que cubran cualquier medicamento que tome, cualquier condición de salud que tenga actualmente o haya tenido en el pasado, y cualquier condición que sus familiares hayan experimentado.
- Pruebas de personalidad: Existe una serie de pruebas de personalidad que han sido validadas por investigaciones y que pueden ser muy útiles para identificar un trastorno de personalidad.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

- Entrevista clínica: Su proveedor hará una entrevista clínica exhaustiva que probablemente cubrirá el tiempo y la intensidad de sus síntomas. Además, intentarán comprender sus motivaciones, emociones y pensamientos. Dado que las personas con trastornos de personalidad, como el trastorno de personalidad dependiente, el trastorno de personalidad límite y el trastorno de personalidad narcisista, pueden necesitar mucho elogio y validación, pero por razones completamente diferentes.
- Otras pruebas: Su proveedor puede requerir un examen u otras pruebas físicas o psicológicas para descartar cualquier otra afección médica que pueda estar causando sus síntomas.
- Evaluación: Su proveedor de atención médica evaluará si sus síntomas cumplen con los criterios del trastorno de personalidad dependiente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), un manual de orientación para profesionales de la salud. Esto se determinará en función de estos factores. (5)

El abuso, la depresión, los pensamientos suicidas o el consumo de sustancias son complicaciones que pueden coexistir con el trastorno de personalidad dependiente. Es crucial que los proveedores de atención médica identifiquen y traten simultáneamente estas afecciones. (5)

Las personas con trastorno de la personalidad dependiente tienen una fuerte necesidad de atención, lo que les hace aferrarse a los demás, someterse a ellos, sentir miedo de separarse y desarrollar una dependencia personal. Se muestran bastante complacientes durante las entrevistas; intentan colaborar, agradecen preguntas específicas y piden orientación. Su comportamiento es pasivo y tienen

dificultades para expresar su desacuerdo. Estos pacientes son pesimistas, pasivos, indecisos y tienen miedo de expresar sentimientos sexuales o agresivos. En la folie à deux (antes trastorno psicótico compartido), uno de los miembros de la pareja normalmente sufre de este trastorno; la pareja sumisa acepta el sistema delirante de la pareja más agresiva y asertiva, de quien depende. (2)

Las experiencias personales son menos importantes. Las personas que dependen de ellos las critican abiertamente e intentan reducir su valor. Los logros de la otra persona también se ignoran, dejando a la persona en las relaciones, preguntando por qué no son adecuados para su pareja. (14)

Un estado persistente de dependencia de la atención de los demás que se manifiesta con cinco o más de los siguientes rasgos:

- Todos los días, la indecisión y la dependencia de otros en la toma de decisiones
- Asignación de la mayoría de los aspectos de la vida a los demás
- Resistencia a la opinión contraria
- La falta de seguridad impide actuar por iniciativa propia.
- Dispuesto a humillarse para obtener aprobación
- Debido a los miedos de ser incompetente, se siente aislado y desolado.
- Una necesidad constante de encontrar figuras de soporte de reemplazo
- Excesiva ansiedad por cuidarse a sí mismo. (6)

Los criterios diagnósticos del DSM-5-TR para el Trastorno de Personalidad Dependiente (DPD) enfatizan las características fundamentales del trastorno. (6)

- **Dificultad para tomar decisiones cotidianas:** Las personas con DPD con frecuencia experimentan una gran incertidumbre cuando se trata de decisiones mundanas, como qué ponerse o comer. Este criterio no se refiere simplemente a la indecisión, sino a una profunda confianza en otros para ayudarlo a tomar decisiones. Tal dependencia surge de un profundo miedo a cometer errores y de una necesidad constante de validación.
- **Necesita que otros asuman responsabilidad:** Esto va más allá de buscar consejo; se trata de confiar responsabilidades vitales a otros. Por ejemplo, una persona con DPD podría permitir que su pareja tome el control sobre sus finanzas, sus decisiones laborales o sus circunstancias de vida si se siente incapaz o demasiado inseguro para hacerlo por sí mismo.
- **Dificultad para expresar desacuerdo:** La capacidad de una persona para afirmarse o defenderse puede verse obstaculizada por la abrumadora necesidad de aprobación y apoyo. Para evitar conflictos, incluso si esto amenaza su bienestar o integridad, podrían controlar sus deseos, opiniones o sentimientos.
- **Dificultad para iniciar proyectos:** Se trata de algo más que pereza o retraso. Está relacionado con una gran incertidumbre sobre sus propias habilidades. Las personas con DPD pueden cuestionar constantemente sus juicios y necesitan validación externa antes de realizar cualquier tarea.
- **Longitudes excesivas para la atención y el apoyo:** Este criterio indica hasta dónde una persona con DPD podría llegar para asegurarse de que siga siendo atendida o validada. Esto podría incluir mantener relaciones poco saludables, tolerar el maltrato o

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

asumir tareas costosas que detestan para sentirse seguros o aceptados.

- **Malestar al estar solo:** El miedo exagerado no se debe a estar solo físicamente, sino a un profundo miedo a valerse por uno mismo. Incluso en entornos seguros, las personas con DPD pueden sentir pánico o extrema vulnerabilidad cuando se les deja con sus dispositivos.
- **Busca urgentemente otra relación:** El fin de una relación, ya sea de amistad o de pareja romántica, puede causar intensos miedos en alguien que tiene DPD. Es posible que se apresuren a entablar otra relación sin el discernimiento adecuado, buscando tranquilidad y apoyo, para aliviar los sentimientos de abandono o soledad.
- **Miedos poco realistas al autocuidado:** El temor generalizado y poco realista a la autosuficiencia es el sello distintivo del DPD. Los escenarios de autosuficiencia podrían ser catastróficos para las personas con DPD porque creen que serían completamente incapaces o que sería un desastre si se les dejara solos. (6)

Estos criterios describen una lucha profunda con la autonomía y un profundo miedo a la independencia. Dependiendo de los demás es una necesidad percibida de supervivencia que surge de las dudas sobre uno mismo y el miedo al abandono. (6)

Es importante tener en cuenta que estos criterios brindan un marco para identificar posibles casos de DPD. Sin embargo, para un diagnóstico preciso, es necesaria una evaluación clínica completa por parte de un profesional calificado. Los comportamientos y sentimientos relacionados con la DPD también deben ser consistentes, duraderos y evidentes en

una variedad de situaciones, en lugar de ser incidentales o relacionados con una etapa específica de la vida. Además, otro trastorno mental no debería ser una mejor explicación de estos comportamientos, los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica. (6)

Además, es fundamental entender que el DPD es solo uno de los muchos trastornos de la personalidad clasificados según el DSM-5, y los criterios tienen como objetivo diferenciarlo de otros trastornos de la personalidad. Para comprender y aplicar de manera efectiva los matices y sutilezas de cada criterio, con frecuencia se requiere una comprensión profunda y experiencia clínica. (6)

