

Un poco de historia...

BANG!



STONE AGE

BANG!



BRONZE AGE

BANG!



IRON AGE

BANG!



DARK AGE

BANG!



MODERN AGE

BANG!



COMPUTER AGE

Historia

- Precursores históricos y teóricos muy amplios, no ceñirse solamente a proposiciones con el termino límite
- Gran cantidad de términos y desacuerdo en las características fundamentales del síndrome (diferentes escuelas)

Medicina clásica

Hipócrates. Describe los humores relacionándolos con temperamentos, el equilibrio es la salud

Arateo. Distinción entre neurosis y psicosis, "enfermos capaces de ver las cosas como las ve una persona sana, pero que por una falta de sentido crítico yerra en sus juicios", describiendo estados intermedios.

Ovidio. Describe los "enamoradozcos e inestables"

Renacimiento

Erasmus de Rotterdam y Luis Vives en sus respectivas obras profundizan en los temperamentos y caracteres.

“las formas de ser”

Robert Burton 1621, "anatomia de la melancolia"

Describe cuadros afectivos caracterizados por la inestabilidad emocional y la sensación de vacío

Bonnet 1684, folie maniaco-melancolique
una por primera vez en un síndrome la impulsividad y el ánimo inestable

Durante el siglo XVII diversos autores (Schacht, Herschel) insisten en la idea de Bonet, refiriendo un curso crónico con regularidad periódica.

1801 Pinel describe la manía sin delirio pacientes que se dejaban llevar por un instinto furioso y una crueldad sanguinaria, pero sin alteraciones en el plano intelectual

1854 Baillanger y Falret, trabajo de 30 años con depresivos y suicidas, describen depresiones con curso intermitente, con periodos de cólera, irritabilidad...

1884 Hughes utiliza por primera vez el término límite, “la frontera de la locura esta poblada por un gran número de personas cuya vida transcurre proxima a esa linea, a veces de un lado a veces de otro”

1890 Rosse describe la “locura límite” describe a personas que se movían entre la razón y la desesperación”

Formulaciones modernas



Kraepelin 1921

“personalidad irritable”
recoge las características
fundamentales que hoy
describen el T. límite sobre
todo la impulsividad, la
inestabilidad afectiva y de
relaciones interpersonales,
la ira inadecuada y los
actos autolesivos.



1923 Schneider
“personalidad lábil”,
cambios rápidos y
súbitos del estado de
ánimo, con reacciones
violentas ante estímulos
insignificantes y a los
que atribuía un
componente
constitucional.



1925 Kretschmer
“temperamento mixto
cicloide-esquizoide” actitud
hostil ante el mundo con
respuesta afectiva
insuficiente, con
brusquedad, nerviosismo e
inquietud.

1938 Stern "grupo límite de la neurosis" a
pacientes que no pueden situar en grupo de
neurosis ni psicosis y que no responden a la
intervención psicoterapéutica

Propuestas contemporáneas

1947 Schimideberg borderline no son síntomas, trastorno de personalidad que afecta a todas las áreas de la vida

No la considera una única entidad clínica, sino que comprende un nivel de funcionamiento en el que se unen características de normalidad, neurosis y psicosis.

Millon 1975 "límite cicloide" o "trastorno inestable de la personalidad", inestabilidad intensa en el estado de ánimo, irregularidades de la activación, conciencia autocondenatoria, ansiedad por dependencia y ambivalencia cognitivo-afectiva

1980 DSM III personalidad límite

Actualidad DSM IV TR

Etiología



Modelo de rasgos

Se basan en un concepto dimensional de la personalidad. Los sujetos se sitúan a lo largo de unos rasgos continuos: neuroticismo-estabilidad; extraversión-introversión; afiliación-dureza; impulsividad-control; etc. Los trastornos de la personalidad son la expresión de características extremas en una o varias de estas dimensiones.

TLP sujetos con rasgos extremos de neuroticismo, impulsividad, necesidades de estimulación, dependencia

Modelo cognitivo

Utilizan conceptos de procesamiento de la información. Los trastornos de la personalidad son consecuencia de sesgos perceptivos (por ejemplo detección de amenazas), pensamientos irracionales (p.e., "me abandonará") o esquemas disfuncionales (p.e., "necesito que cuiden de mí")

Modelo psicodinámico

Basadas en el modelo de las relaciones objetuales. El TLP se produce por un fallo en el proceso de diferenciación y se caracteriza por el síndrome de difusión de identidad

Como mecanismos de defensa la escisión, la idealización y la devaluación, la negación y la identificación proyectiva. También se produce un establecimiento de reacciones transferenciales intensas, en ocasiones masivas.

Modelo biosocial

El de Millon (Millon y Davis, 1996) es un modelo categórico que integra, no obstante, variables dimensionales, postulados evolucionistas e hipótesis etiopatogénicas que incluyen factores biológicos y experiencias tempranas del aprendizaje.

En el TLP destacan tres características clínicas: ansiedad por separación, conflictos cognitivos e inestabilidad afectiva y comportamental. Este modelo considera que el TLP es la exacerbación de otros trastornos de gravedad más moderada.

Modelo Médico

El DSM (APA, 1994) se fundamenta en el modelo médico tradicional y utiliza el concepto de categoría entendido como un conjunto limitado de síntomas que se suponen relacionados y forman un prototipo frecuente en la clínica.

