

# Urgencias en psiquiatría

Trastornos de la personalidad,  
impulsividad, perversiones



Directora María Norma Claudia Derito

María Norma Claudia Derito

Directora

# Urgencias en psiquiatría

Trastornos de la personalidad,  
impulsividad, perversiones



Editorial ScienS  
BUENOS AIRES

Urgencias en psiquiatría: trastornos de la personalidad, impulsividad, perversiones / María Norma Claudia Derito... [et al.]; dirigido por María Norma Claudia Derito. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sciens, 2017.

208 p.; 24 x 17 cm.

ISBN 978-987-3973-22-2

1. Medicina. 2. Psicofarmacología. 3. Psiquiatría. I. Derito, María Norma Claudia II. Derito, María Norma Claudia, dir.

CDD 616.89

PRIMERA EDICIÓN  
JULIO DE 2017

IMPRESO EN ARGENTINA

Queda hecho el depósito  
que establece la Ley 11.723

ISBN ISBN 978-987-3973-22-2

© 2017, Editorial Sciens SRL ®  
Av. García del Río 2585 - Piso 12 - Dto. A - CABA [C1429DEB]  
Tel/Fax: (5411) 4543-9365  
[www.sciens.com.ar](http://www.sciens.com.ar)  
[info@sciens.com.ar](mailto:info@sciens.com.ar)

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

# Índice

<b>Autores .....</b>	<b>11</b>
<b>Prólogo .....</b>	<b>13</b>
<b>Descripción de la obra .....</b>	<b>15</b>
 <b>Capítulo 1 – María Laura Pérez Roldán</b>	
<b>Trastornos de la personalidad del clúster A .....</b>	<b>19</b>
Trastorno esquizoide de la personalidad .....	20
Trastorno esquizotípico de la personalidad .....	20
Trastorno paranoide de la personalidad .....	23
Tratamiento de los trastornos de la personalidad de cluster A en la urgencia .....	24
 <b>Capítulo 2 – Demián Rodante, Federico Rebok</b>	
<b>Trastorno límite de la personalidad .....</b>	<b>25</b>
Introducción .....	25
Etiopatogenia del TLP (teoría biosocial) .....	25
Clínica del TLP .....	27
TLP y conducta suicida .....	27
Subtipos de trastorno límite de la personalidad .....	29
Oldham propone 5 subtipos .....	29
Tratamiento psicofarmacológico del TLP .....	29
Tratamiento psicoterapéutico del TLP - Terapia dialéctico comportamental (DBT, por sus siglas en inglés) .....	33
Descripción del modelo DBT .....	34
 <b>Capítulo 3 – Christian L. Cárdenas Delgado</b>	
<b>Trastorno de la personalidad antisocial y psicopatía .....</b>	<b>43</b>
Historia .....	43
Perspectivas actuales .....	47
Epidemiología .....	49
Neurobiología .....	49
Tratamiento .....	51
 <b>Capítulo 4 – Ezequiel Cortese</b>	
<b>Trastorno de la personalidad narcisista: abordaje en la urgencia .....</b>	<b>55</b>
Introducción .....	55
El concepto de personalidad .....	57
Definición general de trastorno de personalidad .....	58
Trastorno de personalidad narcisista .....	58
Clínica .....	61
Diagnóstico .....	67
Diagnóstico diferencial .....	70
El trastorno antisocial .....	71
Trastorno <i>borderline</i> .....	71

Trastorno histriónico de la personalidad .....	72
Trastorno paranoide de la personalidad .....	72
Trastorno bipolar (fase maniaca-hipomaniaca) .....	72
Trastornos depresivos unipolares y síntomas de ansiedad .....	73
Trastornos psicóticos .....	73
Comorbilidad .....	73
Abordaje terapéutico en la urgencia .....	74
Conclusiones .....	74

## **Capítulo 5 – María Norma Claudia Derito**

<b>Trastorno histriónico y psicosis .....</b>	<b>79</b>
Introducción .....	79
Concepto de personalidad .....	79
Trastornos de la personalidad: concepto y clasificación .....	80
Trastorno histriónico de la personalidad .....	84
Algunas consideraciones históricas .....	84
Conceptos actuales .....	87
Epidemiología .....	91
Diferencia entre histérico e histriónico .....	91
Subtipos adultos de trastornos histriónicos según Millon .....	92
Estilo histérico normal .....	92
Estilo histriónico anormal .....	92
Subtipos de trastorno histriónico de la personalidad .....	92
El histriónico teatral .....	92
El histriónico infantil .....	93
El histriónico vivaz .....	93
El histriónico apaciguador .....	94
El histriónico tempestuoso .....	94
El histriónico falso .....	95
Trastorno histriónico de la personalidad y psicosis .....	95
Trastornos por síntomas somáticos .....	96
Trastornos por síntomas somáticos y urgencias .....	96
Síntomas clínicos .....	97
Epidemiología .....	97
Según el DSM V .....	99
Trastornos por síntomas somáticos 300.82; (F45.1) .....	99
Caso 1 .....	100
Caso 2 .....	101
Trastorno de conversión .....	103
Epidemiología .....	103
Manifestaciones clínicas .....	103
Síntomas motores .....	104
Síntomas sensoriales .....	104
Crisis o fenómenos convulsivos .....	105
Etiopatogenia .....	105
Modelos psicológicos .....	105
Modelos neurofisiológicos .....	105
Caso 1 .....	106
Caso 2 .....	106
Trastornos disociativos .....	108

Antecedentes históricos .....	108
Trastornos disociativos según el DSM-V .....	108
Trastorno de identidad disociativo .....	109
Criterios diagnósticos 300.14 (F44.81) .....	109
Alteraciones de la memoria en los trastornos disociativos .....	109
Modelo transversal de la memoria .....	109
Clínica de los trastornos disociativos .....	110
Estado crepuscular disociativo .....	110
Amnesia disociativa .....	111
Fuga disociativa .....	111
Trastorno entidad disociativo .....	112
Estupor disociativo .....	112
Caso 1 .....	113
Caso 2 .....	114
Caso 3 .....	115
Tratamiento .....	116

**Capítulo 6 – Carlos Aranovich**

<b>Trastornos de la personalidad -Grupo C-</b> .....	<b>121</b>
Introducción .....	121
Trastornos de la personalidad del grupo C .....	122
1) Trastorno de la personalidad por evitación .....	123
a) Características clínicas .....	123
b) Diagnóstico diferencial .....	124
Trastornos de ansiedad .....	124
Trastornos afectivos .....	124
Trastornos de la personalidad .....	125
2) Trastorno de la personalidad dependiente .....	125
a) Características clínicas .....	125
b) Diagnóstico diferencial .....	126
Trastornos afectivos .....	126
Trastornos de ansiedad .....	126
Trastornos de la personalidad .....	126
3) Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad .....	126
a) Características clínicas .....	126
b) Diagnóstico diferencial .....	127
Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) .....	127
Trastornos acopiadores .....	127
Psicosis anancástica de Heilbrönnner .....	128
Otros trastornos de la personalidad .....	128
Tratamiento .....	128
a) Psicoterapia .....	128
b) Farmacoterapia .....	129
Conclusiones .....	129

**Capítulo 7 – María Norma Claudia Derito**

<b>Trastorno del control de los impulsos y urgencias. Compra impulsiva (patológica)</b> .....	<b>131</b>
Introducción .....	131
Voluntad .....	131

Diferencias entre impulso, instinto y voluntad .....	132
Trastorno en el control de los impulsos .....	134
Impulso patológico como síntoma .....	134
Genética de la impulsividad .....	135
Sistema dopaminérgico .....	135
Sistema serotoninérgico .....	136
El gen de la MAOA .....	137
Neuroanatomía de la impulsividad .....	137
Núcleo <i>accumbens</i> .....	138
Región basolateral de la amígdala .....	138
Región orbitaria de la corteza prefrontal .....	138
Área tegmental ventral .....	138
Compra patológica y urgencias .....	139
Compra impulsiva en el trastorno del control de los impulsos .....	139
Entrevista del paciente comprador compulsivo .....	140
Tratamiento .....	142
Tratamiento farmacológico de la impulsividad .....	142
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y agonistas serotoninérgicos .....	142
Anticonvulsivos: su uso en la impulsividad .....	143
Conclusiones .....	143

## **Capítulo 8 – Christian Luis Cárdenas Delgado**

<b>Piromanía</b> .....	<b>145</b>
Aspectos históricos .....	146
Clínica .....	149
Tratamiento .....	150

## **Capítulo 9 – Federico Rebok**

<b>Tricotilomanía</b> .....	<b>153</b>
Definición .....	153
Características clínicas .....	153
Tratamiento .....	154

## **Capítulo 10 – Ezequiel Cortese**

<b>Abordaje en la urgencia de las parafilias: el par sadismo masoquismo</b> .....	<b>155</b>
Resumen .....	155
Sadismo sexual .....	155
Definiciones .....	155
Clínica del sadismo .....	159
Evaluación diagnóstica .....	161
Clínica y escalas .....	162
Comorbilidad y terreno psicopatológico subyacente .....	163
Psicopatía .....	165
Trastornos de personalidad .....	167
Trastorno sádico de la personalidad (TSP) .....	167
Trastornos de personalidad del espectro psicótico .....	169
Otros trastornos de la personalidad y parafilias .....	170
Otros trastornos psiquiátricos comórbidos .....	170

Patologías clínico-neurológicas, consumo de sustancias y lesiones cerebrales .....	170
Diagnóstico diferencial .....	171
Evaluación del riesgo .....	172
Abordaje en la urgencia .....	175
Tratamiento psicológico y farmacológico .....	175
Trastorno masoquista .....	176
Definición .....	176
Clínica .....	178
Evaluación diagnóstica .....	179
Clínica y escalas .....	179
Comorbilidad y trasfondo psicopatológico .....	182
Diagnóstico diferencial .....	182
Manejo en la urgencia y estimación de riesgo .....	184
Tratamiento .....	185
Conclusiones .....	185

## **Capítulo 11 – Demián E. Rodante**

<b>Voyeurismo .....</b>	<b>189</b>
-------------------------	------------

## **Capítulo 12 – María Norma Claudia Derito**

<b>Perversiones sexuales. Paidofilia o pedofilia .....</b>	<b>193</b>
Introducción .....	193
Delimitación conceptual .....	194
El <i>grooming</i> en la pornografía infantil .....	195
Concepto clínico .....	197
Definición del perfil .....	198
Estadísticas .....	199
Manifestaciones precoces de conductas pedofílicas .....	200
Cómo se manifiesta la conducta pedofílica .....	200
Causas que pueden dar nacimiento a una parafilia .....	200
Rasgos de personalidad de los pedófilos .....	201
Técnicas de neuroimagen funcional .....	201
Consecuencias en las víctimas de abuso infantil .....	202
Pedofilia y urgencias psiquiátricas .....	202
Tratamiento del pedófilo .....	204
La víctima .....	205





## **María Norma Claudia Derito**

### **Directora**

Médica psiquiatra.

Médica legista.

Máster en psiconeurofarmacología.

Docente adscripta de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Vicedirectora del curso superior de médicos psiquiatras - Unidad Académica Moyano – UBA.

Directora del Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio Moyano".

## **Autores**

### **Carlos Romualdo Aranovich**

Médico psiquiatra.

Médico legista.

Médico del Servicio de Guardia del Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio Moyano".

Docente Autorizado de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA). Departamento de Psiquiatría.

Director del curso "Emergencias en Salud Mental" del Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio Moyano".

Titular de la materia "Emergencias Psiquiátricas" – Curso Superior de Psiquiatría (UBA).

### **Christian L. Cárdenas Delgado**

Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal. Servicio de Guardia, Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio A. Moyano". Complejo Penitenciario Federal II, Servicio Penitenciario Federal.

### **Ricardo Ezequiel Cortese**

Médico especialista en psiquiatría.

Psiquiatra de guardia, Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio Moyano".