De acuerdo con APA (2013), una persona con cinco o más de los siguientes rasgos puede presentar un trastorno:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otros.
2. Requiere que otros asuman responsabilidades en la mayoría de los aspectos importantes de su vida.
3. Teme perder el apoyo o la aprobación de los demás cuando expresa su desacuerdo.
4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o completar tareas por sí mismo.
5. Va demasiado lejos para obtener el apoyo y la aceptación de los demás, hasta el punto de hacer cosas que le desagradan voluntariamente.
6. Si solo tiene un miedo exagerado a no poder cuidarse a sí mismo, se siente incómodo o indefenso.
7. Cuando una relación estrecha termina, necesita urgentemente una nueva para que le cuiden y apoyen.
8. Siente un miedo no realista a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo. (15)

El diagnóstico del trastorno de personalidad dependiente (DPD) es difícil. Aunque un diagnóstico preciso es esencial para llevar a cabo un tratamiento efectivo, varios factores pueden dificultar el proceso:

- **Superposición con otros trastornos:** Los síntomas del DPD pueden coincidir con otros trastornos de la personalidad y afecciones de salud mental. Por ejemplo, el miedo al abandono es una característica clave del trastorno límite de la personalidad. De manera similar, la necesidad de tranquilidad y un comportamiento de evitación pueden parecerse al trastorno obsesivo-compulsivo o a algunos trastornos de ansiedad. Para diferenciar el DPD de estos trastornos, es necesario tener una comprensión completa de las características distintivas de cada trastorno.
- **Consideraciones culturales:** La interdependencia y la dependencia de los miembros de la familia o la comunidad son valoradas y normales en algunas culturas. Los comportamientos que se consideran dependientes en una cultura pueden ser interpretados como adaptativos y culturalmente apropiados en otra. El contexto cultural debe considerarse durante el diagnóstico.
- **Diagnóstico diferencial:** Es importante determinar si otro trastorno mental explica mejor las conductas de dependencia, los efectos fisiológicos de una sustancia o una condición médica. Por ejemplo, los efectos cognitivos de una condición neurológica o la influencia de ciertos medicamentos pueden hacer que una persona muestre comportamientos dependientes.
- **Factores temporales:** El DPD se caracteriza por patrones de comportamiento generalizados y

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

duraderos, a pesar de que todos pueden exhibir comportamientos dependientes en algún momento, especialmente durante períodos de estrés o enfermedad. Es crucial determinar si los comportamientos son consistentes en el tiempo o están relacionados con una fase o circunstancia específica.

- **Renuencia a buscar tratamiento:** Las personas con DPD pueden no reconocer que su dependencia es problemática y solo acuden a la terapia cuando se enfrentan a una crisis, como el fin de una relación o la pérdida de un cuidador. Esto puede hacer que sea más difícil obtener una historia clínica completa o evaluar todos los síntomas. (6)

Para resolver estos problemas de diagnóstico:

- **Evaluación exhaustiva:** Una entrevista clínica completa, acompañada de herramientas o cuestionarios de evaluación estandarizados, puede brindar una comprensión completa del comportamiento, la historia y los síntomas de una persona.
- **Información colateral:** Con el consentimiento del paciente, se puede obtener información adicional sobre la naturaleza generalizada y duradera de las conductas dependientes.
- **Competencia cultural:** Los médicos deben recibir capacitación para tener en cuenta las normas culturales y las costumbres al realizar diagnósticos.
- **Evaluación continua:** Los médicos pueden comprender mejor el comportamiento del paciente y las causas subyacentes a medida que avanza la terapia. Según sea necesario, la evaluación continua

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

puede ayudar a mejorar el diagnóstico y el tratamiento.

- **Colaboración interdisciplinaria:** Los profesionales médicos pueden trabajar juntos para obtener una comprensión más completa y ayudar a realizar diagnósticos diferenciales en los casos en que el comportamiento del paciente puede tener un componente médico o neurológico.
- **Educación y capacitación:** Los médicos pueden distinguir DPD de afecciones similares mediante el desarrollo profesional continuo y el seguimiento de las investigaciones más recientes. (6)

### Diagnóstico diferencial

- La fobia social (Agorafobia). El paciente tiene miedo de salir de casa o estar fuera.
- Trastornos límite e histriónico de la personalidad.
- El paciente es demasiado manipulador y tiene muchas relaciones dependientes.

Las personas con trastorno de personalidad borderline tienen miedo de someterse a retos similares a los de las personas con trastorno de personalidad dependiente. Estos pacientes alternan entre comportamientos de sumisión y episodios de hostilidad intensa, a diferencia de estas últimas. (16)

La dependencia está presente en una gran cantidad de trastornos mentales y enfermedades médicas crónicas. Además, la dependencia aparece como un factor clave en una variedad de trastornos de personalidad. Por lo tanto, es difícil determinar si una persona tiene un trastorno por

dependencia o si la sumisión y la dependencia son características de otro trastorno en el que se encuentra.

El elemento por dilucidar es si ese comportamiento dependiente es el resultado de un evento importante, como una enfermedad incapacitante, una relación interpersonal problemática o un contexto sociocultural restrictivo, o si, por el contrario, el individuo tiene un patrón de comportamiento inclinado hacia la sumisión, la inseguridad y la dependencia independientemente de los acontecimientos vitales. En cualquier caso, los trastornos límite, histriónico y evitativo son los trastornos de personalidad con los que con mayor frecuencia se debe realizar un diagnóstico diferencial.

En el trastorno límite, las reacciones del dependiente al abandono de los demás no son de ira; en cambio, aumentan la sumisión y la docilidad del dependiente. Sin embargo, se ha encontrado una alta comorbilidad entre ambos trastornos, cercana al 50%. El trastorno evitativo, por otro lado, comparte sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad a la crítica y necesidad de aprobación de terceros.

Mientras que el dependiente responde a las críticas aumentando su sumisión y dependencia, el evitativo tiende a distanciarse de los demás. Estas personas con trastorno histriónico parecen buscar la aprobación de los demás, ya sea por elogios o consejos, lo que también puede ser una característica del trastorno por dependencia. Sin embargo, la expresividad emocional del trastorno histriónico es mucho más exagerada y dramática, y no presenta comportamientos o actitudes de sumisión constantes como el trastorno por dependencia. (17)

### **Prevención y Pronóstico**

El trastorno de personalidad dependiente no se puede prevenir. Sin embargo, el tratamiento puede reducir los problemas que provoca. Buscar la forma de diagnosticarlo lo más pronto posible la aparición de los síntomas puede ayudar a reducir la interrupción de la vida, la familia y las amistades del paciente. (9)

El pronóstico de este trastorno va a depender de si lo tratamos o no. Si no se trata, la DPD puede provocar:

- Problemas de salud mental además del mismo trastorno como depresión y adicciones.
- Problemas en las relaciones.
- Aumenta la probabilidad de sufrir abuso físico, emocional o sexual. (9)

### **Tratamiento no farmacológico**

Los pacientes con TPD dependientes que reciben tratamiento no lo hacen por voluntad propia, sino por la reiteración de una persona cercana o su pareja. La visita al médico se convierte para estas personas un requerimiento que deben de cumplir mas no una necesidad, ya que ellos creen que se encuentran bien y no requieren ayuda médica. Muestran una actitud de desinterés frente a las activamente que se emplean en el proceso terapéutico. En el mejor de los casos, su cooperación se limita a asistir a las citas programadas.(18)