Epidemiología de los trastornos de personalidad

- Elevada frecuencia de los trastornos de personalidad en la población general, estimándose una prevalencia del 10% al 13%
- Esta tasa aumenta de forma espectacular entre pacientes ambulatorios, llegando a cifras que oscilan entre el 30% y el 50%, aunque otros estudios hablan del 25%

Epidemiología del trastorno límite de personalidad

- La prevalencia de los trastornos límite se sitúa entre el 1,1% y el 4,6% y la media se establece en un 2%
- La prevalencia del TLP dobla la de la esquizofrenia.
- Se diagnostica predominantemente en mujeres, en una ratio de 3:1 (los últimos estudios no existe diferencia entre sexos)

- La prevalencia es 4 veces mayor entre los usuarios frecuentes de la medicina de atención primaria que entre la población general
- Gran consumo de recursos sociales y económicos
- Es habitual que consulten por otros problemas no directamente relacionados con el trastorno

Representa aproximadamente el 10% de los sujetos visitados en los centros ambulatorios de salud mental

Entorno al 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados.

En las poblaciones clínicas con trastornos de personalidad, los TLP se sitúan entre el 30% y el 60%

INFRADIAGNOSTICADO

Se estima que en Cataluña podrían sufrir este trastorno unas 120.000 personas.

En un año se atendieron 1.076 pacientes diagnosticados como TLP en los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) y de adultos (CSMA)

El trastorno se identifica en todas las culturas, si bien:

- Los estudios de prevalencia son muy dispares
- El contexto cultural determina la expresión de las presentaciones clínicas

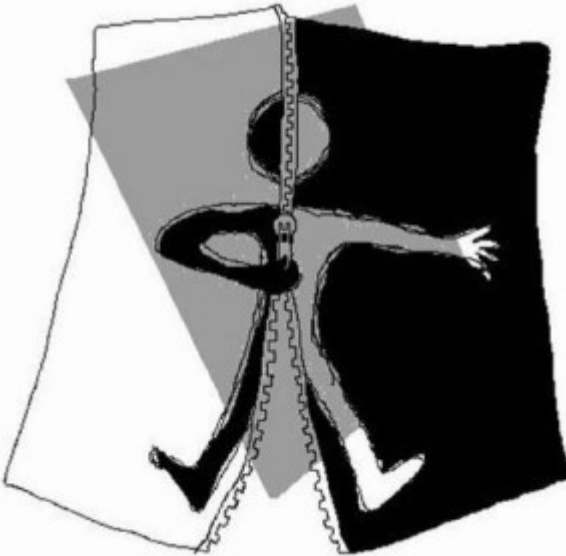
Entre las personas diagnosticadas desde la adolescencia hasta mediana edad:

70% habrá cometido algún intento de suicidio

50% lo repetirá incluso diversas veces a lo largo de su vida

Entre un 8% y un 10% lo consumará.

Clínica y curso



CURSO

Primeras manifestaciones en la adolescencia y la preadolescencia.

Máxima expresión clínica al inicio de la vida adulta

Los síntomas se atenúan con la edad y alrededor de los 40 o 45 años declinan los más relacionados con la impulsividad.

- Ansiedad, depresión y las características de las relaciones interpersonales, indicativas del abandono y la dependencia son las más frecuentes y estables
- Los síntomas impulsivos (suicidio, autolesión) son los que tienden a atenuarse

Al llegar a este punto de la vida, la mitad de los pacientes se habrán estabilizado, pero la otra mitad se aislará progresivamente y es muy probable que acabe con un severo deterioro personal y relacional.

CLÍNICA DEL T. LÍMITE

Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.

La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. Estos sujetos son muy sensibles a las circunstancias ambientales.

Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por los extremos de idealización y devaluación.

Cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no están lo suficiente. Estos sujetos pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero solo con la expectativa de que la otra persona esté allí para corresponderles satisfaciendo sus propias necesidades o demandas.

Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

Se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, de objetivos, valores y aspiraciones. Pueden producirse cambios bruscos de las opiniones y los planes sobre el futuro, la identidad sexual, la escala de valores.

Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo

El estado de ánimo básico de tipo disfórico, períodos de ira, angustia o desesperación y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. Estos episodios pueden reflejar la extremada reactividad de estos individuos al stress interpersonal.

Sentimientos crónicos de vacío.

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden estar atormentados por sentimientos crónicos de vacío. Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer.

Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

Es frecuente que los sujetos con trastorno límite de la personalidad expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlar la ira. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad.

Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Durante períodos de estrés extremo se pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos. Lo más habitual es que estos episodios ocurran como respuesta a un abandono real o imaginado. Con la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos puede producirse la remisión de los síntomas.

Vulnerabilidad emocional

Muy sensibles a los estímulos emocionales negativos.

Autoinvalidación

Tendencia a invalidar sus propias emociones, pensamientos, creencias y conductas; estableciendo a veces expectativas demasiado elevadas y poco realistas para consigo mismos. Esto puede dar lugar a un intenso sentimiento de vergüenza, odio e ira dirigida a sí mismos.

Impulsividad, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).

Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por los que estos sujetos acuden a tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad.

Áreas de la persona que se ven afectadas más directamente por el TLP son las siguientes:

Área emocional: ansiedad, irritabilidad, ira y su expresión con respuestas emocionales cambiantes y excesivas y con descompensaciones depresivas.

Área interpersonal: relaciones caóticas, intensas y difíciles. Intensos esfuerzos para evitar el abandono.

Área conductual: conducta impulsiva, abuso de drogas, conductas bulímicas, delictivas, promiscuidad sexual. Conducta suicida y parasuicida.

Área cognitiva: desregulación del pensamiento, fenómenos de despersonalización, disociación, etc. Episodios psicóticos.

Problemas de identidad: falta de sentido de sí mismo, sentimientos de vacío, duda de su propia identidad.

Etapa inicial

Dado que la adolescencia es una etapa de la vida durante la cual son frecuentes las disfunciones emocionales y conductuales, se identifican algunos indicadores que pueden ayudar a detectar la población adolescente con riesgo de sufrir un trastorno de mala adaptación permanente como es el trastorno límite de la personalidad.

Los indicadores son los siguientes:

- Mala adaptación social y escolar.
- Comportamientos antinormativos, disociales.
- Déficits en la regulación de los afectos.
- Elevada impulsividad.
- Tentativas de suicidio repetidas
- Depresiones graves.