Docente adscripto de salud mental, unidad académica Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio Moyano", carrera de Medicina, UBA.

Docente a cargo materia Epistemología, carrera de especialistas en psiquiatría, Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio Moyano".

Docente interino de la materia Psiquiatría clínica, carrera de terapia ocupacional, UNQUI.

### **Demián E. Rodantes**

Médico Especialista en Psiquiatría.

Jefe de Trabajos Prácticos, III Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Magíster en Neuropsicofarmacología, Universidad Favaloro.

Farmacoterapeuta DBT, Fundación Foro.

Ex-Residente y Jefe de Residentes de Psiquiatría Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio A. Moyano".

### **María Laura Pérez Roldán**

Médica especialista en Psiquiatría y Medicina Legal.

Jefa de sección, Servicio Magnan, Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio Moyano".

Jefa de Trabajos Prácticos, III Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA).

### **Federico Rebok**

Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal.

Jefe de servicio del Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio Moyano".

Profesor Titular, Cátedra de «Urgencias Psiquiátricas», Carrera de especialización en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador.

Jefe de Trabajos Prácticos, III Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA).



# Prólogo

## Trastornos de la personalidad. Impulsividad. Perversiones

Urgencias en psiquiatría nos hace pensar automáticamente en psicosis agudas, excitación psicomotriz, intentos de suicidio, psicosis tóxicas, situaciones de crisis por pérdidas, y todo episodio que configure una emergencia, pero evaluar en qué momento una situación se transforma en una urgencia, puede no ser tan sencillo. Hechos menos ruidosos, que a veces pasan desapercibidos por familiares o allegados, ya configuraron la emergencia y el único que lo puede apreciar es el equipo de salud mental avezado en urgencias, por ejemplo:

1. Cambios cualitativos de la estructura psíquica
2. Cambios cuantitativos de la estructura psíquica
3. Quiebre en el acontecer histórico vital
4. Pérdida de libertad
5. Desadaptación social
6. Desadaptación familiar

Los tres mencionados en primer lugar están más relacionados con episodios psicóticos, irrupción de la psicosis; los tres últimos resultan estar más relacionados con las entidades que nos ocupan en este tomo.

De hecho, hay que tenerlas muy en cuenta porque por tratarse básicamente de sucesos que ocurren en personalidades anormales, los pacientes suelen tener suficiente capacidad para manipular los hechos. Es frecuente que el que llegue en crisis a la guardia sea víctima de alguna de estas personalidades. Hay que estar muy bien entrenado para saber quién es la víctima y quién el victimario, porque si erramos en esta apreciación, terminaremos desprotegiendo al verdadero afectado y dejándolo más expuesto al impulso vengativo del victimario.

Esta es la forma en la que encaramos los capítulos de este tomo, quizá no podamos modificar demasiado al trastorno de personalidad, pero sí podemos ofrecerle a la víctima herramientas para poder salvarse. Procurarle a la víctima la suficiente contención, como para que pueda confiar en nosotros y abrir la puerta a situaciones terribles de desadaptación social, que la mayoría de las veces se viven a puertas cerradas, en familias disfuncionales. Es la víctima la que puede entrar en crisis por impotencia, soledad y miedo. Otras veces entra en crisis el victimario, por frustración de su deseo perverso. Todos estos factores se deben tener en cuenta, especialmente si diagnosticamos una psicosis reactiva breve, reactiva a sucesos alienantes que hacen que el individuo huya de la realidad hacia la psicosis. Esto sucede con frecuencia, cuando ante la frustración y la impotencia de resolver la situación anómala en la que ha quedado apresado el trastorno de la personalidad o su víctima encuentran la enfermedad mental como última salida.

Los trastornos de la personalidad tienen variadas formas de huir de la realidad, y es necesario conocerlas todas para hacer un correcto diagnóstico y tratamiento en la urgencia.

Si descartamos las psicosis endógenas, las conductas impulsivas inadecuadas están muy relacionadas con los trastornos de la personalidad. Figuran en el DSM V como trastorno del control de los impulsos, mencionamos en este tomo algunos de estos trastornos que son muy frecuentes, pero

menos tenidos en cuenta por las situaciones de riesgo que corren que son menos aparentes, pero pueden causar ingentes daños.

Mencionamos algunas perversiones a las que debemos estar atentos en la urgencia, porque en general no son el motivo de consulta, pero durante la entrevista surge como uno de los principales factores de las situaciones de crisis. Es nuestra intención que en la práctica el psiquiatra de urgencias pueda tener en cuenta estos cuadros, y saber interrogar, ya que los pacientes por pudor, miedo, vergüenza, temor a ser juzgados, no los relatan espontáneamente.

**María Norma Claudia Derito**

# Descripción de la obra

## **Trastornos de la personalidad cluster A**

### **Capítulo 1 - María Laura Pérez Roldán**

Como todos los trastornos de la personalidad, los mencionados en este capítulo poseen un patrón perdurable de conductas y sentimientos internos que difieren notablemente de la mayoría de las personas que conviven con ellos, en una cultura determinada, en un lugar geográfico y en un mismo curso de tiempo.

Las personalidades del grupo A son particulares en el sentido de la gran dificultad que presentan en las relaciones interpersonales, la inserción social, ya que la mayoría de las veces los llevan al aislamiento y la soledad.

## **Trastorno límite de la personalidad**

### **Capítulo 2 - Demián Rodante, Federico Rebok**

Discutido durante mucho tiempo desde la nosografía psiquiátrica, su existencia misma, se debió aceptar y terminada su ubicación dentro del grupo B de los trastornos de la personalidad. Aceptados han quedado sus patrones de conductas perdurables, relacionadas especialmente con inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen, los afectos e intensa impulsividad con frecuentes intentos de suicidio.

## **Trastorno de la personalidad antisocial y psicopatía**

### **Capítulo 3 - Christian L. Cárdenas Delgado**

El concepto de psicopatía nace justamente con la caracterización de la personalidad antisocial. Son individuos cuya conducta constituye un patrón de conducta constante en el tiempo, que obedece a impulsos y conductas dirigidas a vulnerar los derechos de los demás. Transgresores consuetudinarios de las normas sociales que permiten la convivencia en paz, siempre en pos de sus deseos y conveniencias.

## **Trastorno de la personalidad narcisista: abordaje en la urgencia**

### **Capítulo 4 - Ezequiel Cortese**

Conjunto formado por personas que tienen deseos de destacarse, ser admirados y consentidos, sin que ellos sientan empatía por los demás. Para ello recurren a relatos o conductas que los colocan siempre en una situación de superioridad. Pueden manipular personas o situaciones en su provecho, es decir, que a costa de cualquier cosa, incluso del embuste, queden colocados en el lugar de la persona sobresaliente de su grupo.

## **Trastorno histriónico y psicosis**

### **Capítulo 5 - María Norma Claudia Derito**

Caracteriza a este tipo de personalidad la necesidad imperiosa de estima, necesita ser el centro de atención de su entorno, y esto debe suceder a costa de cualquier conducta, o mentira, hasta la fabulación. La soledad les resulta intolerable, su vida es un escenario al que se suben a actuar cotidianamente el deseo de los otros, y necesitan de su público, si este falta, el vacío y la frustración los llevan fácilmente a la psicosis, ya sea por utilización de mecanismos disociativos, regresivos, conversivos.

## **Trastornos de la personalidad. Grupo C**

### **Capítulo 6 - Carlos Aranovich**

Es un grupo que se caracteriza esencialmente, como lo decía K. Schneider, por la inseguridad en sí mismos. Son personas que se juzgan a sí mismas como incapaces de llevar las cosas a buen puerto por carecer de las cualidades necesarias como para estar a la altura de los demás. Es por ello, que o bien evitan la exposición por temor al fracaso, o se amparan en personas que consideran de mayor fortaleza de las que dependen. O se da el caso de trabajar hasta el exceso para conseguir un perfeccionismo, del que finalmente nunca están conformes, quedando atrapados en la duda y la angustia.

## **Trastorno del control de los impulsos y urgencias. Compra impulsiva (patológica)**

### **Capítulo 7 - María Norma Claudia Derito**

Los impulsos normales son reacciones en corto circuito a determinados estímulos, comprensibles para quien las observa, que no han sido decididas voluntariamente por el individuo. En cambio, cuando un impulso surge como reacción a un estímulo, pero que no se comprende tanto por su magnitud, como por su finalidad, se trata indudablemente de un impulso patológico. Un impulso autodestructivo muy frecuente, aunque escasamente tenido en cuenta es la compra patológica o impulsiva, sin necesidad ni justificación racional, pero que puede llevar a una persona a su destrucción económica, familiar y social.

## **Piromanía**

### **Capítulo 8 - Christian Luis Cárdenas Delgado**

Raro trastorno del que se debe distinguir muy bien cuando el incendiario realiza el acto con una finalidad determinada (venganza, impulso en el marco de un trastorno de la personalidad), de la verdadera piromanía, en la cual el individuo provoca el incendio buscando una sensación de placer. En este capítulo se darán las pautas que lo determinan.

## **Tricotilomanía**

### **Capítulo 9 - Federico Rebok**

Este capítulo describe un trastorno en el control de los impulsos que difícilmente se pueda dar en forma aislada. En líneas generales acompaña algún complejo sintomático, perteneciente al grupo de los trastornos de ansiedad y, con mayor frecuencia, a los trastornos *borderline* de la personalidad, cuya impulsividad se expresa muchas veces con conductas autolesivas como la tricotilomanía. En este orden de conductas también se manifiesta la

dermatofagia, que es morderse y tragar piel arrancadas de los dedos y cutículas, otras veces la piel se pellizca y lastima. Ciertas veces las lesiones dejan lastimaduras dolorosas con riesgo de infecciones.

### **Abordaje en la urgencia de las parafilias: el par sadismo masoquismo**

#### **Capítulo 10 - Ezequiel Cortese**

Esta perversión toma su nombre del famoso marqués de Sade, personaje que existió en la Francia de la revolución. De familia de alcurnia y excelente escritor, plasmaba en sus novelas sus deseos perversos de sentir placer torturando a las mujeres con las que tenía sexo. Llegó al extremo de matar utilizando sus métodos de tortura que aplicaba a prostitutas, en una de estas orgías, mató a seis de ellas, siendo recluido en prisión. De allí toma el nombre de sadismo, la perversión mediante las cuales se infringen daños corporales al *partenaire* sexual, obteniendo placer sexual de ello, y no pudiendo obtenerlo de otra forma.

### **Voyeurismo**

#### **Capítulo 11 - Demián E. Rodante**

Es la necesidad para obtener placer sexual mirando a una persona desnuda o viéndola desnudarse. O bien obtener el placer sexual observando a otros durante el acto sexual. En ocasiones, es la pareja estable de la mujer la que obtiene el placer observando a su mujer haciendo el acto sexual con otros hombres.

### **Perversiones sexuales. Paidofilia o pedofilia**

#### **Capítulo 12 - María Norma Claudia Derito**

La pedofilia consiste en obtener el placer sexual, teniendo fantasías del acto sexual con niños o púberes. El deseo cobra tal fuerza que no puede refrenarse llegando a hacerlo realidad. Es probable que se descargue en niños, que por así decirlo están al alcance de la mano, por eso, es más frecuente dentro del núcleo familiar o en personas del entorno familiar. También es frecuente en escuelas, centros religiosos, etc. Hoy se está dando mucha importancia al castigo del pedófilo y la protección de las víctimas.





# Trastornos de la personalidad del clúster A

María Laura Pérez Roldán

El clúster A de los trastornos de la personalidad está conformado por los sujetos «extraños», «raros» o «excéntricos»: esquizoides, esquizotípicos y paranoides. Estos trastornos de la personalidad comparten algunas características clínicas y de abordaje con las psicosis, siendo esto particularmente evidente para el trastorno esquizotípico (1).