Un enfoque integral para tratar a las personas con Trastorno de Personalidad Dependiente (TPD) que carecen de autonomía afectiva es la Terapia Transpersonal Sistémica (TTS). En esta terapia integral, se abordan los aspectos emocional, conductual y mental de la persona, revelando y

resignificando sus creencias limitantes. La TTS facilita una curación profunda y rápida y fomenta el desarrollo de la autonomía afectiva y el autoconocimiento. En última instancia, TTS tiene como objetivo cambiar los patrones de comportamiento y mejorar el bienestar general del individuo. (18)

### **Terapia cognitivo-conductual (TCC)**

El tratamiento principal para los pacientes con DPD sigue siendo la terapia cognitivo conductual. La TCC se enfoca en desafiar y cambiar las erradas creencias y los comportamientos disfuncionales relacionados con el trastorno de la personalidad dependiente. Ayudar al individuo a comprender los pensamientos impulsados por la dependencia, desafiarlos y desarrollar creencias y comportamientos alternativos y más constructivos sería parte de una sesión típica de TCC. (6)

“El objetivo principal de la TCC para las personas con TPD es ayudarlas a gradualmente aprender a ser más independientes de los demás, incluido el terapeuta”. (20)

El enfoque conductual tiene como objetivo mejorar a) los síntomas; b) la productividad y el trabajo; c) el ajuste y en el goce sexual; d) las relaciones interpersonales; e) la capacidad para manejar los conflictos psicológicos frente a la tensión de la vida diaria. (20)

A lo largo las sesiones, los pacientes adquieren ciertas habilidades que fomentan la autosuficiencia, fortalecen la confianza en sí mismos y mejorar de una forma la toma de decisiones de la persona. Además, las personas con DPD a menudo muestran una disminución de aquellos miedos relacionados con el abandono y una mejora de las

interacciones interpersonales a medida que trabajan con TCC. (6)

“Este enfoque utiliza tanto intervenciones conductuales como intervenciones cognitivas para mejorar las conductas y emociones disfuncionales mediante la modificación de evaluaciones y patrones de pensamiento”. (15)

El componente cognitivo de la terapia implica la identificación y modificación de distorsiones cognitivas (como el pensamiento catastrófico, magnificación/minimización, la sobre generalización, personalización, visión de túnel, el razonamiento emocional) que causan reacciones emocionales y comportamentales indeseable, que deben ser identificadas y modificadas durante la terapia. (15)

### **Terapia psicodinámica**

El enfoque de la terapéutica psicodinámica se centra en tratar de descubrir los procesos inconscientes que pueden influir en los comportamientos dependientes de la DPD. La terapia se centra en las experiencias infantiles que podrían haber llevado a necesidades excesivas de dependencia en la edad adulta. Al iluminar estos orígenes profundamente arraigados, la persona puede tener una visión más clara de su comportamiento y puede trabajar para solucionar cualquier conflicto interno que este ahí desde hace mucho tiempo. La esperanza es que con el tiempo puedan promover relaciones más sanas y autónomas y disminuir la influencia de los traumas pasados en sus interacciones actuales. (6)

### **Terapia de grupo**

La terapia de grupo brinda a las personas con DPD un entorno terapéutico único. Pueden ver cómo otros luchan con problemas similares en este entorno terapéutico único.

Otros luchan con problemas similares en este entorno y ver sus propios problemas. Las personas pueden practicar nuevas habilidades sociales e interpersonales gracias a la dinámica de grupo, que facilita la retroalimentación mutua. En un entorno de apoyo que aprendan a manejar los miedos impulsados por la dependencia y aprendan sobre patrones desadaptativos observando e interactuando con sus compañeros. El grupo se convierte en una plataforma para desafiar y remodelar creencias profundas sobre las relaciones interpersonales y la autoestima a medida que avanzan las sesiones. (6)

### **Medicación**

La DPD no se trata principalmente con intervenciones farmacológicas. Sin embargo, pueden jugar un papel adicional, especialmente en trastornos específicos como la ansiedad o depresión. Por ejemplo, se pueden indicar ansiolíticos para aliviar los síntomas de ansiedad o antidepresivos para los episodios depresivos. Además, cualquier fármaco debe considerarse parte de un plan terapéutico amplio, idealmente junto con una o más de las intervenciones psicoterapéuticas mencionadas. (6)

En resumen, se recomienda como tratamiento un enfoque terapéutico múltiple:

1. Terapia individual: La terapia cognitivo-conductual (TCC) se utiliza para tratar patrones de pensamiento desadaptativos, especialmente aquellos relacionados con los miedos a la toma de decisiones y la independencia.
2. Terapia familiar: trabajar para establecer límites y dinámicas más saludables, particularmente con la

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

madre de James, y abordar la sobreprotección que podría haber contribuido a su DPD.

3. Entrenamiento de habilidades sociales: para mejorar sus habilidades interpersonales, ganarse la confianza y desarrollar relaciones sociales más autónomas.
4. Terapia Ocupacional: Desarrollar habilidades para la vida y fomentar la autonomía en las tareas diarias y en el entorno laboral. (6)

### **Tratamiento farmacológico**

De momento no hay medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para tratar los trastornos de la personalidad porque existe poca evidencia para emplearlas como intervenciones farmacológicas y abordar las características particulares de estos trastornos, entre ellas como la impulsividad, la desregulación afectiva o cognitiva y síntomas perceptuales. Por lo tanto, estos tratamientos deben enfocarse en disminuir o eliminar los síntomas específicos que se presentan. (12)

No importa qué medicamento se use, el efecto clínico debe monitorearse de cerca. Algunos de estos pacientes experimentan alteraciones cognitivas como la paranoia y la disociación, y el tratamiento con antipsicóticos puede ser útil. La ansiedad y la ira pueden verse reducidas por los antidepresivos. Se ha demostrado que los estabilizadores del estado de ánimo mejoran la impulsividad, la ira, la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. (12)

### **Conclusiones**

El Trastorno de la Personalidad por Dependencia (TPD) es una afección psicológica compleja que tiene un impacto

significativo en la vida diaria de las personas que lo padecen y en sus relaciones interpersonales. Esta revisión bibliográfica ha enfatizado que los factores ambientales, genéticos y culturales tienen un impacto significativo en el desarrollo y manifestación de TPD. Las experiencias traumáticas durante la infancia, las relaciones abusivas y ciertas prácticas culturales que fomentan la sumisión y la dependencia son factores importantes en el desarrollo de este trastorno. Para mejorar la detección temprana y el diagnóstico preciso de TPD, comprender estos factores es esencial, ya que permite intervenciones más efectivas que consideren el contexto individual de cada paciente.

Por la relación con otros trastornos de personalidad y problemas de salud mental, el diagnóstico de TPD presenta varios problemas. Para un tratamiento efectivo, hay que tener en cuenta los factores biológicos, sociales, culturales y familiares. La terapia psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual (TCC) se han demostrado efectivas como intervenciones, ya que brindan estrategias para desafiar creencias disfuncionales y explorar las fuentes inconscientes de la dependencia. Además, la terapia de grupo facilita la identificación y el manejo de patrones de dependencia en un entorno de apoyo terapéutico. Esta redacción destaca la importancia de un diagnóstico temprano y preciso para mejorar la calidad de vida y reducir los efectos negativos.