Segunda etapa – Inicio de la vida adulta

Evoluciones que apuntaban disfuncionamiento se mantienen y se intensifican en este periodo.

Gran variabilidad de los síntomas interindividualmente e intraindividualmente, síntomas cambiantes en el tiempo.

Al inicio de la vida adulta

- Sintomatología disruptiva conductual
- Autolesiones
- Conductas parasuicidas.
- Crisis emocionales intensas, (especial valoración que estos pacientes suelen atribuir a las relaciones interpersonales).
- Consumo de tóxicos
- Conflictos con el entorno en general.

Llegada al sistema sanitario:

- Consultas en los servicios de urgencias
- Primeros contactos con los recursos de salud mental.

Tercera etapa – Vida adulta

Hacia la mitad de la vida adulta se observan dos procesos evolutivos :

- Mejora sintomática. A pesar de que la persona presenta un cierto desajuste psicosocial (familiar, laboral, etc.) el deterioro no es progresivo, la persona se estabiliza y esto le permite alcanzar suficiente autonomía personal y social.
- Persistencia de la sintomatología. En estos casos el desajuste personal, familiar y social se mantiene y se acentúa. Aparecen implicaciones familiares (pérdida de vínculos, desgaste familiar), sociales (vivienda, trabajo), sanitarias (consumo de tóxicos), legales (arrestos), etc.

Diagnóstico



Criterios diagnósticos DSM-IV

- 1.** esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- 2.** un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3.** alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- 4.** impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).

- 5.** comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- 6.** inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
- 7.** sentimientos crónicos de vacío.
- 8.** ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- 9.** ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Criterios diagnósticos CIE-10

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos.

- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Divergencia entre la CIE-10 y DSM-IV en cuanto a si el trastorno de la personalidad límite / emocionalmente inestable se puede diagnosticar en los menores de 18 años

- Validez del diagnóstico en los jóvenes?

- En la CIE-10 el trastorno viene dentro del grupo general de los trastornos de la personalidad y el comportamiento adulto

- DSM-IV especifica que el TLP se pueden diagnosticar en los niños menores de 18 años si las características de la enfermedad han estado presentes durante al menos 1 año.

Diagnosticar el trastorno límite de la personalidad es una tarea compleja

- Variabilidad de sus presentaciones clínicas. Es un grupo heterogéneo
- Elevada comorbilidad con diagnósticos sintomáticos
- Es frecuente que reciban tres o cuatro diagnósticos diferentes antes de llegar al de trastorno de la personalidad.

La entrevista clínica es la herramienta de evaluación que nos permite identificar, diagnosticar y evaluar los trastornos psiquiátricos.

En el caso del TLP observamos que el diagnóstico mediante la entrevista clínica merece poca fiabilidad entre los evaluadores, lo que plantea la necesidad de buscar otros sistemas que permitan incrementar la eficacia diagnóstica.

Ante la sospecha de un TLP se aconseja incluir los siguientes elementos de evaluación en la entrevista clínica:

- Antecedentes biográficos negativos.
- Antecedentes familiares.
- Evaluación psicopatológica.
- Psicobiografía (recordemos que el TLP se caracteriza por ser un patrón persistente).
- Historia toxicofílica.
- Problemas con la ley.
- Gravedad psicosocial: datos biográficos, ambientales.
- Funcionamiento relacional (social, laboral, familiar).

Instrumentos categóricos

Entrevistas estructuradas

Entrevista estructurada para el DSM-IV-Eje II (SCID-II (Entrevistas clínicas estructuradas para determinación de los trastornos de personalidad del Eje II según DSM-IV)).

Incluye los 10 diagnósticos del DSM-IV y también los trastornos de personalidad depresivo, pasivo-agresivo y no especificado. El entrevistador debe tener experiencia clínica y una formación específica para llevar a cabo esta entrevista. Existe una versión española (First y col., 1999).

Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE).

Promovido por la OMS y la FDA americana, consta de dos módulos que evalúan respectivamente criterios DSM-IV y CIE-10. Para llevar a cabo este examen se requiere personal experimentado y con un entrenamiento previo. Se dispone de una adaptación española (OMS, 1996).

Entrevista estructurada para personalidad del DSM-IV (SIDP-IV (Entrevista estructurada para determinación de la personalidad según el DSM-IV)).

La SIPDP-IV (Pfohl, Blum y Zimmerman, 1997) es una entrevista semiestructurada, algo más extensa que las anteriores (entre 90 y 120 minutos) y que puede correr a cargo de personal no autorizado, con un entrenamiento previo. Evalúa criterios DSM-IV organizados en diecisiete secciones temáticas para facilitar la semejanza con una entrevista clínica.

Entrevista diagnóstica para el trastorno límite – revisada (DIB-R (Entrevista para el diagnóstico del TLP: discriminación entre el TLP y otros trastornos del Eje II)).

Versión revisada de la entrevista DIB que ha demostrado más eficacia diagnóstica y más especificidad ante otros trastornos del Eje II que la DIB original (Zanarini y col., 1989). Evalúa en el TLP 5 ámbitos de contenido: adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, psicosis y relaciones interpersonales.

Cuestionarios autoadministrados

Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III).

Es un instrumento formado por 24 escalas clínicas que valoran tanto la patología de la personalidad, según DSM-IV, como los trastornos de estado más prevalentes (Millon, Millon y Davis, 1994). Su realización requiere un tiempo comprendido entre los 20 y los 30 minutos.

Cuestionario diagnóstico de la personalidad (PDQ-4+).

Es una translación directa de los criterios diagnósticos del DSM-IV para los trastornos de la personalidad (Hyler, 1994) que evalúa los 10 diagnósticos oficiales, además del depresivo y el pasivoagresivo. Se puede responder en media hora aproximadamente y se conocen las propiedades psicométricas de la adaptación española (Calvo y col., 2002).