Generalmente, estos pacientes son atendidos en forma ambulatoria, y habitualmente no presentan ningún grado de *insight* (por lo que son en general los fami-

liares quienes los llevan a la consulta). Se muestran fríos, poco empáticos, distantes. No trabajan y, si lo hacen, es comúnmente en trabajos solitarios con poco contacto con el mundo exterior (2).

La prevalencia de estos pacientes como grupo es del 1,6%, y esta se incrementa en poblaciones de alto riesgo, por ejemplo, familias donde existen integrantes psicóticos (2).

En la Tabla 1 se enumeran algunas características clínicas de los trastornos de la personalidad del clúster A.

TABLA 1

**Características clínicas de los trastornos de la personalidad esquizoide, esquizotípico y paranoide**  
(Modificado de 2)

Esquizoide	Esquizotípico	Paranoide
Aislamiento social. No le interesan las relaciones.	Pensamiento mágico.	Gran desconfianza hacia los demás.
Poco interés sexual.	Ideas de autorreferencia.	Desconfiado, no comparte información personal.
Disfruta de las actividades solitarias.	Pensamiento y discursos inusuales.	Generalmente no confía en los demás.
Pocos pasatiempos o alegrías.	Paranoia.	Busca el mensaje negativo en toda comunicación.
Indiferente a los halagos.	Afecto restringido.	Rencoroso.
Emocionalmente frío.	Comportamientos inusuales.	Se torna vejatorio en relación a las amenazas percibidas.
Pocos o ningún amigo.	Pocos o ningún amigo	Duda de la pareja.

### Trastorno esquizoide de la personalidad

Presenta una prevalencia del 0,5 al 7%. El trastorno se encuentra ubicado a nivel del Yo Social; sin embargo, a diferencia del paranoide, cuya relación con la sociedad se encuentra perturbada por su desconfianza y suspicacia, en el esquizoide la relación se altera, pero a expensas de la apatía, es decir, de la pérdida del interés en las relaciones y vínculos con el otro. Se muestran emocionalmente indiferentes y su afecto es chato. Dan el aspecto de vivir ensimismados, la atención volcada hacia su mundo interior [3, 4, 5, 6].

Los síntomas clínicos más característicos se sitúan, entonces, a nivel interpersonal y afectivo. A nivel interpersonal, pérdida del interés del otro; a nivel afectivo, indife-

rencia y chatura [4].

En la Tabla 2 se enumeran los criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad esquizoide.

### Trastorno esquizotípico de la personalidad

Presenta una prevalencia del 0,5 al 5%. También presenta una alteración del Yo Social, signado por la falta de empatía por el otro, aunque pueden preservar las relaciones con sus familiares más cercanos. Sin embargo, y a diferencia de los esquizoides, los esquizotípicos presentan conductas extrañas y excéntricas. Es esto último lo que define el cuadro [3, 4, 5].

Es decir, que a nivel conductual, existe un comportamiento extravagante. A nivel interpersonal, existe una pérdida del inte-

TABLA 2

#### Criterios diagnósticos para trastorno de la personalidad esquizoide (DSM-5)

Trastorno de la personalidad esquizoide (301.20)
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: <ol style="list-style-type: none"><li>1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.</li><li>2. Casi siempre elige actividades solitarias.</li><li>3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.</li><li>4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.</li><li>5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.</li><li>6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.</li><li>7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.</li></ol>
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. Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá "previo", es decir, trastorno de la personalidad esquizoide (previo).

rés por el otro; en el nivel afectivo, un afecto inapropiado y restringido, junto con una ansiedad social elevada; y a nivel cognitivo, pensamiento mágico, extravagante y estrambótico (ej.: telepatía, clarividencia, etc.), junto con ideas de referencia e ilusiones corporales (6).

En la Tabla 3 se enumeran los criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad esquizotípica.

El trastorno esquizotípico está incluido en el capítulo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos tanto en la CIE (desde la décima edición) como en el DSM (desde su quinta edición), ya que comparte ciertas características clínicas de la esquizofrenia, aunque sin la presencia de sus síntomas positivos. Actualmente, se lo conceptualiza como la expresión parcial del fenotipo esquizofrénico: el trastorno esquizotípico

**TABLA 3**

**Criterios diagnósticos para trastorno de la personalidad esquizotípica (DSM-5)**

<b>Trastorno de la personalidad esquizotípica (301.22)</b>
<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).</li> <li>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).</li> <li>3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.</li> <li>4. Pensamientos y discurso extraños (p. ej. vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).</li> <li>5. Susplicacia o ideas paranoides.</li> <li>6. Afecto inapropiado o limitado.</li> <li>7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.</li> <li>8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.</li> <li>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.</li> </ol>
<p>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.</p> <p><b>Nota:</b> si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá "previo", es decir, trastorno de la personalidad esquizotípica (previo).</p>

parece ser más frecuente en familiares de primer grado de pacientes esquizofrénicos y más frecuente en hermanos gemelos monocigotos no afectados por la enfermedad; a la vez que familiares de personas con trastorno esquizotípico tienen mayores probabili-

dades de desarrollar esquizofrenia (7).

Por ende, se piensa que las personas con trastorno de la personalidad esquizotípica están en riesgo elevado de desarrollar esquizofrenia (ver Tabla 4).

**TABLA 4**

**Criterios para riesgo ultra-elevado de psicosis** (modificado de 7)

1. Edad entre 15 y 25 años. 2. El paciente fue referido a un servicio especializado para obtener ayuda. 3. Debe cumplir criterio para uno o más de los siguientes tres grupos:	
Grupo 1: síntomas psicóticos positivos atenuados.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Presencia de al menos uno de los siguientes síntomas: ideas de referencia, creencias extrañas o pensamiento mágico, alteraciones perceptuales, ideación paranoide, pensamiento o discurso extravagante, conducta y apariencia extravagante.</li><li>- Frecuencia de los síntomas: al menos varias veces a la semana.</li><li>- Novedad de los síntomas: presentes durante el último año.</li><li>- Duración de los síntomas: presentes por al menos una semana y no más de cinco años.</li></ul>
Grupo 2: síntomas psicóticos intermitentes, limitados y breves.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Síntomas psicóticos transitorios; presencia de al menos uno de los siguientes síntomas: ideas de referencia, pensamiento mágico, alteración perceptual, ideación paranoide, pensamiento o discurso extravagante.</li><li>- Duración del episodio: menos de una semana.</li><li>- Frecuencia de los síntomas: al menos varias veces a la semana.</li><li>- Los síntomas resuelven espontáneamente.</li><li>- Novedad de los síntomas: deben haber ocurrido durante el último año.</li></ul>
Grupo 3: factores de riesgo "rasgo" y "estado"	<ul style="list-style-type: none"><li>- Trastorno de la personalidad esquizotípica en el individuo identificado, o un familiar de primer grado con trastorno psicótico.</li><li>- Decline significativo en el estado o funcionamiento mental, de al menos un mes de duración y una duración no mayor a cinco años.</li><li>- Novedad de los síntomas: el decline en la función debe haber ocurrido dentro del último año.</li></ul>

## Trastorno paranoide de la personalidad

Presenta una prevalencia del 0,5 al 3%. El trastorno está ubicado en la esfera del Yo Social. Ya al inicio de la edad adulta, el paciente no solo se muestra desconfiado, sino que además se torna suspicaz. Al decir de Lersch, la suspicacia representa la forma más intensa de desconfianza. Mientras la desconfianza consiste únicamente en no creer en el favor de las circunstancias y en la benevolencia del prójimo, la suspicacia va más allá y cuenta con que los sucesos o los hombres llevan con-

sigo, oculto, algo contra él. Esto lleva al paciente a estar permanentemente “en guardia” (3, 4).

Los síntomas clínicos más característicos de este trastorno se sitúan en el nivel interpersonal y cognitivo. A nivel interpersonal, y como ya hemos mencionado, existe una grave alteración del Yo Social, aquel que nos dispone a la vida en sociedad (instinto gregario). Por lo tanto, el paciente se muestra desconfiado, suspicaz y rencoroso, a la vez que es hipersensible y ambicioso. En el nivel cognitivo, destaca la interpretación

TABLA 5

### Criterios diagnósticos para trastorno de la personalidad paranoide (DSM-5)

Trastorno de la personalidad paranoide (301. 0)
<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.</li> <li>2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de amigos o colegas.</li> <li>3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.</li> <li>4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.</li> <li>5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, daños o desaires).</li> <li>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.</li> <li>7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.</li> </ol>
<p>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.</p>
<p><b>Nota:</b> si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo”, es decir, trastorno de la personalidad paranoide (previo).</p>

patológica, con una permanente búsqueda de significados ocultos a comentarios o acontecimientos triviales [5, 6].

El principal diagnóstico diferencial lo constituye la paranoia verdadera ("trastorno delirante"), en sus formas combativa o sensitiva.

En la Tabla 5 se enumeran los criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad paranoide.

### Tratamiento de los trastornos de la personalidad de clúster A en la urgencia

En virtud de lo anteriormente expuesto, queda claro que estos individuos raramente consultan por sí solos. Generalmente, son traídos por terceras personas (en general, por familiares de primer grado) por presentar un incremento en las conductas excéntricas, bizarras o desorganizadas, pensamiento mágico u otros síntomas psicóticos transitorios. A la vez, la sospecha vuelve difícil las entrevistas. El relato se

vuelve vago y tangencial (reticencia). El aislamiento social los lleva a tener poca conciencia social [4].

Es por ello que la aproximación al paciente debe realizarse reconociendo que el paciente no se siente cómodo hablando con extraños y que no fue él quien eligió venir a la guardia. Por lo tanto, se deben evitar los juicios de valor. Al evaluar riesgo suicida u homicida, se deberá corroborar el relato con los dichos de terceros [4].

Por regla general, estos pacientes pueden ser atendidos en forma ambulatoria, y la internación es solo excepcional. Por sus características, muchas veces el tratamiento deberá realizarse incluso en forma domiciliaria. Los antipsicóticos atípicos (p. ej. risperidona < 2 mg/d) y los ansiolíticos a bajas dosis han probado ser útiles para la ansiedad/psicosis en estos pacientes, a la vez que los trabajadores sociales pueden resultar útiles para mejorar la red de apoyo y obtener subsidio habitacional [5].

---

### Referencias bibliográficas

- 1. American Psychiatric Association. DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Panamericana, 2014.
- 2. Newton-Howes G. Personality Disorder. Oxford University Press, 2015.
- 3. Glick RL, et al. Emergency Psychiatry: Principles and Practice. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- 4. Heap J & Silk KR. Personality disorders. En: Glick RL, et al. Emergency Psychiatry. Principles and Practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 265-275.
- 5. Semple D, Smyth R. Oxford handbook of Psychiatry. 3rd ed. Oxford University Press, 2013.
- 6. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 7a ed. Barcelona, Masson, 2012.
- 7. Lauriello J, Pallanti S. Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia. American Psychiatric Publishing, 2012.

# Trastorno límite de la personalidad

Demián Rodante, Federico Rebok

### Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es el más frecuentemente diagnosticado, por lo que representa el 10% de los pacientes ambulatorios y del 15 al 25% de los pacientes hospitalizados (1, 2). Los manuales clasificatorios ofrecen definiciones demasiado amplias del TLP (3, 4), posibilitando la existencia de tantos subtipos de pacientes como combinaciones posibles de criterios (combinación de 5 de los 9 criterios operacionales propuestos -ver cuadro 1-) (5). No sorprende que pacientes con el mismo diagnóstico sean muy disímiles entre sí en su fenomenología, dejando en evidencia la gran heterogeneidad del trastorno (6).