## Bibliografía

Disney KL. Dependent personality disorder: A critical review. Clin Psychol Rev. el 1 de diciembre de 2013;33(8):1184-96.

Morrison, James. DSM-5 ® Guía para el diagnóstico clínico. 2015. 528-563 p.

Julio Vallejo Ruiloba. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Octava edición. 2015. 762-779 p.

Benjamin J. Sadock MD, Samoon Ahmad MD, Virginia A. Sadock MD. Kaplan & Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. Sexta edición. 2006. 332-361 p.

Gupta S. Dependent Personality Disorder: Symptoms, Causes, and Treatment [Internet]. Very well mind. 2023 [citado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.verywellmind.com/dependent-personality-disorder-symptoms-causes-and-treatment-6544787>

Grant K. Registered Psychotherapist - A Closer Look at Dependent Personality Disorder: Balancing Self and Others [Internet]. 2023 [citado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.kevinwgrant.com/blog/item/a-closer-look-at-dependent-personality-disorder-balancing-self-and-others>

ZENKLUB. Trastorno de Personalidad Dependiente (TPD): como tratar | Zenklub [Internet]. 2021 [citado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://zenklub.com.br/blog/transtornos/transtorno-de-personalidade-dependente/>

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition. American Psychiatric Association Publishing. 2022;

Cleveland Clinic. Dependent Personality Disorder (DPD): Symptoms & Treatment [Internet]. 2023 [citado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9783-dependent-personality-disorder>

Pratt S. Dependent Personality Disorder | Knowledge Center | Sheppard Pratt [Internet]. 2024 [citado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.sheppardpratt.org/knowledge-center/condition/dependent-personality-disorder/>

Teixeira A. Perturbação de Personalidade Dependente [Internet]. 2021 [citado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.saudebemestar.pt/pt/blog/psicologia/personalidade-dependente/>

Blanco Artola C, Gómez Solorzano N, Orozco Matamoros D. Actualización de los trastornos de personalidad. Revista Médica Sinergia. el 1 de abril de 2020;5(4):e437.

Paiva TT, Da Silva Lima K, Cavalcanti JG, Santos ILS. Psychometric Properties of the Spouse Specific Dependency Scale for Women (SSDS-W). Revista CES Psicología. el 1 de septiembre de 2021;14(3):34-56.

De Conclusão T, Curso DE, Tozelli JN. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE "DEPENDÊNCIA EMOCIONAL". 2023.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

Silva L, Gutiérrez B. Tratamiento Cognitivo Conductual en un caso de trastorno de la personalidad por dependencia. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. 2019;

Zimmerman M. Trastorno de personalidad dependiente (TPD) - Trastornos psiquiátricos - Manuais MSD edição para profissionais [Internet]. MSD MANUALS. 2023 [citado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.msmanuals.com/pt/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/transtornos-de-personalidade/transtorno-da-personalidade-dependente-tpd#Diagn%C3%B3stico\\_v25247211\\_pt](https://www.msmanuals.com/pt/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/transtornos-de-personalidade/transtorno-da-personalidade-dependente-tpd#Diagn%C3%B3stico_v25247211_pt)

Montseny F. Trastorno de la personalidad dependiente [Internet]. 2023 [citado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://kibbutzpsicologia.com/trastorno-de-la-personalidad-dependiente/>

RAMÓN DE LA FUENTE. LA PATOLOGÍA MENTAL Y SU TERAPÉUTICA II 2. Primera Edición. 2015. 357-358 p.

Araújo M, García T. TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE DESARROLLO DE AUTONOMÍA AFECTIVA A TRAVÉS DEL TTS. 2021.

Chen Y. Analysis of Dependent Personality Disorder and Family Therapy. Lecture Notes in Education Psychology and Public Media. el 5 de marzo de 2024;40(1):158-62.

## TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

### Introducción

El Trastorno Histriónico de la Personalidad (THP) es una condición psicológica que se caracteriza por un patrón constante de comportamiento extremadamente emocional y una necesidad excesiva de atención. Las personas con THP suelen sentirse incómodas cuando no son el centro de atención y pueden emplear dramatización, seducción y exageración para asegurarse de que los demás les presten atención. Este trastorno puede afectar significativamente la vida personal y profesional de quienes lo padecen, dificultando sus relaciones y su desempeño en diversos ámbitos.

El Trastorno Histriónico de la Personalidad es un tema de gran interés en el campo de la psiquiatría debido a sus manifestaciones llamativas y su impacto en las relaciones interpersonales. Este trastorno, que afecta aproximadamente al 2-3% de la población, se caracteriza por una búsqueda constante de aprobación y comportamientos que pueden parecer teatrales o manipuladores. Las personas con THP a menudo experimentan dificultades para mantener relaciones estables y pueden tener problemas en su vida laboral debido a su necesidad de atención y validación constante.

Definido por comportamientos dramáticos y una búsqueda persistente de atención, el Trastorno Histriónico de la Personalidad es una de las muchas condiciones que caen bajo el paraguas de los trastornos de la personalidad. Las personas con este trastorno pueden parecer encantadoras y vivaces en un primer encuentro, pero sus interacciones a menudo se vuelven problemáticas debido a su necesidad de ser el centro de atención. El THP puede llevar a malentendidos y conflictos en las relaciones, tanto

personales como profesionales, y requiere una comprensión profunda y empatía para manejarse adecuadamente.

### **Objetivo General**

Describir información actualizada y veraz de las características clínicas del trastorno histriónico de la personalidad para que sea utilizado por los profesionales del área de salud como guía para una mejor comprensión de este trastorno.

### **Desarrollo**

#### **Trastorno histriónico de la personalidad**

##### **Antecedentes**

Las raíces del comportamiento histriónico se remontan a la antigüedad, cuando los médicos griegos y romanos observaron a individuos que mostraban excesiva teatralidad y expresión emocional. Estos individuos fueron descritos como "histéricos", término derivado de la palabra griega "hystera", que significa útero, ya que se creía que estos comportamientos eran exclusivos de las mujeres y eran causados por alteraciones en el útero. (1)

A finales del siglo XIX, durante la era del psicoanálisis, Sigmund Freud contribuyó a la comprensión del comportamiento histriónico. Propuso el concepto de "histeria" como un trastorno psicológico que afecta principalmente a las mujeres y se caracteriza por excesos emocionales y conductas de búsqueda de atención. Las teorías de Freud, aunque controvertidas y a menudo criticadas, sentaron las bases para la exploración de los síntomas y comportamientos histriónicos. (1)

El HPD fue reconocido formalmente como una categoría diagnóstica distinta a mediados del siglo XX. En 1980, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,

tercera edición (DSM-III), incluyó el trastorno histriónico de la personalidad como una condición diagnosticable. El DSM-III identificó criterios clave, incluido un patrón generalizado de emocionalidad excesiva, una necesidad de atención y comportamientos exagerados. (1)