Instrumentos dimensionales

Inventario NEO de la personalidad revisado (NEO PI-R)

Inspirado en el modelo precursor de Cattell, el modelo de los cinco factores básicos de la personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad) El Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1992) se puede responder en 30 ó 40 minutos .

Inventario del temperamento y el carácter (TCI)

Cloninger (Cloninger y col., 1994) ha desarrollado progresivamente desde los años ochenta un modelo que integra el papel de dimensiones temperamentales heredables (percata de novedades, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) y variables caracterológicas que se modifican durante el desarrollo (autodirección, cooperación y autotrascendencia). El TCI está mostrando una concordancia aceptable con los trastornos de la personalidad del DSM-IV y se dispone de una validación española (Gutiérrez y col., 2001).

La ausencia de una medida universalmente aceptada exige por parte del clínico unos criterios prácticos para escoger los instrumentos más idóneos con los que valorar a sus pacientes que presentan patologías de la personalidad.

Utilización de instrumentos psicométricos en estos trastornos:

Ventajas de las entrevistas respecto a los cuestionarios autoadministrados:

- El entrevistador puede aclarar mejor las preguntas y evitar el problema del analfabetismo
- Discriminan mejor los estados y los rasgos,
- Permiten recoger respuestas más complejas y reducen al mínimo las respuestas incompletas o inapropiadas.

Ventajas de los cuestionarios autoadministrados respecto a las entrevistas:

- El mismo paciente responde a los cuestionarios, de manera que ahorran tiempo al evaluador,
- Reducen costes
- Permiten una amplia utilización en la clínica
- Elimina el sesgo en relación al entrevistador

-Es aconsejable recurrir a instrumentos estandarizados (entrevistas o cuestionarios) que complementen la evaluación clínica, aunque el objetivo no sea la investigación.

-Son más útiles los instrumentos "multirasgos" o "multitrastornos" con cobertura máxima del ámbito de la personalidad. Los instrumentos para un único trastorno requieren el conocimiento previo del diagnóstico.

Diagnóstico diferencial

Gran variedad de trastornos asociados tanto del Eje I como del Eje II

Importancia de un buen diagnóstico diferencial

Depresión

Síntomas depresivos causa frecuente por la que los límites solicitan ayuda.

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso , o **pérdida o aumento del apetito casi cada día.**

Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

Sentimientos de inutilidad o de **culpa excesivos o inapropiados** (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos

Por la frecuencia con la que en límite se dan ideación paranoide y síntomas disociativos

- El curso : inicio rápido en psicosis
- Mantiene estabilidad durante largos periodos

Bajo nivel de funcionamiento en los límites

TAB

Episodios depresivos

Alta impulsividad

Labilidad emocional

Alteraciones de conducta

Alteraciones del sueño

Ideación paranoide



Episodio
maníaco

Estres postraumático

A. La persona ha estado **expuesta a un acontecimiento traumático** en el que han existido:

- La persona ha experimentado acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente :

- **Recuerdos del acontecimiento recurrentes** e intrusos que provocan malestar.
- **Malestar psicológico intenso** al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- **Sensación de desapego** o enajenación frente a los demás

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación:

- **Dificultades para conciliar o mantener el sueño**
- **Irritabilidad o ataques de ira**
- **Respuestas exageradas** de sobresalto

F. Estas alteraciones provocan **malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.**

Trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a:

1. **inquietud** o impaciencia

2. fatigabilidad fácil

3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. **irritabilidad**

5. tensión muscular

6. **alteraciones del sueño** (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan **malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.**

Trastornos de eje II

Solapamiento de los síntomas

Trastorno antisocial de la personalidad

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

- 1. fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal**, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
- 2. deshonestidad**, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
- 3. impulsividad o incapacidad para planificar** el futuro
- 4. irritabilidad y agresividad**, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
- 5. despreocupación imprudente** por su seguridad o la de los demás
- 6. irresponsabilidad persistente**, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
- 7. falta de remordimientos**, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

Trastorno histriónico de la personalidad

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento **sexualmente seductor o provocador**.
3. **muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.**
4. utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
5. tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
8. **considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.**

Trastorno paranoide de la personalidad

- Aparece al inicio de la edad adulta
- Curso crónico y mantenido
- Criterios exclusión: Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica

Trastorno Histriónico de la personalidad

Historia

En el s. XVII, Sydenham describe un «carácter histérico» en el intervalo de las crisis de histeria.

Este concepto es retomado y desarrollado posteriormente por Janet en el s. XIX en su capítulo sobre las «modificaciones de carácter»

En 1888 el psiquiatra alemán Koch enuncia el concepto de personalidad psicopática, que engloba estados permanentes caracterizados por anomalías del comportamiento, distintas a las de las neurosis y de las psicosis.

Para Jaspers, la personalidad histérica puede ser independiente de la neurosis histérica, aunque con frecuencia van unidas. Define como carácter central de esta personalidad «la necesidad de aparentar más de lo que es... un teatro donde se representa una comedia ficticia».

Reich, en 1933, asocia al carácter histérico los rasgos de conducta sexual sutil pero obvia, coquetería, gracia, excitabilidad, sugestionabilidad, mentira patológica y mecanismos de huida cuando la seducción sexual parece próxima a conseguir sus objetivos.

Easser y Lesser (1965) distinguen entre la verdadera histeria y lo «histeroide». Describen las personalidades histéricas como aquellas que presentan labilidad emocional, ansiedad en un estado de excitación creado por ellos mismos. Erotización de las relaciones sociales. Sugestionabilidad, desagrado por lo mundano. Actitud infantil con apariencia de inocencia e inexperiencia.