### Etiopatogenia del TLP (teoría biosocial)

Linehan parte de la hipótesis de que las conductas (criterios) del TLP tienen la función de regulación emocional o son consecuencia natural de la desregulación emocional (DE) (7). Según la teoría biosocial, el origen de la DE se produce de la interacción a lo largo del tiempo (transacción) entre dos componentes: la vulnerabilidad emocional biológica y el ambiente invalidante (7, 8). La vulnerabilidad biológica es la predisposición biológica a experimentar emociones intensas caracterizada por: alta sensibilidad a estímulos ambientales (inmediatas con bajo umbral para reaccio-

nes emocionales), alta reactividad (reacciones extremas con alta activación que desregula el procesamiento cognitivo) y lento retorno a la línea emocional de base (lo que lleva a presentar emociones de larga duración y contribuye a la alta sensibilidad al próximo estímulo emocional). El ambiente invalidante se refiere a un ambiente negligente, que ignora o niega las experiencias privadas o conductas de la persona independientemente de que sean válidas o no, respondiendo de manera errática, extrema o inapropiada a las mismas; el ambiente invalidante trivializa, minimiza o simplifica la resolución de los problemas, invalidando muchas veces las experiencias emocionales negativas, el abuso físico, sexual y emocional, así como el trauma sufrido por las personas con TLP (7, 8). Son muchas y muy diversas las referencias bibliográficas sobre la relación entre los procesos de apego y la aparición del TLP (9). Pese a que no existe una relación evidente entre el diagnóstico de TLP y una categoría de apego concreta, el trastorno está muy asociado a un apego inseguro y/o desorganizado (9). Tanto la vulnerabilidad biológica como el ambiente invalidante sufren modificaciones producto de la transacción bidireccional entre ambos a lo largo de la vida de la persona, potenciando la DE y conduciendo a mayor descontrol conductual extremo (patrón de comportamiento límite) (7).



CUADRO 1

**Clasificación y criterios sobre la base de CIE-10 (trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad) y el DSM-IV-TR (trastorno límite de la personalidad)**

CIE-10 (4)	DSM IV-TR (3)
<p><b>F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.</b></p> <p><b>F60.30 Tipo impulsivo</b></p> <p>A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).</p> <p>B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.</li><li>2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.</li><li>3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.</li><li>4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.</li><li>5) Humor inestable y caprichoso.</li></ol> <p><b>F60.31 Tipo limítrofe (<i>borderline</i>)</b></p> <p>Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).</p> <p>Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales).</li><li>2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales.</li><li>3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.</li><li>4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.</li><li>5) Sentimientos crónicos de vacío.</li></ol>	<p><b>Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)</b></p> <p>Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.</li><li>2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.</li><li>3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.</li><li>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). Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.</li><li>5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.</li><li>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).</li><li>7) Sentimientos crónicos de vacío.</li><li>8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).</li></ol>

## Clínica del TLP

El *core* de la sintomatología TLP se origina en la desregulación emocional (DE) como eje central (7). Las conductas (criterios) tienen la función de regulación de las emociones o son consecuencia natural de la DE. La DE es regulada a través de conductas impulsivas; a su vez la DE interfiere con las habilidades interpersonales y explica la desregulación de la identidad; la tendencia a desregularse y a sobregularse genera sensaciones de vacío. La DE interfiere con la capacidad de procesamiento cognitivo (de la información) generando desregulación cognitiva (7), produciendo ideas autorreferenciales, alucinaciones u otros síntomas disociativos graves (10). La misma DE origina la sintomatología depre-

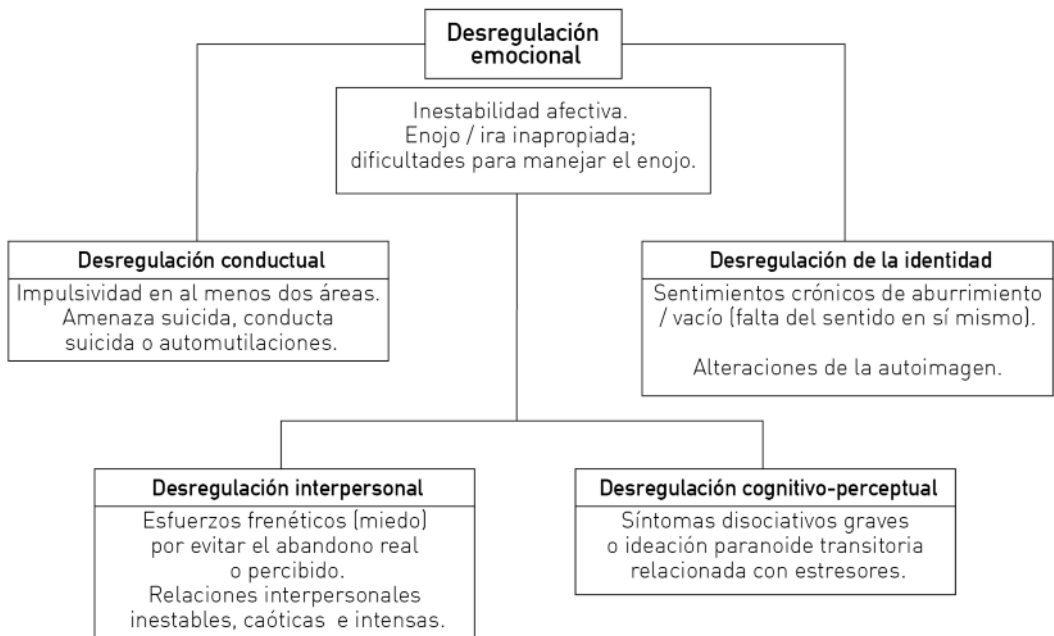
siva y/o ansiosa secundaria que se observa en todas las personas con TLP en plena crisis emocional; se debe evitar el error de diagnosticar precozmente un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad en plena crisis de desregulación emocional por el riesgo de implementar intervenciones psicoterapéuticas o psicofarmacológicas inadecuadas. En la figura 1 se agrupan los criterios de TLP según el área la dimensión de desregulación.

## TLP y conducta suicida

El trastorno depresivo mayor (TDM) y el TLP son los únicos constructos que contemplan la ideación o la conducta suicida dentro de sus criterios diagnósticos (4, 11). Al comparar población psiquiátrica general y población con trastorno de personalidad

FIGURA 1

Criterios TLP agrupados por clústeres de desregulación (10)



no específico se deduce que el propio diagnóstico de TLP es un predictor de suicidio en sí mismo (12-16). De la comparación de pacientes con TDM con o sin TLP comórbido dicha comorbilidad es un factor de riesgo de suicidio (17-19). Por otro lado, estudios que comparan la suicidalidad de pacientes con TLP en relación a la de pacientes sin TLP confirma la mayor gravedad psicopatológica de los pacientes con TLP que se suicidan (13, 17, 20). Asimismo, se compararon diversos estudios realizados en pacientes con TLP a fin de detectar factores de riesgo de suicidio (21-24); estos estudios

muestran como factores de riesgo de suicidio específicos en TLP: la impulsividad, historia de abuso de sustancias, comorbilidad con trastornos afectivos y patología dual, ideación suicida e intentos recientes de suicidio (13). Al menos el 75% de los TLP presentan intentos de suicidio (3, 17), siendo la tasa de muerte por esta causa del 8-10% (11, 25-28).

Los síntomas suicidas (criterio 5) son el motivo principal por el cual estos pacientes son internados. En algunas situaciones, la indicación de internación no mejora la vida en estos consultantes, sino que aumenta

TABLA 1

**Criterios predominantes de cada subtipo de TLP según Oldham**

Subtipo	Criterios predominantes	
<b>1. Afectivo</b>	Criterio 6 Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (disforia y ansiedad).	Criterio 5 Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
<b>2. Impulsivo</b>	Criterio 4 Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo.	Criterio 5 Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
<b>3. Agresivo</b>	Criterio 8 Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar el enojo.	Criterio 6 Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (irritabilidad).
<b>4. Dependiente</b>	Criterio 1 Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.	Criterio 6 Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (ansiedad).
<b>5. Vacío</b>	Criterio 7 Sentimientos crónicos de vacío / aburrimiento.	Criterio 3 Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo ( <i>self</i> ) acusada y persistentemente inestable.

Modificado de [36].

las posibilidades de reinternación en un futuro e incluso aumenta el riesgo suicida (29, 30). En pacientes con diagnóstico de TLP, la sugerencia general es evitar la internación (27); sin embargo, muchas veces esto no es posible, siendo necesario en estos casos tener en cuenta si la misma es aversiva o funciona como refuerzo de la conducta para ese paciente (7, 31). En el caso de requerir una internación, se recomienda que la misma sea breve (24 a 72 horas) y considerar si la internación es producto de una conducta respondiente u operante (31-33). La psicoterapia es el tratamiento central basado en la evidencia para este desorden, esté o no presente el factor suicidabilidad (11).

### Subtipos de trastorno límite de la personalidad

Algunos autores hipotetizan subtipos de TLP que pueden ser de utilidad para el psiquiatra clínico (5). Oldham propuso un sistema de subtipificación basado en teorías etiológicas del TLP (34, 35). Este modelo sugiere que los síntomas suicidas (criterio 5) son especialmente prevalentes cuando predomina la desregulación del afecto o del control de los impulsos por sobre los otros síntomas. En la Tabla 1 se enumeran y describen los criterios predominantes en cada subtipo de TLP.

#### Oldham propone 5 subtipos (36):

*Subtipo afectivo:* forma atípica de trastorno del estado de ánimo, moderadamente heredable. Puede presentar conductas o gestos suicidas en respuesta a estresores interpersonales o ambientales, siendo característica la desregulación emocional (34-36). Por todo esto, es importante el

diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar (TBP) tipo II (37).

*Subtipo impulsivo:* una forma de trastorno del control de los impulsos, en donde el temperamento innato está orientado a la acción; por ejemplo, pacientes con conductas de autolesiones impulsivas como cortes o quemaduras, u otra conducta autodestructiva como abuso de sustancias, atracones, conducta temeraria, promiscuidad sexual, entre otros.

*Subtipo agresivo:* estos pacientes frecuentemente se tornan intensa e inapropiadamente enojados o irritables (38) debido a un temperamento constitucional primario (39) o como una reacción secundaria a un trauma temprano, abuso o negligencia (40).

*Subtipo dependiente:* este subtipo se caracteriza por presentar marcada intolerancia a la soledad. Los pacientes son marcadamente condescendientes, obedientes, aferrados a las relaciones, y con un alto temor al abandono. Estos pacientes suelen ser mayores en edad, y presentarían menor riesgo de suicidio consumado ya que poseen menor número de intentos de suicidio y menor abuso de sustancias (41).

*Subtipo vacío:* los pacientes con este subtipo se caracterizan por una falta de estabilidad en el sentido de identidad (*self*) o la autoimagen. Describen experimentar una sensación interna de vacío o aburrimiento, y una falta de independencia en la direccionalidad de objetivos propios (5).

Los subtipos más frecuentes son el afectivo, impulsivo y luego el dependiente (38).

### Tratamiento psicofarmacológico del TLP

Existe evidencia empírica de psicoterapias efectivas en el tratamiento del TLP (7, 42, 43). Por esto, el tratamiento farmacológico

no debe ser nunca considerado de primera línea [44]. Por el hecho de que no existe fármaco aprobado para el tratamiento del TLP [45], la farmacoterapia es un tratamiento adyuvante de las intervenciones psicosociales -terapias basadas en la evidencia- [46]. El problema surge cuando, como en nuestro medio, la accesibilidad del paciente a este tipo de psicoterapias es sumamente limitada, y se emplean tratamientos psicológicos que no demuestran efectividad en el tratamiento de esta población. Esto último, sumado a la escasísima evidencia disponible y a la ausencia de consenso, hace que el uso de psicofármacos esté ampliamente generalizado en pacientes con TLP [46]. Solo el 13% de las personas con TLP no recibe psicotrópicos [47-49]. Algunos estudios reportan que un 78% de los TLP se encuentran en tratamiento farmacológico las  $\frac{3}{4}$  del tiempo durante un período de 6 años, donde el 37% de estos lo están con 3 o más drogas diferentes [50], por lo que la polifarmacia es una estrategia muy difundida para el abordaje de estos pacientes [47-49]. En estudios con seguimiento a 16 años, el 71% de los pacientes con TLP permanecen recibiendo psicofármacos, dentro del cual el 35,5% reciben 3 o más [51]. Para agravar el panorama, a los pacientes TLP con comorbilidades en Eje I (por ejemplo, trastorno bipolar) se les monitorea con mayor frecuencia los planes farmacológicos, mientras que en los TLP sin comorbilidad se practica un tratamiento por *default* [49]. Por todo lo expuesto, podemos decir que los hábitos de prescripción en la práctica clínica distan de lo hallado por la comunidad científica [52].