Desde su inclusión en el DSM, los criterios de HPD han sido perfeccionados en ediciones posteriores. El DSM-IV (1994) y el DSM-IV-TR (2000) mantuvieron los criterios de diagnóstico centrales, enfatizando el comportamiento de búsqueda de atención y la autodramatización, pero también enfatizaron la necesidad de considerar el contexto cultural y las diferencias de género al diagnosticar el trastorno. En la última edición del DSM, el DSM-5-TR (2022), el Trastorno Histriónico de la Personalidad (THP) todavía se reconoce como un diagnóstico distinto. (1)

El DSM-5-TR divide los trastornos de la personalidad en Grupo A, Grupo B y Grupo C. El trastorno histriónico pertenece al grupo B, en conjunto con el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno límite de la personalidad, y el trastorno de personalidad narcisista. Los individuos dentro de este grupo muestran acciones impulsivas, inestabilidad emocional y desafíos para mantener relaciones estables. (1)

### **Definición**

La palabra histriónico deriva del vocablo latino his-trio, que significa actor, asociado al trastorno histriónico de la personalidad. (2)

Este trastorno se caracteriza por un patrón omnipresente de hiperemocionalidad, afectividad superficial y lábil, auto dramatización, teatralidad, expresión exagerada de emociones, sugestionabilidad, egocentrismo, autocomplacencia, falta de consideración por los demás,

sentimientos fácilmente heridos y búsqueda continua de aprecio, emoción y atención. (2) (3)

La principal característica que presentan es la búsqueda exagerada de atención; en las relaciones sociales su meta es ser el centro de atención, además de tratar de lograr halagos y alabanzas constantes. (4) Alcanzan su objetivo de maximizar la protección y el éxito reproductivo al participar activamente en una serie de maniobras seductoras que llaman la atención. (3)

### **Epidemiología**

Faltan estudios multipoblacionales de alta calidad que intenten cuantificar la prevalencia del THP, y la mayoría de los estudios intentados están desactualizados (de una era diferente del DSM), lo que limita su aplicabilidad. Aproximadamente el 9% de la población general tiene al menos un trastorno de la personalidad, y se estima que la prevalencia del trastorno de personalidad histriónica alcanza entre el 2% y el 3%. (1)

Por esta razón los autores como Bakkevig y Karterud (2010) expusieron la posibilidad de suprimir este trastorno histriónico de la personalidad del sistema DSM, debido a que presenta baja prevalencia en pacientes clínicos de un 0,4% y también por su alta comorbilidad con otros trastornos de la personalidad del clúster B de la clasificación del DSM, como el narcisista, el dependiente o el límite, caracterizándose todos estos principalmente por una apariencia inestable, dramática, emocional o errática, así como por dificultades con la propia identidad y el funcionamiento social y afectivo. (4)

El autor Kaplan Sadok (2018), refiere que la prevalencia de este trastorno es del 2-3% y en pacientes con tratamiento, se reporta mayor prevalencia del 10-15%<sup>4, 5</sup>. Todos los autores

antes mencionados, conjunto con los autores Vallejo Ruiloba y Ramón de la Fuente concuerdan en que la prevalencia según el sexo es mayor en las mujeres, pero no es exclusiva de las mismas. (5) (6) (7)

Las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades de ser diagnosticadas con trastorno de personalidad histriónica que los hombres. Sin embargo, es posible que a las mujeres se les diagnostique demasiado este trastorno en comparación con los hombres debido a que el atrevimiento sexual es menos aceptable socialmente para las mujeres; Asimismo, los hombres pueden estar infradiagnosticados. (1)

### **Etiología**

La investigación sobre la etiología del THP es limitada y los estudios de alta calidad que investigan sus causas son escasos. Se cree que varios factores contribuyen al desarrollo del HPD, incluida la predisposición genética, las experiencias infantiles sobre todo el abuso sexual, la negligencia física/emocional y las influencias ambientales. Sin embargo, la importancia relativa de estos factores todavía está siendo investigada y debatida. (1) (8)

La personalidad es una suma compleja de factores biológicos, psicológicos, sociales y de desarrollo; por lo tanto, cada personalidad es única entre las etiquetadas con un trastorno de personalidad. La personalidad es un patrón de comportamientos que un individuo adapta de forma única en respuesta a estímulos internos y externos en constante cambio. Esto se describe en términos generales como temperamento, una característica psicobiológica hereditaria e innata. Sin embargo, el temperamento se moldea aún más a través de mecanismos epigenéticos, es decir, a través de experiencias de vida como traumas y

condiciones socioeconómicas; estos son factores etiológicos adaptativos en el desarrollo de la personalidad. (1)

Los resultados sugieren que el abuso sexual infantil es el predictor más fuerte de patología histriónica de la personalidad en la edad adulta. Sin embargo, esto difiere entre mujeres y hombres de modo que la negligencia física también predice una patología de personalidad histriónica para las mujeres, mientras que el abuso físico y emocional, así como la negligencia emocional, predicen una patología de personalidad histriónica para los hombres. (8)

Los estudios genéticos proponen un componente hereditario en los trastornos de la personalidad, incluido el THP. Los estudios con gemelos han sugerido que los factores genéticos y ambientales contribuyen a la etiología del THP. Estos hallazgos sugieren que los factores genéticos contribuyen a la vulnerabilidad del THP. Sin embargo, aún no se han dilucidado los genes o mecanismos genéticos específicos implicados en el THP. Las condiciones médicas, específicamente aquellas con patología que puede dañar las neuronas, a menudo se asocian con trastornos o cambios de personalidad. (1)

### **Cuadro Clínico**

El cuadro clínico de personalidad que presenta el paciente se basa en los rasgos del temperamento y características específicas que pueden variar según cada caso de THP. (1)

#### *Rasgos de temperamento*

- La evitación de daños implica un sesgo hacia la inhibición de una conducta que daría lugar a un castigo o a una falta de recompensa. Las personas con THP tienen poca evitación de daños. (1)
- La búsqueda de novedades es un deseo inherente de iniciar actividades novedosas que puedan producir

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

una señal de recompensa. Las personas con THP tienen una alta actividad de búsqueda de novedades. (1)

- La dependencia de la recompensa describe la cantidad de deseo de atender comportamientos en respuesta a señales de recompensa social. Las personas con THP tienen una alta dependencia de la recompensa. (1)
- La persistencia se refiere a mantener los esfuerzos y continuar con las conductas a pesar de los obstáculos, la frustración, la fatiga o el refuerzo limitado. Las personas con THP suelen tener baja persistencia. (1)

#### *Características Específicas*

- **Apariencia:** Se deben tener en cuenta las elecciones generales de aseo y moda del paciente. Es probable que las personas con THP se vistan de manera provocativa o con rasgos que llamen la atención. Esto puede incluir ropa reveladora, tatuajes sugerentes o extensos, cabello de colores brillantes y peinados excéntricos, y pueden usar múltiples accesorios. (1)
- **Comportamiento:** Las personas con THP tienen comportamientos excéntricos y desinhibidos. Es posible que tengan comportamientos de división dependiendo de cómo se desarrolle la entrevista psiquiátrica. Otros comportamientos pueden incluir narraciones dramáticas, gestos hipersexuales y actuar para convertirse en el centro de atención. (1)
- **Habla:** Es probable que las personas con THP hablen en voz alta y dramáticamente. El discurso es generalmente impresionista y carente de detalles. No se esperan déficits en la iniciación del habla o el vocabulario. (1)