Baumbacher y Amini proponen tres subgrupos de personalidades histéricas: la neurosis histérica, el trastorno de personalidad histérico y la organización de personalidad *borderline* con rasgos histéricos

En un análisis realizado por Lazare. Klerman y Armor, se llega a la conclusión de que cuatro de los siete rasgos clásicamente asociados con la personalidad histérica estaban claramente agrupados: emocionalidad. exhibicionismo, egocentrismo y provocación sexual

Kernberg define la personalidad histérica en seis campos: hiperemocionalidad e impulsividad en un contexto de relaciones triangulares sexualizadas, sobreimplicación e infantilismo en algunas relaciones heterosexuales, exhibicionismo con implicaciones sexuales, seducción y competitividad. especialmente con los rivales edípicos imaginados

El DSM-I, publicado por la *American Psychiatric Association* (APA) en 1952, hace una discriminación entre lo que eran considerados aspectos neuróticos de la histeria (reacción de conversión) y los aspectos de personalidad.

En la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico, DSM-II, publicada en 1968. la histeria aparecía en dos apartados separados: la neurosis histérica (tipo disociativo o conversivo) y la personalidad histérica. un síndrome caracterizado por excitabilidad, inestabilidad emocional hiperreactividad, autodramatismo, búsqueda de atención, inmadurez, vanidad, y dependencia excesiva.

En el DSM-III (1980), las características de personalidad asociadas con el amplio concepto clínico de histeria son agrupadas en el diagnóstico «trastorno de la personalidad histriónicos», dentro del eje II de trastornos de personalidad.

En el DSM-III-R (1987) se mantiene el trastorno de personalidad histriónico, pero se añaden dos nuevos criterios que representan una vuelta al concepto histórico de histeria: seducción sexual inapropiada en apariencia, o conducta y lenguaje excesivamente impresionista y sin detalles.

El diagnóstico de trastorno de personalidad histriónico se mantiene en el DSM-IV (1994) igual que en la edición anterior, con la única diferencia de exigir cinco criterios en lugar de los cuatro que exigía el DSM-III-R para hacer el diagnóstico.

Epidemiología

- Prevalencia estimada de trastorno de personalidad histriónico en la población general es relativamente alta (2,2%).
- Hombres y mujeres son afectados en igual medida (2,1% para mujeres y 2,2% para hombres). considerado típicamente femenino
- La prevalencia estimada declina con la edad en el hombre
 - sujetos menores de 45 años prevalencia = mujeres
 - sujetos mayores de 45 años prevalencia < mujeres
- En mujeres la prevalencia se mantiene estable

Etiología

Teorías psicodinámicas

La teoría psicoanalítica referente a la etiología de la histeria presupone una fijación del desarrollo psicosexual en el nivel de la fase edípica. Los síntomas histéricos aparecerían a partir de deseos sexuales reprimidos. Impidiendo por un lado la irrupción en la conciencia de dichos deseos prohibidos y proporcionando una expresión sustitutiva de los mismos. Breuer y Freud ven en el trauma psíquico la base de la histeria. Dichos traumas serían extraídos de la conciencia mediante los mecanismos de disociación, represión y conversión

Teorías culturales

Lucchi plantea que el análisis de los diferentes factores socioculturales y de los diferentes papeles establecidos para cada sexo, puede ayudar a entender algunas de las peculiaridades de este trastorno, pero a su vez puede inducir a cuestionar la existencia de la histeria como entidad nosográfica diferenciada

Teorías cognitivo-conductuales

Shapiro incapaces de concentrarse intelectualmente, lo que conduce a deficiencias de conocimiento general

- Estilo característico de pensamiento: impresionista, vívido e interesante, pero carente de detalles.
- Recuerdo de los acontecimientos es global y difuso.
- Dificultad en hacer frente de forma constructiva a los problemas.
- Sin posibilidad de integración cognitiva compleja.
- Tienden a estar atrapados por impresiones más que por el pensamiento
- Especialmente susceptibles al pensamiento dicotómico, tienden a la distorsión y a la sobregeneralización y son extremos en sus conclusiones

Beck, asunciones subyacentes : «Soy inadecuado e incapaz de sostener mi vida por mí mismo» , ya que son incapaces de cuidarse por ellos mismos, necesitan encontrar mecanismos para que otros se hagan cargo de ellos y buscan activamente atención y aprobación que les aseguren que sus necesidades son suficientemente consideradas por otros.

Viven más volcados en los acontecimientos externos que en su propia experiencia interna, lo que les deja sin un claro sentido de identidad separado de otros y viéndose a sí mismos fundamentalmente en su relación con los demás.

Teorías interpersonales

Dentro de estas teorías se identifican una serie de situaciones en el desarrollo evolutivo que darían lugar a un estilo de relaciones interpersonales característico. Valorado por el atractivo físico y la capacidad de agradar, llega a sentir un gran temor a ser ignorado y un deseo de ser amado y cuidado por alguien poderoso, quien, pese a todo, puede ser controlado utilizando la seducción. Se parte de una actitud amigable y de confianza que encierra la intención secreta de forzar el deseo y el amor del otro, que además le cuide y le valore sin hacerle daño

Teorías neurobiológicas

Algunos autores han postulado que el defecto de la histeria es biológico, pero no diferencian con claridad entre personalidad histérica, conversión y síntomas disociativos, relacionando todo ello con problemas funcionales a nivel de la formación reticular del tronco del encéfalo, que podría estar relacionada con deficiencias en la memoria, la atención y el control. Demitrack y otros obtienen datos sugerentes de que los cambios neuroquímicos de los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y opioide pueden estar asociados a la expresión clínica de disociación en pacientes con trastornos de la alimentación durante la fase aguda de la enfermedad.