En 2001, y luego en 2005, la Asociación de

Psiquiatría Americana publicó las guías de tratamiento farmacológico del TLP, haciendo hincapié en la utilización de antidepresivos, específicamente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como primera línea de tratamiento para todas las dimensiones sintomáticas de esta población, exceptuando la cognitiva, donde recomienda la utilización de antipsicóticos [11, 53].

En 2008, Abraham y Calabrese publican una revisión de la evidencia al respecto, notando que muchos de los estudios con resultados positivos para el uso de ISRS en el TLP tenían serios errores metodológicos. En primer lugar, la cantidad de estudios fueron escasos. La tasa elevada de *drop-out* (abandono), la eficacia similar entre dos grupos de pacientes en DBT con y sin el antidepresivo, y el hecho de que la mayoría de los pacientes incluidos presentaban comorbilidades con buena respuesta a ISRS, era otras de las limitaciones [54].

En 2010, Ingenhoven y cols., intentan clarificar el efecto de antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo (EA) sobre dominios específicos en pacientes con trastornos de la personalidad severos, sin mayor énfasis en trastornos del Eje I. Treinta y cinco trabajos controlados aleatorizados contra placebo (TCR-CP) fueron incluidos en la revisión, y 21 de ellos en un metaanálisis, encontrando que el efecto de los antidepresivos en el ánimo depresivo en ausencia de TDM fue despreciable [55]. Los resultados del metaanálisis cuestionan ampliamente la “*Guía práctica para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad*” de la Asociación Americana de Psiquiatría. Estos no validaron el uso de

ISRS, ni el uso de antipsicóticos típicos, como tampoco la potenciación antidepresivo-antipsicótico típico en la dimensión de descontrol impulsivo-conductual. Además, los antidepresivos fueron desestimados como primera o segunda línea para el control de la desregulación emocional [55].

Posteriormente, Cochrane publicó una revisión sistemática respecto a la farmacoterapia en TLP, en donde sugiere que los ISRS deben dejar de ser recomendados como primera línea para el tratamiento de la desregulación afectiva y la conducta impulsiva, ya que existe poca evidencia de que los pacientes TLP se beneficien con el agregado de antidepresivos. Únicamente estarían recomendados en episodio depresivo mayor o trastorno de ansiedad comórbido [56]. De sus resultados se desprende la preferencia por estabilizadores del ánimo y de antipsicóticos atípicos (APA) en el manejo farmacológico del paciente TLP [56]. Una revisión actualizada realizada por los mismos autores incluyendo trabajos controlados aleatorizados hasta 2015 sostiene y consolida estas recomendaciones, agregando evidencia a favor de ácidos omega 3 (ácido eicosapentaenoico y ácido docosahexaenoico) en el manejo de la desregulación emocional, en la mejoría del funcionamiento global, y en la disminución de la sintomatología depresiva y la suicidalidad [57].

Respecto de la dimensión de DE afectiva existe evidencia favorable para divalproato de sodio (VPT), lamotrigina (LMT), topiramato (TPM), y aripiprazol (ARP), olanzapina (OLZ) y haloperidol (HLP). En relación al descontrol conductual, la LMT, TPM y ARP demostraron eficacia. El ARP y la OLZ

obtuvieron resultados positivos respecto a la dimensión de DE congitivo-perceptual. Las relaciones interpersonales mejoraron con ARP y VPT, y la patología afectiva asociada (depresión y ansiedad) resultaron en mejoría en los trabajos de ARP, OLZ, TPM, VPT. La psicopatología general mostró mejorías con ARP. No existe evidencia alguna para psicofármacos respecto al miedo al abandono, sentimientos crónicos de vacío (aburrimiento) o alteraciones de la identidad o del *self* (síntomas severos en TLP).

En un ensayo de 8 semanas aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo de 2014, Black y cols. compararon 3 grupos de pacientes que cumplían criterios de TLP según DSM IV-TR a los que fueron asignados 150 mg/d de quetiapina XR, 300 mg/d de quetiapina XR y placebo [25]. Los participantes tratados con 150 mg/d de quetiapina XR (dosis bajas) tuvieron una reducción significativa en la severidad de los síntomas según la *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder* en comparación con los que recibieron placebo. Los efectos adversos fueron más frecuentes en los participantes que recibieron 300 mg/d de quetiapina XR (dosis moderadas), siendo este último el grupo que presentó mayor tasa de abandono antes de la finalización del ensayo [25]. Teniendo en cuenta la íntima relación propuesta entre subtipo afectivo de Oldham y el trastorno bipolar tipo II, se sugiere el uso de quetiapina (QTP) como primera línea de tratamiento, incluso como psicofármaco de mantenimiento, para este subtipo de TLP [5, 25, 58-60].

A modo de resumen, las dimensiones de DE que pueden considerarse objetivos de la

farmacoterapia son la emocional, conductual y cognitiva, no así la interpersonal y del sentido del *self*. El paciente TLP puede beneficiarse de estabilizadores del ánimo o antipsicóticos atípicos. LA DE impulsivo-conductual puede requerir de estabilizadores del ánimo, y la DE cognitiva de antipsicóticos atípicos. La elección del fármaco debe realizarse evaluando riesgo-beneficio

y perfil de efectos adversos y tolerancia. En la Tabla 2 se describen las principales características de estabilizadores del ánimo y antipsicóticos atípicos en relación a la elección de la terapia farmacológica en el TLP.

Las dimensiones de desregulación emocional e impulsivo-conductual presentan mayor riesgo de suicidio y autolesión, por lo

**TABLA 2**

**Características de los psicofármacos a considerar en el tratamiento farmacológico del TLP**

<b>Aripiprazol</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Adecuado perfil metabólico.</li><li>- Coordinada actividad serotoninérgica/dopaminérgica.</li><li>- Posibilidad de producir acatisia.</li></ul>
<b>Olanzapina</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Perfil metabólico adverso (riesgo de síndrome metabólico).</li><li>- Perfil sedativo.</li></ul>
<b>Quetiapina</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mejoría en psicopatología general.</li><li>- Perfil sedativo-</li><li>- Aumento de peso intermedio.</li><li>- Buena tolerancia a dosis de 150 mg/d.</li></ul>
<b>Valproato</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Precaución al administrarlo a mujeres en edad fértil.</li><li>- Incidencia elevada de aumento de peso.</li></ul>
<b>Topiramato</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efectos adversos cognitivos que atentan contra la terapia.</li><li>- Disminución de peso.</li></ul>
<b>Lamotrigina</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Buena tolerabilidad.</li><li>- Titulación lenta (en 6 semanas para evitar <i>rash</i>).</li><li>- Latencia de acción.</li><li>- Interactúa con anticonceptivos orales.</li></ul>

que deben priorizarse a la hora de elegir fármacos (11). La desregulación impulsivo-conductual es la que más respuesta tendría a la farmacoterapia; al contrario de la dimensión interpersonal y la del sentido de sí mismo (*self*) (61).

Los antidepresivos deben evitarse como primera línea de tratamiento, a menos que exista comorbilidad diagnosticada de episodio depresivo mayor, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo o bulimia nerviosa severa. Esto se explica por la falta de selectividad serotoninérgica que poseen los antidepresivos; es decir, la hipereactividad amigdalina, base neurobiológica de la DE (62) requiere de un bloqueo 5-HT<sub>2A</sub>, sin bloqueo 5-HT<sub>2C</sub> (63).

En conclusión, el uso de tratamiento farmacológico en el TLP es *off-label* (o “por fuera de prospecto” o “fuera de indicación”) aunque es uso frecuente en la práctica clínica (64). Teniendo en claro esto último, el tratamiento farmacológico es síntoma-específico, dirigido a cada dimensión particular, no al trastorno como un todo. Las dimensiones o *targets* sintomáticos a evaluar para el potencial tratamiento psicofarmacológico son las dimensiones de desregulación emocional, desregulación impulsivo-conductual y desregulación cognitiva. La farmacoterapia debe darse dentro de un marco colaborativo abierto donde se discuta y se acuerde el “como” utilizar los psicofármacos, más que qué psicofármaco utilizar, por lo que hablamos de “manejo farmacoterapéutico del TLP” y no tratamiento psicofarmacológico.

Por otro lado, la distinción de distintos subtipos puede ser de importancia en términos de pronóstico y abordaje farmacote-

rapéutico (5). Tomando como ejemplo la subtificación antes descrita, parece ser fundamental la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y su implementación temprana hasta alcanzar estabilidad en la regulación emocional y control de los impulsos para los subtipos afectivo, impulsivo y agresivo (5, 34). Por otro lado, los subtipos dependiente y vacío pueden beneficiarse con un adecuado abordaje psicoterapéutico (5, 38).

### **Tratamiento psicoterapéutico del TLP - Terapia dialéctico comportamental (DBT, por sus siglas en inglés)**

Existen algunas intervenciones psicosociales que demostraron cierta eficacia en trabajos controlados aleatorizados en el tratamiento del TLP (65). Dos de ellas son tratamientos de orientación psicodinámica como la terapia basada en la mentalización (66, 67) y la terapia focalizada en la transferencia (68); sin embargo, esta última posee numerosas limitaciones (69). El resto de las psicoterapias derivan de la terapia cognitivo-conductual, como la terapia focalizada en esquemas (70) y la terapia dialéctico comportamental (DBT, por sus siglas en inglés). DBT demostró claros beneficios en el abordaje de estos pacientes (7), siendo la terapia que posee mayor cantidad de estudios que demuestran su eficacia (71-73).

La investigación en DBT se centró en las dos primeras etapas del tratamiento (ver Tabla 3) con el objetivo de obtener el control conductual, ayudar a la persona a que desarrolle y mantenga la motivación para seguir en tratamiento, y reducir al mismo tiempo las conductas suicidas, las autolesiones no suicidas y otras conductas



impulsivas como, por ejemplo, el abuso de sustancias y atracones [74].

En estudios que compararon DBT *versus* tratamiento usual (en este último grupo todos los pacientes podían elegir cualquier tratamiento disponible en la comunidad) en pacientes con TLP, los pacientes que realizaron DBT presentaron menos conductas parasuicidas y con menor severidad médica, mantuvieron con más frecuencia la terapia individual y necesitaron menos días de internación psiquiátrica [42, 72, 75]. En otro estudio, pacientes TLP que recibieron DBT disminuyeron un 50% el riesgo de realizar un intento de suicidio (hazard ratio, 2,66;  $p = 0,005$ ), requirieron menos hospitalizaciones por ideación suicida ( $F_{1,92} = 7,3$ ;  $p = 0,004$ ) y tuvieron menor riesgo médico en los actos suicidas y autolesivos realizados en conjunto ( $F_{1,50} = 3,2$ ;  $p = 0,04$ ). A su vez, en el grupo DBT los pacientes tuvieron menos probabilidades de abandonar el tratamiento (hazard ratio, 3,2;  $p = 0,001$ ), menos hospitalizaciones psiquiátricas ( $F_{1,92} = 6,0$ ;  $p = 0,007$ ) y menos visitas a urgencias psiquiátricas ( $F_{1,92} = 2,9$ ;  $p = 0,04$ ) [42]. Durante los primeros seis meses de seguimiento, estos sujetos tuvieron significativamente menos conductas parasuicidas, menos ira y una mejor adaptación social autoevaluada [42]. Otros estudios mostraron que los pacientes que reciben DBT presentan una reducción significativamente mayor en ideación suicida, desesperanza, depresión y expresión de la ira [71] y menos intentos de suicidio y autolesión deliberada [76]. A su vez, presentan una adherencia al tratamiento igual o ligeramente mejor que los pacientes en terapia habitual, y se reduce en un 30% la probabi-

lidad de abandono [42, 65, 71, 72, 76-78].