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

- **Proceso de pensamiento:** en personas con THP, se espera que el proceso de pensamiento sea lineal pero limitado en alcance y lógica. Las personas con THP tienden a ser fácilmente sugestionables y pueden ser fácilmente persuadidas de sus procesos de pensamiento hacia quienes los rodean. (1)
- **Cognición:** no se espera que la cognición general y la orientación se vean afectadas en personas con THP. (1)
- **Control de impulsos:** las personas con THP tienen un control deficiente de los impulsos, lo que resulta en la participación de muchos de sus comportamientos patológicos. (1)
- **Juicio:** El juicio en personas con THP es pobre. (1)
- **Insight:** El THP es egosintónico, por lo que las personas con THP generalmente no tienen una idea clara de su condición y de cómo sus comportamientos impactan su funcionamiento social y ocupacional. (1)

### Diagnóstico

Los pacientes que padecen este trastorno suelen mostrar una actitud cooperativa y una notable disposición para recibir asistencia. Es habitual que empleen gesticulaciones y una entonación dramática en su discurso, así como un lenguaje llamativo. Los resultados de las evaluaciones cognitivas son generalmente normales; no obstante, pueden evidenciar una falta de perseverancia en tareas que requieren habilidades aritméticas o concentración sostenida. Su emocionalidad puede parecer superficial o insincera, y frecuentemente olvidan información con carga afectiva. Estos individuos tienden a magnificar sus pensamientos y sentimientos con el propósito de captar atención, pudiendo llegar a manifestar llanto, episodios de

ira o acusaciones cuando no reciben la atención deseada<sup>5</sup>. Requieren una constante reafirmación y sus relaciones interpersonales suelen ser superficiales siendo seriamente afectadas, aunque pueden desempeñarse de manera relativamente normal en algunos aspectos de su vida. (5) (7)

- **Criterios de Trastorno de la personalidad histriónica**

Según el CIE-10, el trastorno de personalidad se define por las siguientes características: afectividad superficial y cambiante, comportamiento teatral, tendencia a la dramatización y exageración emocional, alta sugestionabilidad, egocentrismo, autoindulgencia, falta de consideración hacia los demás, susceptibilidad, y una constante búsqueda de aprobación, estímulos y atención, (9)

A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).

B. Deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas:

1. Tendencia al autodramatismo, teatralidad y expresión exagerada de emociones<sup>9</sup>.
2. Sugestionabilidad (el individuo es fácilmente influenciado por otros o por las circunstancias). (9)
3. Afectividad lábil y superficial. (9)
4. Búsqueda continua de estímulos y actividades en las que ser el centro de atención. (9)
5. Comportamiento o apariencia inapropiadamente seductor. (9)
6. Preocupación excesiva por el aspecto físico. (9)

En el DSM-5 también se subrayan ciertos criterios que indican un patrón predominante de emotividad excesiva y búsqueda de atención, que comienza en la adultez temprana y se presenta en diferentes situaciones. Este patrón se manifiesta por la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas. (10)

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención. (10)
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado. (10)
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones. (10)
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención. (10)
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles. (10)
6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción. (10)
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias). (10)
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad. (10)

En el mismo sentido, se presentan ciertos rasgos que se alinean con el CIE-10 y el DSM-5. Estos describen un patrón consistente de sentimentalismo desmedido y una necesidad constante de ser el centro de atención, evidenciado por la presencia de cinco o más de los siguientes rasgos. (5)

- Inquietud cuando no es el centro de atención. (5)
- Tendencia a fraternizar de una manera sexualmente sugestiva. (5)
- Emocionalidad voluble y superficial. (5)
- Uso o mejora de las características físicas para atraer la atención de otros. (5)
- Discurso nebuloso, vago. (5)
- Expresión emocional melodramática. (5)
- Impresionabilidad. (5)
- Percepción sesgada de la intimidad de las relaciones ordinarias. (5)

### Entrevista Diagnostica en salud Mental

Se requieren al menos cinco señales que demuestran un comportamiento emocional intenso y una búsqueda exagerada de atención para cumplir los requisitos de inclusión. Este patrón de comportamiento comienza en la edad adulta temprana y se manifiesta en diversas situaciones y entornos. (11)

Crterios DSM - IV-TR	Preguntas
Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención. (10)	Algunas personas disfrutan siendo el centro de atención, mientras que otras prefieren mantenerse al margen y pasar desapercibidas. ¿En cuál de estas categorías se situaría usted? Si prefiere ser el centro de atención, ¿cómo se siente cuando no lo es? ¿Las personas que le conocen creen que necesita ser el centro de atención?
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado. (10)	¿Tiene usted reputación de ser un conquistador/a o seductor/a? Si la respuesta es afirmativa, ¿podría contarme más al respecto? ¿Alguna vez alguien ha malinterpretado su amistad o cercanía como un interés romántico o una insinuación sexual?

	<p>Si es así, ¿esto le ha sucedido con frecuencia? [Observar la conducta durante la entrevista]</p>
<p>3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones. (10)</p>	<p>¿Sus emociones, tanto positivas como negativas, cambian rápidamente? Si es así, ¿otras personas lo notan? ¿Le ocurre desde hace mucho tiempo? ¿Alguna vez alguien le ha dicho que sus emociones o sentimientos parecen no ser sinceros o reales? Si la respuesta es afirmativa, ¿podría contarme más al respecto?</p>
<p>4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención. (10)</p>	<p>En comparación con otras personas de su edad o de su círculo de amistades, ¿cree que tiene más interés en que la gente se fije en su apariencia o en su físico? ¿Usa su aspecto para atraer atención o para no pasar desapercibido? Si es así, ¿qué hace para lograrlo y con qué frecuencia? ¿Se siente decepcionado/a o desilusionado/a cuando la gente no nota su apariencia? [Observar la conducta durante la entrevista]</p>

<p>5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles (10)</p>	<p>[Evaluar si la persona usa frases grandilocuentes, muestra ampulosidad o exageración, o si tiene dificultades para proporcionar ejemplos concretos o detallados durante la entrevista, especialmente al expresar opiniones firmes o intensas]</p>
<p>6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción (10)</p>	<p>Algunas personas son muy expresivas, mientras que otras lo son menos. Las personas expresivas suelen mostrar abiertamente sus emociones, ya sea llorando, gritando, gesticulando o riendo en público. ¿Dónde se situaría usted en este aspecto?</p> <p>Si se considera expresivo, ¿ha sido esto un problema para usted o para quienes le rodean? ¿Puede darme algunos ejemplos? ¿Alguien le ha comentado algo sobre cómo expresa sus emociones?</p> <p>Si es así, ¿qué le han dicho? ¿Está de acuerdo? ¿Cree que podría haber sido actor? Si la respuesta es afirmativa, ¿por qué?</p>