Modelo biosocial

El de Millon (Millon y Davis, 1996) es un modelo categórico que integra, no obstante, variables dimensionales, postulados evolucionistas e hipótesis etiopatogénicas que incluyen factores biológicos y experiencias tempranas del aprendizaje.

Clinica

Rasgos característicos del trastorno de personalidad histriónico:

- teatralidad y expresión exagerada de las emociones;
- sugestionabilidad;
- afectividad lábil y superficial;
- intento permanente de ser el centro de atención;
- relaciones interpersonales marcadas por la seducción sexual inapropiada
- preocupación excesiva por el aspecto físico.

DSM IV

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1.** no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
- 2.** la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
- 3.** muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
- 4.** utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
- 5.** tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
- 6.** muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
- 7.** es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
- 8.** considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

CIE 10

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a)** Tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones.
- b)** Sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.
- c)** Afectividad lábil y superficial.
- d)** Búsqueda imperiosa de emociones y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención.
- e)** Comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir.
- f)** Preocupación excesiva por el aspecto físico.

Pueden presentarse además: egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades.

Diagnóstico

Entrevista estructurada para el DSM-IV-Eje II (SCID-II (Entrevistas clínicas estructuradas para determinación de los trastornos de personalidad del Eje II según DSM-IV)).

Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE).

Entrevista estructurada para personalidad del DSM-IV (SIDP-IV (Entrevista estructurada para determinación de la personalidad según el DSM-IV)).

Entrevista diagnóstica para el trastorno límite – revisada (DIB-R (Entrevista para el diagnóstico del TLP: discriminación entre el TLP y otros trastornos del Eje II)).

Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III).

Es un instrumento formado por 24 escalas clínicas que valoran tanto la patología de la personalidad, según DSM-IV, como los trastornos de estado más prevalentes (Millon, Millon y Davis, 1994).

Cuestionario diagnóstico de la personalidad (PDQ-4+).

Es una translación directa de los criterios diagnósticos del DSM-IV para los trastornos de la personalidad (Hyler, 1994) que evalúa los 10 diagnósticos oficiales, además del depresivo y el pasivoagresivo.

Diagnóstico Diferencial

La clasificación categorial favorece el solapamiento de entidades nosológicas.

Se ve dificultado por la comorbilidad

- Marcada asociación con los trastornos afectivos.
 - Trastorno depresivo síntomas graves de ansiedad
 - Trastorno de ansiedad generalizada
 - Trastorno bipolar de comienzo reciente, (se observó que el trastorno de personalidad histriónico estaba presente en una gran proporción de ellos) (tasa aumentada de intentos de suicidio en este grupo de pacientes en conjunción con el trastorno de personalidad histriónico, especialmente en mujeres).
- Conductas suicidas
- Abuso de alcohol y otras sustancias más prevalente en hombres
- Asociación entre psicosis reactiva y trastorno de personalidad histriónico
- T. Conversivo, disociativos, fenómenos de espersonalización o desrealización

T. personalidad

T. Límite:

- Relaciones interpersonales inestables e intensas, considerando sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.
- Muestran una expresión emocional rápidamente cambiante.
- Conductas suicidas
- Abuso de sustancias

T. narcisista

- Conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades,
- Exige una admiración excesiva,
- No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.

Evolución

- Prevalencia es menor a partir de los 55 años
- La tendencia a una mejoría gradual con la edad.
- Las conductas que sirven de criterio para diagnosticar este trastorno habitualmente se vuelven más moderadas con la edad, por las limitaciones físicas y ambientales.
- Curso influido por factores estresantes ambientales

Tratamiento

psicoterapia a largo plazo

- Terapeutas especialmente preparados y supervisados durante todo el proceso terapéutico
- Adaptar en la medida de lo posible el tratamiento a cada paciente, pero procurando que éste adopte un papel activo en su terapia

Psicoterapia de orientación psicoanalítica

Terapia cognitivo- conductual tratamiento particularmente apropiado:

- Estilo cognitivo de estos pacientes es claramente disfuncional
- Ayudar al paciente a cambiar desde un estilo de pensamiento global – impresionista a otro más sistemático, «enseñar al histérico a pensar».
- Nueva de percibir y procesar las experiencias
- Identificar los pensamientos y sentimientos es el primer escalón para hacer cambios graduales en el estilo de pensamiento
- El objetivo del tratamiento no es eliminar las emociones, sino utilizarlas de forma más constructiva.