Por otro lado, DBT demostró suficiente evidencia en el tratamiento de personas con trastornos por dependencia de sustancias (TDS) con o sin TLP comórbido, tanto en medidas impulsivo-conductuales suicidas o autolesivas como de consumo de sustancias [73, 78]. En lo referente a TLP comórbido con TDS, las pacientes a las que se realizaron DBT presentaron una mayor probabilidad de alcanzar remisión total, de permanecer durante más tiempo en remisión parcial, de pasar menos tiempo cumpliendo todos los criterios, y se abstuvieron de consumir drogas y alcohol durante más días que las sometidas a tratamientos comunitarios por parte de expertos [79]. Además, DBT fue adaptada para el tratamiento de personas con trastornos de la conducta alimentaria con excelentes resultados [80, 81].

En el estudio de componentes de DBT, el entrenamiento en habilidades en formato grupal parece ser importante en la mejoría global del TLP que se observa con la intervención de DBT estándar [65]. El grupo de habilidades parece tener impacto en síntomas de depresión, ansiedad, psicoticismo (autoreferencia), irritabilidad y una reducción en los síntomas psiquiátricos generales, como así también menores tasas de abandono [65].

### Descripción del modelo DBT

DBT nace originalmente para el tratamiento de mujeres con conductas parasuicidas; balancea estrategias de aceptación con estrategias de cambio [7, 42, 72, 75, 82]. El tratamiento está organizado en etapas, donde cada una tiene su objetivo par-

ticular; en la primera de estas (pretratamiento) la psicoeducación es de vital importancia pero, a diferencia de la realizada en los trastornos del Eje I, incluye altos niveles de validación y la socialización de un modelo etiopatogénico que explica de forma razonable la experiencia de vivir con TLP o DE (7, 8). Además, implementar estrategias psicoeducativas en el tratamiento del TLP demostró reducir la sintomatología impulsivo-conductual a corto plazo, la sintomatología depresiva y ansiosa, y mejorar la dimensión interpersonal en esta población (48, 83). La comorbilidad psiquiátrica también es objetivo del tratamiento (74). Las etapas del programa de DBT y sus objetivos específicos se encuentran en la Tabla 3.

El terapeuta utiliza un enfoque dialéctico para favorecer el compromiso del paciente en la terapia y manejar la relación terapéutica. El programa de DBT consiste en 5 modalidades o modo de tratamiento: la psicoterapia individual, el grupo de entrenamiento en habilidades, el *coaching* (o llamado) telefónico, el equipo de consulta y los tratamientos auxiliares o complementarios (dentro de los cuales se encuentra la farmacología) [7, 65]. La terapia individual

consiste en una sesión semanal de 1 hora cuyos objetivos están focalizados en la motivación al cambio y en aumentar o disminuir determinadas conductas. Las conductas a disminuir son, jerárquicamente, las que atentan contra la vida (ideación suicida, conductas suicidas, parasuicidas, etc), las que atentan contra el tratamiento (ausencias a sesión, falta de compromiso, no cumplir con indicaciones psicoterapéuticas y farmacológicas) y las que atentan contra la calidad de vida (consumo de sustancias, atracones, etc). Dentro de las conductas a aumentar se encuentra la adquisición de habilidades (7). El componente grupal consiste en un entrenamiento o *coaching* en habilidades de dos horas y media de duración semanal y tiene el objetivo de incrementar las capacidades de los pacientes (7). El llamado telefónico tiene por objetivo: generalizar el uso de habilidades en la vida diaria, reparar la relación terapéutica o el aprendizaje de cómo pedir ayuda. El equipo de consulta (reunión de equipo) tiene una frecuencia semanal a la que asisten todos los terapeutas DBT, proveyendo sostén al terapeuta individual o grupal, mantener la motivación y adherencia al modelo DBT y ayuda a prevenir el *burn out*.

**TABLA 3**

### Etapas del tratamiento de la terapia dialéctico comportamental (7, 84, 85)

<b>Pretratamiento</b> Orientada a la evaluación y al compromiso al tratamiento
<b>Etapa 1.</b> Control del caos conductual.
<b>Etapa 2.</b> Tratamiento del estrés postraumático (reprocesamiento emocional del trauma; EP o EMDR).
<b>Etapa 3.</b> Incrementar el autorespeto; alcanzar objetivos individuales o personales.
<b>Etapa 4.</b> Resolver el sentido de incompletud; encontrar libertad y alegría sostenida.

EP: exposición prolongada; EMDR: desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

de los profesionales. El programa de tratamiento posee una duración aproximada de 1 a 2 años.

Las habilidades DBT pueden dividirse en 4 módulos [82]:

**Mindfulness (o atención plena):** intenta desarrollar control atencional y sentido de uno mismo, sin juicios de valor. Se aprende a simplemente observar y describir los hechos, pensamientos, emociones y sensaciones corporales, y participar completamente de una manera no juiciosa, focalizándose en una cosa a la vez y reorientar la atención cuando se distrae.

**Efectividad interpersonal:** entrenamiento en resolución de problemas y asertividad; pedidos necesarios, decir que no a una petición de manera apropiada, alcanzar objetivos interpersonales, mientras se cuidan las relaciones y el autorespeto.

**Regulación emocional:** básicamente es el conjunto de habilidades dirigida a reducir la labilidad emocional (DE), como por ejemplo, identificar y describir emociones, usar *mindfulness* de la experiencia emocional, reducir la vulnerabilidad a emociones negativas, incrementar la ocurrencia de emociones positivas, acción opuesta al impulso emocional negativo; incluye, además, estrategias de tolerancia al malestar con el objetivo de manejar crisis emocionales extremas.

**Aceptación radical:** focalizando en la aceptación, real aceptación, de las cosas y de las emociones dolorosas tal cual son, con habilidades a largo plazo de aceptación

de aquellas situaciones que no vayan a cambiar.

DBT balancea constantemente extremos que se presumen antagónicos, como cambio y aceptación, irreverencia y calidez, consulta al paciente e intervenciones en el contexto, resolución de problemas y validación (dialéctica; diálogo entre opiniones diferentes).

La principal estrategia para identificación de la conducta problema (cortes, intentos de suicidio, atracones, consumo de drogas) es el análisis en cadena (análisis funcional de la conducta) seguido del análisis de solución (búsqueda de soluciones alternativas en cada eslabón de la cadena).

Los pacientes con TLP sufren de DE, llevando a cabo la llamada "conducta problema", producto de la ausencia de un comportamiento habilidoso o adaptativo. Esta situación puede deberse a uno de los siguientes cuatro factores: déficit de habilidad, refuerzo de la conducta problema, respuestas emocionales condicionadas o creencias y expectativas disfuncionales. Para esto, encontramos cuatro estrategias de cambio cognitivo-conductuales:

1. Manejo de contingencias: se intenta identificar los eventos que refuerzan el comportamiento disfuncional o fallan en reforzar la conducta más adaptativa. Se están reforzando conductas no deseadas y no las conductas deseadas.

2. Modificación cognitiva: de creencias o de modificación de la relación con las mismas. Los comportamientos más efectivos pueden verse bloqueados por creencias o

expectativas disfuncionales. Las creencias distorsionadas y los presupuestos inhiben las habilidades de afrontamiento.

3. Exposición emocional: frente a respuestas emocionales condicionadas, “estar con la emoción” bloqueando tendencias de acción. Las emociones del paciente y las tendencias de acción asociadas interfieren con la utilización efectiva de las habilidades de afrontamiento.

4. Entrenamiento en habilidades: el paciente carece de la habilidad requerida para resolver el problema o no sabe cómo usarla efectivamente.

Se recomienda la implementación de DBT en pacientes con diagnóstico de TLP para reducir la frecuencia de intentos de suicidio, ideas suicidas y nivel de depresión, disminución de la probabilidad de abandono de la terapia y de internación psiquiátrica [74].

---

## Referencias bibliográficas

- 1. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *The American journal of psychiatry*. 2009;166(5):530-9.
- 2. Oldham JM SA, Bender DS. *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders*. ed. s, editor. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
- 3. Association. AP. *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2001.
- 4. OMS OMdLS. *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Mediator; 1992.
- 5. Colombo MC, Hedderwick A, Tauguinis N, Rodante D. [Proposal of initial psychotherapeutic and psychopharmacological approach in patients with diagnose of five different subtypes of Borderline Personality Disorder]. *Vertex*. 2015;XXVI(119):17-27.
- 6. Clarkin JF, Widiger TA, Frances A, Hurt SW, Gilmore M. Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*. 1983;92(3):263-75.
- 7. MM. L. *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY (US): Guilford Press; 1993.
- 8. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*. 2009;135(3):495-510.
- 9. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and psychopathology*. 2005;17(4):959-86.
- 10. Rodante D CM. Enfoque psicoterapéutico y farmacoterapia de 5 subtipos de Trastorno Límite de la Personalidad. In: Española EA, editor. *En prensa* 2017.
- 11. American Psychiatric Association Practice G. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *The American journal of psychiatry*. 2001;158(10 Suppl):1-52.
- 12. Barber ME, Marzuk PM, Leon AC, Portera L. Aborted suicide attempts: a new classification of suicidal behavior. *The American journal of psychiatry*. 1998;155(3):385-9.
- 13. (NICE) NCCfMH. *Borderline Personality Disorder: treatment and management*. London (United Kingdom):: National Collaborating Centre for Mental Health 2009.

- 14. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, et al. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002;190(8):510-8.
- 15. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *The American journal of psychiatry*. 2004;161(7):1296-8.
- 16. Zisook S, Goff A, Sledge P, Shuchter SR. Reported suicidal behavior and current suicidal ideation in a psychiatric outpatient clinic. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. 1994;6(1):27-31.
- 17. Camino S ER, Rodante D. Consumo problemático de sustancias e historial suicida en pacientes internadas en un Servicio de Agudos de Salud Mental. *VERTEX Rev Arg de Psiquiat*. 2016;Vol. XXVII:245-51.
- 18. Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ. Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *Journal of affective disorders*. 1996;39(1):61-72.
- 19. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *The American journal of psychiatry*. 2000;157(4):601-8.
- 20. Berk MS, Jeglic E, Brown GK, Henriques GR, Beck AT. Characteristics of recent suicide attempts with and without Borderline Personality Disorder. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2007;11(1):91-104.
- 21. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *The American journal of psychiatry*. 1997;154(12):1715-9.
- 22. Links PS, Eynan R, Heisel MJ, Barr A, Korzekwa M, McMain S, et al. Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. 2007;21(1):72-86.
- 23. Paris J, Nowlis D, Brown R. Predictors of suicide in borderline personality disorder. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 1989;34(1):8-9.
- 24. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*. 1994;151(9):1316-23.
- 25. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*. 2004;18(3):226-39.
- 26. Linehan M, Rizvi, SL, Shaw Welch, S & Page, B. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders. In: (Eds.) KHKvH, editor. *International handbook of suicide and attempted suicide*. Sussex, England: John Wiley & Sons.; 2000. p. 147-78.
- 27. Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric services*. 2002;53(6):738-42.
- 28. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*. 2005;59(5):319-24.
- 29. Chiles JA, and Kirk D. Strosahl. *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients.*: American Psychiatric Pub; 2008.
- 30. Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Shaw J, et al. Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychological medicine*. 2009;39(3):443-9.
- 31. K. P. No lo mates... ¡jenséñale! El arte de enseñar y adiestrar. *Modelado, reforzamiento positivo y técnicas de modificación de la conducta*. : Kns Ediciones; 2006.
- 32. Caballo VE. *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta*: Editorial Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.; 1998.