	[Observar la conducta y expresión emocional durante la entrevista]
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias). (10)	<p>¿Es usted fácilmente influenciado por otras personas o por las circunstancias? ¿Suele cambiar de opinión con facilidad? Si responde afirmativamente, ¿podría proporcionar más detalles? ¿Este cambio de opinión ocurre con frecuencia y ha causado problemas alguna vez?</p> <p>Además, si alguien cercano le comunica que se siente mal, tiene dolor de cabeza o de estómago, o está experimentando una emoción intensa, ¿tiende usted a sentirse de la misma manera? ¿Esto sucede a menudo? ¿Podría dar un ejemplo de ello y mencionar si ha causado problemas en alguna ocasión?</p>
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad. (10)	<p>¿A veces siente un fuerte vínculo o amistad con personas recién conocidas? Si es así, ¿esto sucede con frecuencia? ¿Podría proporcionar un ejemplo?</p>

	<p>¿Alguna vez se ha sentido herido/a porque percibía una relación como más profunda o seria de lo que la otra persona pensaba? Si es así, ¿ocurre esto con frecuencia? ¿Podría dar un ejemplo?</p> <p>¿Suele abrirse rápidamente y compartir detalles íntimos con personas que conoce hace poco tiempo? Si es así, ¿podría ofrecer algunos ejemplos? ¿Ha causado esto algún problema?</p>
--	--

Fuente: Entrevista Diagnóstica en salud Mental en base a los criterios del DSM-5 (10) (11)

### Diagnostico diferencial

a) Trastorno de la personalidad límite.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por una inestabilidad significativa en las relaciones interpersonales, la afectividad y la autoimagen, junto con una marcada impulsividad. Los pacientes con TLP a menudo presentan relaciones intensas y conflictivas, cambios emocionales rápidos e intensos, y comportamientos impulsivos y autodestructivos, como el abuso de sustancias y la automutilación. Además, estos individuos suelen tener problemas graves de identidad y un alto riesgo de comportamientos suicidas (4) (12)

b) Trastorno de la personalidad dependiente.

El trastorno de la personalidad dependiente (TPD) se caracteriza por una necesidad excesiva de ser cuidado, lo que lleva a un comportamiento sumiso y apegado y un miedo a la separación. Los individuos con TPD tienen

dificultad para tomar decisiones sin una cantidad excesiva de consejo y apoyo de los demás, y a menudo evitan las responsabilidades personales delegándolas en otros. También muestran una falta de confianza en sí mismos y un temor profundo a ser abandonados, lo que los lleva a quedarse en relaciones incluso cuando no son saludables. (13)

En contraste con el TLP y el TPD, el trastorno histriónico de la personalidad (THP) se define por una búsqueda constante de atención y una emocionalidad superficial y rápidamente cambiante. Los individuos con THP tienden a comportarse de manera seductora o provocativa para atraer la atención, y sus expresiones emocionales son exageradas, pero carecen de profundidad. Su estilo de habla suele ser impresionista y falto de detalles, y muestran una alta sugestionabilidad y una tendencia a sobreestimar la intimidad de sus relaciones. (6) (7)

### **Manejo terapéutico**

#### *Tratamiento no farmacológico*

Existen estudios de casos y estudios de sujeto único que han demostrado mejoras en pacientes con Trastorno de Personalidad Histriónico tras la aplicación de la terapia analítica funcional, así como la psicoterapia orientada a la clarificación. Dada la situación actual de la investigación en psicoterapia para el THP), resulta fundamental no solo desarrollar y evaluar tratamientos eficaces para este trastorno, sino también comprender mejor los procesos de cambio subyacentes en esta población diagnóstica. (14)

La evidencia sobre la efectividad del tratamiento para el THP es limitada, con un consenso general de que esta condición persiste a lo largo de la vida y muestra resistencia al tratamiento en la mayoría de los casos. Los estudios en su

mayoría no han demostrado una eficacia significativa en el tratamiento del THP, reportando bajas tasas de remisión de los síntomas y la falta de alcanzar niveles normativos de funcionamiento. Establecer y mantener una relación terapéutica sólida es un componente esencial en el tratamiento de los trastornos de personalidad. (1)

Las personas con THP suelen no reconocer su trastorno debido a su naturaleza egosintónica y pueden resistirse a la idea de recibir tratamiento. Dado que es poco probable que el THP remita con o sin intervención, el enfoque terapéutico puede centrarse en reducir los conflictos interpersonales y estabilizar el funcionamiento psicosocial. 1)

Se han investigado diversas técnicas psicoterapéuticas como posibles tratamientos para el THP, con resultados generalmente contradictorios. Un estudio realizado en 159 pacientes con THP mostró una mejoría general al someterse a psicoterapia orientada a la aclaración. Los medicamentos psicotrópicos suelen ser ineficaces en el tratamiento del THP y no existen agentes aprobados por la FDA específicamente para esta condición. No obstante, el tratamiento de comorbilidades psiquiátricas con medicamentos psicotrópicos podría mejorar los síntomas en pacientes con THP. (1)

La Psicoterapia Orientada a la Clarificación (COP) es un abordaje integrador diseñado para pacientes con Trastornos de la Personalidad (TP), basado en los principios de la psicoterapia centrada en el cliente. Este enfoque facilita la clarificación de esquemas centrales, promueve la modificación de las interacciones conductuales y contribuye al desarrollo de nuevas representaciones y experiencias. En el estudio actual, los tratamientos fueron supervisados por los desarrolladores de la COP y se extendieron entre 48 y 78 sesiones. Las investigaciones sugieren que los Trastornos de la Personalidad pueden requerir una psicoterapia más

prolongada en comparación con los trastornos agudos, destacando que la duración del tratamiento es un factor crítico para la mejoría. La duración del tratamiento fue determinada de manera individual, basada en la indicación clínica. (14)

### **Tratamiento Farmacológico**

**Antidepresivos:** Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la fluoxetina, sertralina y escitalopram son frecuentemente utilizados para tratar síntomas depresivos y ansiosos asociados con el THP. Estos medicamentos pueden ayudar a estabilizar el estado de ánimo y reducir la reactividad emocional, aunque no afectan directamente los rasgos de la personalidad. (3) (5)

**Ansiolíticos:** En casos donde la ansiedad es prominente, se pueden utilizar ansiolíticos. Las benzodiazepinas, como el clonazepam y el alprazolam, pueden ser efectivos a corto plazo. Sin embargo, debido al potencial de abuso y dependencia, su uso debe ser limitado y cuidadosamente monitoreado. Alternativamente, los ansiolíticos no benzodiazepínicos, como la buspirona, pueden ser considerados. (3) (5)

**Antipsicóticos atípicos:** En pacientes con síntomas severos de impulsividad o cuando hay episodios de desregulación afectiva significativa, los antipsicóticos atípicos como la risperidona, quetiapina o aripiprazol pueden ser beneficiosos. Estos fármacos pueden ayudar a reducir la labilidad emocional y la irritabilidad. (3) (5)

**Estabilizadores del estado de ánimo:** En algunos casos, especialmente donde se observan fluctuaciones severas del estado de ánimo o comportamiento impulsivo, los estabilizadores del estado de ánimo como el valproato de sodio o la lamotrigina pueden ser útiles. Estos

medicamentos ayudan a regular las emociones y disminuir los episodios de conducta errática. (3) (5)