Figura 1. Algoritmo para el tratamiento de los trastornos cognitivos de los TP

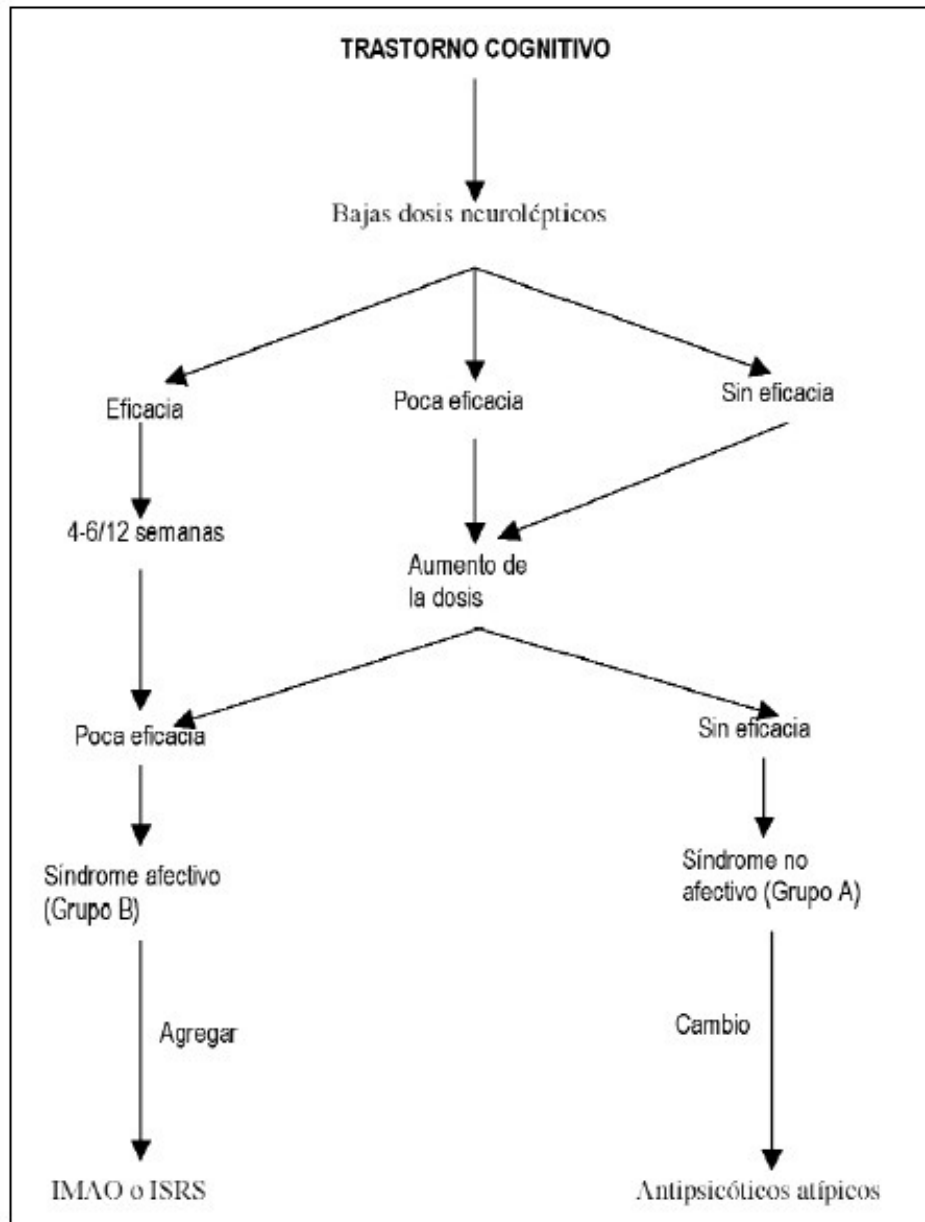
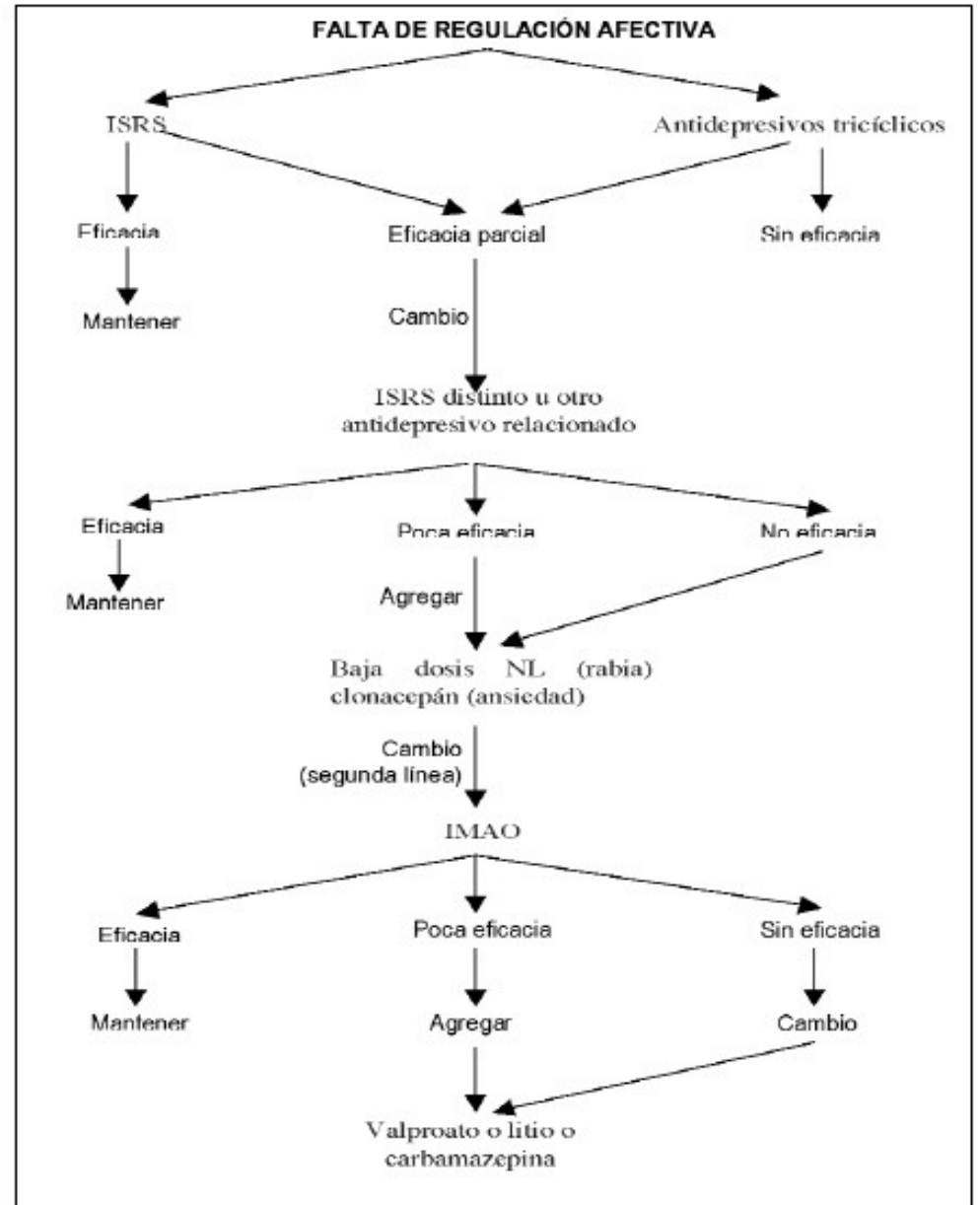