- 33. Gagliesi P. [A protocol to assist people with suicidal thoughts in clinical practice]. *Vertex*. 2010;21(89):42-8.
- 34. Oldham J. Integrated treatment planning for borderline personality disorder. In: J EbK, editor. *Integrated Treatment of Psychiatric Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2001. p. 51-77.
- 35. Oldham JM. A 44-year-old woman with borderline personality disorder. *Jama*. 2002;287(8):1029-37.
- 36. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *The American journal of psychiatry*. 2006;163(1):20-6.
- 37. Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of psychiatric research*. 2001;35(6):307-12.
- 38. Rebok F, Teti GL, Fantini AP, Cardenas-Delgado C, Rojas SM, Derito MN, et al. Types of borderline personality disorder (BPD) in patients admitted for suicide-related behavior. *The Psychiatric quarterly*. 2015;86(1):49-60.
- 39. O K. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
- 40. Zanarini MC, Frankenburg FR. Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. 1997;11(1):93-104.
- 41. Siever L. Relationship between impulsivity and compulsivity: a synthesis. In: Oldham JM HE, Skodol AE, editors, editor. Washington, DC.: American Psychiatric Press Inc.; 1996.
- 42. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(7):757-66.
- 43. Stoffers J, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(6):CD005653.
- 44. Council NHaMR. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne 2012.
- 45. Tohen M. Pharmacologic treatments for borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*. 2014;171(11):1139-41.
- 46. Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. Treatment of personality disorder. *Lancet*. 2015;385(9969):735-43.
- 47. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American journal of psychiatry*. 2001;158(2):295-302.
- 48. Pascual JC, Martin-Blanco A, Soler J, Ferrer A, Tiana T, Alvarez E, et al. A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. *International clinical psychopharmacology*. 2010;25(6):349-55.
- 49. Paton MB, Large MM. The use of psychoactive drug testing in acute mental health services. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 2015;23(6):710-1.
- 50. Zanarini MC. Update on pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*. 2004;6(1):66-70.
- 51. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: a 16-year study. *Psychiatric services*. 2015;66(1):15-20.
- 52. Silk KR. Management and effectiveness of psychopharmacology in emotionally unstable and borderline personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015;76(4):e524-5.
- 53. Oldham J. Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with borderline per-

sonality disorder. Focus 33. 2005;3(3):396-400.

- 54. Abraham PF, Calabrese JR. Evidenced-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: a shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? Journal of affective disorders. 2008;111(1):21-30.
- 55. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. The Journal of clinical psychiatry. 2010;71(1):14-25.
- 56. Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2010;196(1):4-12.
- 57. Stoffers JM, Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder--current evidence and recent trends. Current psychiatry reports. 2015;17(1):534.
- 58. Belli H, Ural C, Akbudak M. Borderline personality disorder: bipolarity, mood stabilizers and atypical antipsychotics in treatment. Journal of clinical medicine research. 2012;4(5):301-8.
- 59. Pfennig A, Bschor T, Falkai P, Bauer M. The diagnosis and treatment of bipolar disorder: recommendations from the current s3 guideline. Deutsches Arzteblatt international. 2013;110(6):92-100.
- 60. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. Bipolar disorders. 2013;15(1):1-44.
- 61. Ripoll LH. Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. Dialogues in clinical neuroscience. 2013;15(2):213-24.
- 62. New AS, Triebwasser J, Charney DS. The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. Biological psychiatry. 2008;64(8):653-9.
- 63. Hazlett EA, Zhang J, New AS, Zelmanova Y, Goldstein KE, Haznedar MM, et al. Potentiated amygdala response to repeated emotional pictures in borderline personality disorder. Biological psychiatry. 2012;72(6):448-56.
- 64. Garcia-Sabina A, Rabunal Rey R, Martinez-Pacheco R. Review of use of drugs for conditions not included in product characteristics. Farmacia hospitalaria : organo oficial de expresion cientifica de la Sociedad Espanola de Farmacia Hospitalaria. 2011;35(5):264-77.
- 65. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. Behaviour research and therapy. 2009;47(5):353-8.
- 66. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association. 2010;9(1):11-5.
- 67. Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. Journal of clinical psychology. 2006;62(4):411-30.
- 68. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. The American journal of psychiatry. 2007;164(6):922-8.
- 69. Kleindienst N KB, Bohus M. Is transference-focused psychotherapy really efficacious for borderline personality disorder? BJP. 2011; 198:156-7.
- 70. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Archives of general psychiatry. 2006;63(6):649-58.
- 71. Koons CR RC, Tweed JL, Lynch TR, González AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behav Ther. 2001;32(2):371-90.
- 72. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of

chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*. 1991;48(12):1060-4.

- 73. Verheul R, Herbrink M. The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International review of psychiatry*. 2007;19(1):25-38.
  - 74. Álvarez C, Andi6n O. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad*. 2011.
  - 75. Linehan MM, Schmidt H, 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American journal on addictions*. 1999;8(4):279-92.
  - 76. RM. T. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cogn Behav Pract*. 2000;7:413-9.
  - 77. McMain S. Dialectic behaviour therapy reduces suicide attempts compared with non-behavioural psychotherapy in women with borderline personality disorder. *Evidence-based mental health*. 2007;10(1):18.
  - 78. van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addictive behaviors*. 2002;27(6):911-23.
  - 79. Harned MS, Chapman AL, Dexter-Mazza ET, Murray A, Comtois KA, Linehan MM. Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(6):1068-75.
  - 80. Chen EY, Brown MZ, Harned MS, Linehan MM. A comparison of borderline personality disorder with and without eating disorders. *Psychiatry research*. 2009;170(1):86-90.
  - 81. Wisniewski L, Ben-Porath DD. Dialectical Behavior Therapy and Eating Disorders: The Use of Contingency Management Procedures to Manage Dialectical Dilemmas. *American journal of psychotherapy*. 2015;69(2):129-40.
  - 82. MM. L. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY (US): Guilford Press; 1993.
  - 83. Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. 2008;22(3):284-90.
  - 84. Harned MS, Korslund KE, Linehan MM. A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour research and therapy*. 2014;55:7-17.
  - 85. Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2014;59:40-51.
-





# Trastorno de la personalidad antisocial y psicopatía

Christian L. Cárdenas Delgado

La psicopatía es un trastorno, en parte, caracterizado por respuestas emocionales superficiales, falta de empatía, impulsividad y mayor probabilidad de desarrollar conductas antisociales (1). Fue caracterizada como un trastorno de la personalidad (particularmente, por sus déficits afectivos) y en menor medida como un trastorno conductual. A pesar de que se los emplea de forma intercambiable los constructos diagnósticos de psicopatía, trastorno antisocial de la personalidad y personalidad disocial son distintos. El concepto de trastorno antisocial de la personalidad fue ampliamente criticado por sus múltiples limitaciones que llevaron a cuestionar su validez práctica en el ámbito forense (2). En particular, la presencia de elementos psicopáticos en la población penal tiene valor predictivo sobre la adaptación institucional y el riesgo de reincidencia (3). Dentro del primer año de liberación es tres veces más probable la reincidencia de los psicópatas con respecto a los no psicópatas, y es cuatro veces más probable la reincidencia violenta (4).

La mayoría de los estudios sobre psicopatía se desarrollaron en el ámbito penitenciario. Frente a esto, es importante destacar que el hecho de tener antecedentes penales no representa una condición necesaria ni suficiente para el diagnóstico de psicopatía. De hecho, los psicópatas exitosos (*successful psychopaths*) representan un subgrupo que manifiestan los elemen-

tos psicopatológicos nucleares -afectivos e interpersonales- del trastorno, pero que no entran en conflicto con el sistema penal (5). En este sentido se postula que en los criterios de los manuales oficiales de diagnóstico se encuentran sobrerrepresentados los elementos conductuales y las acciones antijurídicas, a la vez que se subestiman los aspectos psicopatológicos, nucleares, del síndrome psicopático.

## Historia

La revolución de 1789 introdujo la noción de los derechos del hombre frente a la colectividad y el estado. El imperio, heredero discutido de la república, constató que la locura no es un crimen y con el artículo 64 del Código Penal de 1805 se creó la locura legal, al mismo tiempo que la psiquiatría: desde entonces el loco es retenido y ordenado, el criminal es castigado. Philippe Pinel, médico influido por el empirismo de Locke y Condillac, sentó las bases de la nosología psiquiátrica y presentó la primera descripción formal de este trastorno mediante el concepto de *manie sans délire* (manía sin delirio), señalando en 1801 el comienzo del estudio científico de los trastornos de la personalidad (6). En su *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie* observó: "Podemos tener una justa admiración por los escritos de Locke, y acordar, sin embargo, que las nociones que él ofrece sobre la manía son

*incompletas, cuando la ve como inseparable del delirio*". De acuerdo con el paradigma imperante en el siglo XVIII, las enfermedades mentales eran concebidas exclusivamente como perturbaciones del intelecto. Pinel fue el primero en reconocer el papel preponderante de la afectividad mientras que las funciones intelectuales permanecen indemnes, observó que varios alienados estaban "...dominados por una suerte de instinto furioso (instincte de fureur), como si solo estuviesen lesionadas las facultades afectivas" (7, 8).

Jean-Étienne Dominique Esquirol, alumno de Pinel, introdujo una innovación nosográfica al distinguir la *manie* - considerada un delirio general - de las formas *sans délire* o rasonantes, las que deben agruparse bajo la rúbrica de las monomanías. Esta perspectiva, que admite la existencia de las locuras parciales, sentó las bases de la polémica que habría de concitarse en las generaciones ulteriores: primero, la existencia o no de locos a medias o semilocos; segundo, la responsabilidad o irresponsabilidad del loco, siendo su locura supuestamente parcial. Esquirol, eventualmente, incorporó las características clínicas de la manía sin delirio pineliana en su descripción de la monomanía homicida, dividiéndola entre monomanía rasonante y monomanía instintiva (9, 10).

El término *moral insanity* (locura moral) fue empleado inicialmente en el siglo XVIII por Thomas Arnold y Benjamin Rush, pero se difundió en la literatura gracias a James Cowles Prichard, médico y etnólogo británico. Nacido en 1786, fue criado como cuáquero y aunque se convirtió al anglicanismo en 1810, nunca abandonó sus preocu-

paciones religiosas, lo que era infrecuente entre sus pares de la comunidad científica. Sobre la base del concepto de manía sin delirio de Pinel describió individuos con trastornos de la afectividad ("moral"): "*sin ningún trastorno o defecto remarcable del intelecto, del conocimiento o de las facultades del razonamiento, y particularmente sin ninguna ilusión o alucinación*". Su conducta, así como sus sentimientos están perturbados, y estos síntomas están estrechamente relacionados: "*Las propensiones están tan estrechamente vinculadas a las pasiones y emociones que son generalmente referidas a la misma división de facultades. En mi clasificación, los trastornos de ambas son comprendidos en la designación de Locura Moral*" (11). Los casos compendiados por Prichard eran muy diferentes de los casos violentos presentados por Pinel y los ejemplos de homicidas utilizados por Esquirol, y muchos de ellos tenían mucho en común con la descripción genérica de los "trastornos de la personalidad" que surgió durante la segunda mitad del siglo XX. No obstante, el concepto de locura moral se transformó en la base de las teorizaciones que se desarrollaron en el siglo IX sobre la criminalidad innata (12).

El significado corriente del término psicópata en la literatura psiquiátrica alemana es atribuible a Koch (1889), quien aplicó el concepto de "inferioridades psicopáticas" a las anomalías de la personalidad (*Psychopatische Minderwertigkeiten*); además contribuyó al estudio de las psicopatías a través de la descripción tipológica. Sin embargo, el uso del término *inferioridad* llevó a connotaciones negativas e incluso a

la condena moral. A pesar de carecer de intenciones peyorativas explícitas es probable que Koch haya aportado a la amalgama conceptual de inferioridad, amoralidad y conducta socialmente dañosa. Las ideas alemanas sobre la psicopatía influyeron en las perspectivas francesas y angloamericanas después de la década de 1930, cuando muchos psiquiatras y psicoanalistas alemanes emigraron a estos países (7).