Es importante señalar que el tratamiento farmacológico debe ser individualizado y basado en una evaluación cuidadosa de cada paciente, considerando tanto los síntomas específicos como las posibles comorbilidades. (3) (5)

### **Evolución y pronóstico.**

La evolución clínica del THP es variable. Frecuentemente, los pacientes presentan una reducción de los síntomas con el envejecimiento; sin embargo, esta disminución puede ser más aparente que real, dado que la falta de energía en la vejez puede enmascarar la verdadera severidad de los síntomas. (5)

Hay pocos estudios que informen o predigan el destino del THP, a pesar de que el trastorno suele durar toda la vida. En general, es poco probable que el THP se resuelva por sí solo o con tratamiento. Sin embargo, es probable que las terapias destinadas a mejorar la calidad de vida, como minimizar la comorbilidad mental y estabilizar los factores sociales, mejoren el pronóstico del HPD. (1)

### **Complicaciones**

El THP se asocia frecuentemente con varios otros trastornos, complicando su manejo y tratamiento. A continuación, se explica cómo el THP puede interactuar y exacerbar estos trastornos:

**Trastornos de somatización:** Las personas con THP suelen tener una alta reactividad emocional y buscan constantemente la atención de los demás. Esta búsqueda de atención puede llevarlos a exagerar síntomas físicos y a desarrollar trastornos de somatización, donde experimentan y reportan síntomas físicos que no tienen una base médica

clara. Su deseo de ser el centro de atención y de recibir cuidados puede intensificar estos síntomas, perpetuando el ciclo de atención médica innecesaria. (5)

**Trastornos de conversión:** El THP también puede complicarse con trastornos de conversión, donde el estrés emocional se convierte en síntomas físicos. La inclinación de las personas con THP a dramatizar y a exhibir comportamientos teatrales puede contribuir a la manifestación de síntomas físicos como parálisis, ceguera o convulsiones, sin una causa médica identificable. (5)

**Trastornos disociativos:** La tendencia del THP a la exageración y la teatralidad puede llevar a experiencias disociativas, donde la persona puede desconectarse de la realidad o de su identidad. La extrema emocionalidad y la susceptibilidad a la influencia externa pueden fomentar episodios de amnesia disociativa, despersonalización o fugas disociativas. (5)

**Trastornos sexuales:** La búsqueda de aprobación y afecto en personas con THP puede derivar en comportamientos sexuales inapropiados o promiscuos. La necesidad de ser admirado y deseado puede llevar a la persona a involucrarse en relaciones sexuales impulsivas y a menudo riesgosas, buscando constantemente la validación a través de la sexualidad. (5)

**Trastornos del estado de ánimo:** El THP se asocia frecuentemente con fluctuaciones emocionales intensas, lo que puede desencadenar trastornos del estado de ánimo como la depresión y la ansiedad. La frustración por no recibir la atención deseada y la inestabilidad emocional pueden llevar a episodios depresivos y ansiosos, aumentando la vulnerabilidad a estas condiciones. (1) (5)

**Abuso de sustancias:** La impulsividad y la búsqueda de nuevas experiencias en personas con THP pueden llevar al abuso de sustancias. El uso de drogas o alcohol puede ser

una forma de manejar su emocionalidad extrema o de atraer la atención de los demás. Además, el THP puede aumentar el riesgo de desarrollar una dependencia, complicando aún más el tratamiento y el pronóstico del trastorno. (1)(5)

## Conclusiones

- En resumen, el trastorno histriónico de la personalidad presenta desafíos significativos para su diagnóstico tanto para los individuos que lo padecen como para los profesionales de la salud mental que los tratan, debido a su alta comorbilidad con otros trastornos de la personalidad del Grupo B de la clasificación del DSM-5. A través de una comprensión más profunda de sus características clínicas y su impacto en la vida diaria, podemos trabajar hacia enfoques terapéuticos más efectivos y empáticos para abordar esta compleja condición.
- En general, el tratamiento de este trastorno se centra en la terapia cognitivo-conductual para ayudar al individuo a desarrollar mecanismos de afrontamiento más saludables y a mejorar su autoestima. Sin embargo, es importante destacar que el diagnóstico y el tratamiento del trastorno histriónico de la personalidad deben ser realizados por profesionales de la salud utilizando como base los criterios diagnósticos del DSM-5 Y CIE-10 teniendo en cuenta que cada caso es único y requiere una evaluación individualizada.
- En conclusión, el trastorno histriónico de la personalidad es una condición mental compleja que se caracteriza por un patrón de atención excesiva y búsqueda de aprobación, así como una expresión

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

emocional exagerada. Aunque se ha discutido mucho su relación con otros trastornos de la personalidad se distingue por su énfasis en el aspecto físico y su tendencia a dramatizar situaciones.

## Bibliografía

- French JH, Torrico TJ, Shrestha S. Histrionic Personality Disorder. 2024.
- Fanslau A, Jurek P, Renner KH. Assessment of the histrionic self-presentation style: initial validation of the Polish version of the As-If-Scale. *Current issues in personality psychology* [Internet]. 2021 [cited 2024 May 24];9(2):165-78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38013796/>
- Blanco Artola C, Gómez Solorzano N, Orozco Matamoros D. Actualización de los trastornos de personalidad. *Revista Médica Sinergia*. 2020 Apr 1;5(4):e437.
- Cañamero Ballestar I, Carpallo González M, Esteller Collado G, Muñoz Navarro R. El trastorno límite e histriónico de la personalidad y sus estrategias de regulación emocional: una revisión sistemática y crítica desde el modelo dimensional. *Escr Psicol*. 2023;16(1).
- M.D BJS, Samoon Ahmad MD, Virginia A. Sadock MD. *MANUAL DE BOLSILLO DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA*. Vol. 5, BMC Public Health. 2017.
- Ruiloba JV. *Introducción a las psicopatología y la psiquiatría*. European University Institute. 2012.
- Fuente RD la. *La patología mental y su terapéutica*. 2 ed. Paper Knowledge . *Toward a Media History of Documents*. 2014.
- Yalch MM, Ceroni DB, Dehart RM. Influence of Child Abuse and Neglect on Histrionic Personality Pathology. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2023 Jan 1;24(1):111-24.

Personalidad y psicopatología: Un análisis integral y crítico de la evolución de la normalidad hacia lo patológico.

WHO. Pocket guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. In: Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Clasificación de los Trastornos mentales y del Comportamiento. 2000.

Morrison J. DSM-5 Guía para el DIAGNÓSTICO CLÍNICO James Morrison. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951-952. 2015.

Vásquez C, Muñoz M. ENTREVISTA DIAGNOSTICA EN SALUD MENTAL: ADULTOS. Vol. 1999, منشورات جامعة دمشق. 2006.

Méndez-Miller M, Naccarato J, Radico JA. Borderline Personality Disorder. *Am Fam Physician*. 2022;105(2).

Chen Y. Analysis of Dependent Personality Disorder and Family Therapy. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*. 2024;40(1).

Babl A, Gómez Penedo JM, Berger T, Schneider N, Sachse R, Kramer U. Change processes in psychotherapy for patients presenting with histrionic personality disorder. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2024 May 24];30(1):64-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35776063/>

ISBN: 978-9942-33-963-8



**Compás**  
capacitación e investigación