Figura 2. Algoritmo para el tratamiento de la falta de regulación afectiva en los TP



Sintomatología afectiva:

- Benzodiacepinas
- ISRS o IRSN

Poca eficacia añadir estabilizadores del ánimo

Sintomatología cognitiva
Neurolépticos bajas dosis

Datos de filiación: Varón de 36 años. Soltero, sin hijos. El mayor de cinco hermanos. Reside en domicilio de origen junto a sus padres y hermanos. Graduado escolar. Ha trabajado esporádicamente en la venta ambulante y en un restaurante. Soldado profesional en el ejército durante 6 años.

Antecedentes Personales: NAMC. Convulsiones febriles a los 4-5 años. Sin antecedentes psiquiátricos previos. No refiere hábitos tóxicos.

AF: Hermana con retraso mental.

Psicobiografía: Nace a término, con fórceps, tras embarazo sin incidencias. Al nacer tuvo que ser hospitalizado por ictericia durante 12-13 días. Lactancia artificial "no le subió el pecho". Sin incidencias en la transición a alimentos aunque siempre ha comido poco. En el desarrollo psicomotor señalan que "sus hermanos fueron más adelantados". No recuerdan problemas de sueño ni en el control de esfínteres. Ante cuadros febriles era habitual convulsiones, por lo que estuvo, a los 4-5 años, en tratamiento que no recuerdan. Escolarizado a los 5 años, limitaciones en el rendimiento "se quedaba quieto con el lápiz tal y como se lo había quedado la señorita".

Repitió curso y coincidió en clase con su hermana, la cual le fomentó y ayudó en el estudio hasta 1ºFP y luego abandonó. A los 18 años realiza servicio militar, múltiples sanciones y castigos por falta de disciplina. Intentan que estudie inglés, oposiciones a cartero, trabaja unos meses en la venta ambulante, sin éxito. A los 23 años se inscribe en ejercicio profesional. Informan no apto tras psicotécnico. Recurrió y lo admitieron durante 6 años como soldado profesional. Arrestos, castigos por despistado. No cumplía las normas aunque lo trataban de forma privilegiada. Tras críticas al servicio militar lo expulsan, refiriendo que no es apto a nivel psicológico.

Se relaciona con facilidad con iguales, aunque no suele expresarse en la familia. No acata las normas de casa y no asume responsabilidades, "las cosas las hace a su manera, no consulta con nadie, se toma mal que le aconsejen, desconfía, a veces dice que van en contra suya". Es desconfiado, poca tolerancia a las frustraciones. Se ausenta del domicilio para ir de fiesta, acude a programas de TV... "No tiene sentido del ridículo". Desde siempre muy descuidado en su aseo personal, "mi piel es muy delicada como para lavarla todos los días".

Enfermedad Actual: Acude acompañado por su hermano y su padre, tras una discusión con "su amigo Rafa" al que conoció en el ejército, y con el que trabaja hasta hace un mes en su bar. "La tele me dijo que tenía que estar en ese sitio, ese día y a esa hora", "creía que era una mujer y fui a darle un beso". "Estoy dentro de un Reality show, ven mi vida desde que nací, necesito intimidad", "me parece que hay dos mundos, yo estoy en uno y en el otro es desde donde me vigilan". "Mi familia esta vigilada y engañada por el resto del mundo". Cree que "puede interpretar el código secreto por el cual nos comunicamos todos, para "poder vigilarlo sin que él se de cuenta", "se leer el lenguaje corporal...", "he pensado que podría ser Jesús... en la segunda venida... tenemos muchas cosas en común", "el fin del mundo es en el 2012...". "los de la tele son unos perros que no me hacen caso". Numerosas alusiones a series de televisión. "es la primera vez que hace este tipo de comentarios". Según su hermano siempre ha sido muy introvertido y le ha costado relacionarse con la familia. En ocasiones habla solo, dice "prefiero pensar en voz alta que para mí". Mantiene escasas relaciones personales aunque tiene un círculo de amigos "con los que sale de discotecas, a ligotear". Abandono de la higiene personal y tristeza en los últimos meses.

Exploración psicopatológica:

Consciente. Dificultad para establecer fechas. Parcialmente colaborador. Vestido con ropa de trabajo. Leve inquietud psicomotriz. Se infiere que oculta información y minimiza síntomas. Actitud algo inadecuada. Jovial. Analiza los movimientos del médico "tiene la boca seca, pues yo leo el lenguaje corporal, pensaré que estoy loco, ¿verdad?". Habla normal en tasa y tono elevado, con discurso espontáneo, cuesta reconducir y que conteste a preguntas, contenido delirante. Afecto ansioso. Apetito conservado. Sueño disminuido en últimos días. Mantiene una sonrisa permanente, con tendencia a la hipertimia. Ideación megalomaniaca "tengo la capacidad especial de leer el lenguaje corporal, y sé cuando la gente miente y cuando no". Refiere voces que le comentan su futuro: "te vamos a dejar ahí...no te vamos a alimentar..." No ideación auto/heterolítica. Juicio de realidad alterado. Fiabilidad escasa.

WAIS III: CI:98

Millon: Trastorno histriónica de la personalidad. Rasgos narcisistas acusados.

Evolución:

Paliperidona 9 mg. (mareos)

Aripiprazol 15mg (1-0-0).

presenta cuadro de retraimiento social, anhedonia e ideas de muerte para lo cual se pautó tratamiento con Sertralina 100mg.