Kraepelin, en la octava edición de su tratado (1915) postuló 7 tipos de personalidades psicopáticas: los excitables (*Erregbaren*), los inestables (*Haltlosen*), los impulsivos (*Triebmenschen*), los excéntricos (*Verschrobenen*), los mentirosos y estafadores (*Die Lügner und Schwindler*), los enemigos de la sociedad (*Gesellschaftsfeinde*) y los pendencieros (*Streitsüchtigen*). Solo los últimos tres poseen elementos clínicos similares a la noción actual de antisocial (13).

El famoso trabajo de Kurt Schneider "Las personalidades psicopáticas" (*Die psychopathischen Persönlichkeiten*), publicado inicialmente en 1923, tuvo sus raíces en un estudio previo de 1921 llamado "La personalidad y el destino de las prostitutas registradas" (*Studien über Persönlichkeit und Schicksal Eingeschriebener Prostituierten*) donde aisló 12 tipos caracterológicos. Schneider consideró que personalidades psicopáticas "...son aquellas personalidades que sufren por su anormalidad o hacen sufrir bajo ella, a la sociedad". Su tipología no sistemática delimitó 10 clases de personalidades psicopáticas, entre las cuales son posibles múltiples y variadas combinaciones. Los sistemas de clasificación contemporáneos, DSM y CIE, integraron muchos aspectos esenciales del trabajo de Schneider

en la edificación del concepto de trastornos de la personalidad (7).

El constructo de psicopatía fue elaborado conceptualmente por Cleckley en su libro *The Mask of Sanity* (1941). Mientras que la conducta perniciosa del antisocial suele ser explícita, los psicópatas suelen pasar desapercibidos bajo una "máscara de la cordura" y se caracterizan por una incapacidad muy arraigada para comprender la dimensión emocional del lenguaje, sobre todo de aquellos aspectos vinculados a los sentimientos de vinculación y empatía. Cleckley fue el primero en entrever la posibilidad de diagnosticar la psicopatía sin la presencia de conductas ilegales o antisociales (14, 15):

- Encanto superficial e inteligencia promedio.
- Ausencia de delirios o de otros signos de pensamiento irracional.
- Ausencia de nerviosismo o de manifestaciones neuróticas.
- Falta de confiabilidad.
- Inverosímil e insincero.
- Falta de remordimiento o de vergüenza.
- Conducta antisocial sin compunción aparente.
- Juicio pobre e incapacidad para aprender de la experiencia.
- Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.
- Pobreza general en sus reacciones afectivas.
- Pérdida del *insight*.
- Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales.
- Conducta fantástica e indeseable con el alcohol, y a veces sin él.
- Amenazas suicidas raramente efectuadas.

- Vida sexual impersonal, trivial y poco integrada.
- Incapacidad para seguir cualquier proyecto vital.

El vocablo *sociopatía* fue elaborado por Partridge en 1930 y ganó una progresiva aceptación en los Estados Unidos, particularmente en el ámbito psicoanalítico y de las ciencias sociales. Robins (1966) definió la personalidad sociopática en términos de formas de transgresión de las normas sociales. Su influencia se expresó en los criterios del DSM-III del trastorno de la personalidad antisocial. Sin embargo, en la pri-

mera edición del DSM (1952), la “perturbación sociopática de la personalidad” era una categoría genérica que incluía reacciones antisociales, reacciones disociales, desviación sexual y adicciones. Esto se abandonó en 1968, cuando la personalidad antisocial integró una categoría distinta de los trastornos de la personalidad del DSM-II, mientras que en el DSM -I las parafilias y las adicciones se incluyeron en forma diferenciada con los Trastornos del Eje I (16). La tabla 1 reúne los criterios diagnósticos de trastorno antisocial de la personalidad del DSM-V.

**TABLA 1**

**Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno de la personalidad antisocial (46)**

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos:  1. Incumplimiento de las normas sociales respecto de los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención. 2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal. 3. Impulsividad o fracaso para planificar con antelación. 4. Irritabilidad o agresividad que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas. 5. Desatención imprudente de la seguridad propia o la de los demás. 6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas. 7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

### Perspectivas actuales

No existe una definición unitaria de la psicopatía en la literatura psiquiátrica. Desde un punto de vista más pragmático, frente a la creciente disponibilidad de información clínica se hizo necesario desarrollar una herramienta clínica operativa para aplicar en el ámbito sanitario y forense. La escala elaborada por Robert Hare, *The Hare Psychopathy Checklist – Revised*

*Manual* (PCL-R) (17) presenta una serie de características afectivas, conductuales e interpersonales organizadas en una escala de 20 ítems evaluables mediante una entrevista semiestructurada e información colateral. La puntuación puede oscilar de 0 a 40 y refleja el grado en que una persona es encuadrable en una personalidad psicopática prototípica. Se considera que un resultado mayor de 30 puntos es indicador

TABLA 2

**Ítems de la escala de psicopatía (PCL-R) organizados por factor y faceta**

<b>Factor 1. Escala afectiva-interpersonal</b>	
Faceta interpersonal (faceta 1)	Locuacidad/Encanto superficial. Grandiosidad. Mentira patológica. Estafa/Manipulación.
Faceta interpersonal (faceta 1)	Falta de culpa o remordimiento. Afecto superficial. Insensibilidad/ Falta de empatía. Falla en aceptar la responsabilidad por sus acciones.
<b>Factor 2. Escala antisocial</b>	
Faceta de estilo de vida (faceta 3)	Necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento. Impulsividad. Irresponsabilidad. Estilo de vida parasitario. Falta de objetivos realistas a largo plazo.
Faceta antisocial (faceta 4)	Problemas de conducta precoces. Pobre control conductual. Delincuencia juvenil. Revocación de libertad condicional. Versatilidad criminal.
Ítems que no pertenecen a ningún factor ni faceta	Conducta sexual promiscua. Varias relaciones maritales breves.

de psicopatía, sin embargo, otros autores postulan un punto de corte de 25 puntos (por ejemplo, en algunos estudios europeos).

Los ítems de la escala se organizan en dos factores o clústeres: el Factor 1 refleja los componentes afectivos e interpersonales usualmente considerados esenciales para la identificación de la psicopatía mientras que el Factor 2 se relaciona con un estilo de vida socialmente desviado (con elementos impulsivos y antisociales). La segunda edición de la PCL-R mantiene la misma estructura, con la diferencia de que el Factor 2 consiste en diez ítems, por el agregado del ítem Versatilidad criminal. A su vez, cada uno de esos dos factores se dividen en dos subfactores o facetas: Faceta 1 o Interpersonal; Faceta 2 o Afectiva; Faceta 3 o Estilo de vida y Faceta 4 o Antisocial (Tabla 2) (18).

Un creciente número de estudios ofrecen evidencia sobre el valor predictivo del diagnóstico de psicopatía con alto puntaje de la PCL-R como indicador de reincidencia y de violencia (19). Con respecto a los delitos sexuales, se considera que los agresores sexuales con alta puntuación de la PCL-R y con una medida de desviación sexual tienen mayor riesgo de reincidencia (20). Un estudio realizado con una cohorte de psicóticos agresivos en el ámbito forense con una puntuación de la PCR-L de 26 o mayor presentó una tasa de recidiva violenta (*violent reconviction*) del 66% (21). En el ámbito penitenciario el puntaje de la PCL-R se correlacionó significativamente con problemas disciplinarios, agresión al personal, agresión a otros internos, y con daño a la propiedad (19).

Generalmente, se considera que la frialdad y la falta de remordimiento son las características nucleares de la psicopatía, mientras que continúa el debate sobre si la conducta criminal es un criterio necesario para el diagnóstico. La tradición psicopatológica propone una competencia emocional deficitaria o insuficiente como fundamento de sus manifestaciones clínicas. En este marco se incluye la “oligofrenia moral” de Bleuler (22) o los psicópatas desalmados (*Gemütlose psychopaten*) de Schneider (23), carentes de “*compasión, vergüenza, sentido del honor, remordimientos, conciencia*”. Una aproximación fenomenológica reciente es contraria a la idea de una vida emocional “pobre” o “inmadura” atribuida al psicópata. De esta forma, la frialdad emocional puede considerarse como una forma de manejar las manifestaciones emocionales sin precipitación, de manera calma, distante y con tendencia a analizar las experiencias emocionales (en uno mismo y en los demás). Esto puede considerarse una ventaja adaptativa en ciertos contextos y puede encontrarse incluso en personas sin trastornos de la personalidad (24).

Asimismo, se atribuye al psicópata una deficiencia de empatía. El conocimiento empático no es “intelectual”, es intuitivo, implícito y emerge de forma inmediata como una forma intersubjetiva de percepción que subyace a cualquier intercambio social. Al reconsiderar esta hipótesis se postula que el psicópata conserva la capacidad de identificar y representarse un estado mental ajeno, sin embargo no lo valora, no es *afectado* por esto. El análisis de los demás y de sus vivencias es estrictamente utilitarista y despojado de preocupa-

ción por su bienestar [24].

Los rasgos de la personalidad psicopática pueden ser relativamente adaptativos en función la intensidad de su expresión y del contexto. En este sentido, la autosuficiencia, la ambición, la competitividad y la persecución constructiva de la individualidad y la autodeterminación son rasgos equivalentes y socialmente aceptados [14]. Karl Jaspers observó que la atmósfera espiritual, las concepciones y valoraciones dominantes tienen un rol facilitador de ciertas anomalías psíquicas: *“En las épocas revolucionarias salen a relucir en gran número, transitoriamente, personalidades anormales. En verdad no han hecho la revolución, ni han hallado los hechos creadores de la construcción, sino que las situaciones son tales que dan a esas predisposiciones, por un momento, espacio para amplio desarrollo visible”* y concluye, citando a Kretschmer: *“En los tiempos fríos, los sometemos a exámenes periciales, en los ardientes nos dominan”* [25].

## Epidemiología

La prevalencia de psicopatía en la población general es difícilmente evaluable. Las estimaciones basadas en rasgos psicopáticos indican que el 1.2% de la población general se encuentra en el rango de psicopatía potencial [26]. La prevalencia en el ámbito financiero es del 3.5% [5].

Por el contrario, la prevalencia de trastorno antisocial de la personalidad es del 1 al 4% en la población general y es 3 a 5 veces más frecuente en hombres que en mujeres [26]. En el ámbito carcelario la prevalencia para el trastorno antisocial de la personalidad encontrada fue del 47%

para hombres y del 21% para mujeres [27]. En contraste, la prevalencia de psicopatía en los términos de la PCL-R en internos británicos es del 4.5% [19].

Con respecto al patrón de comorbilidad, la tasa de dependencia alcohólica es del 49% y la de dependencia de drogas es del 23.41% [28]. La mitad de los antisociales pueden experimentar ansiedad, particularmente un trastorno por estrés postraumático o un trastorno de ansiedad social (aunque el primero no se considera un trastorno de ansiedad en el DSM-V). Este grupo tiene mayor riesgo de presentar depresión, dependencia de sustancias, ideación y tentativas suicidas [26].

## Neurobiología

La corteza prefrontal ha sido señalada como responsable del desarrollo de psicopatía, en parte debido a los fenómenos conocidos como pseudopsicopatía o sociopatía adquirida, resultantes de su daño focal, particularmente de la región ventromedial y orbitofrontal [29].

Las capacidades sociales humanas son evolutivamente tardías y únicas. Permiten una especialización que mejora la disponibilidad de recursos y facilita la reproducción. Existe una empatía emocional propiamente dicha (capacidad para reconocer e imitar las emociones de otros), y otra cognitiva, que nos permite tener una perspectiva o punto de vista, con lo que vamos un paso más allá del puro conocer de la empatía primera o emocional. Se postula que estos dos sistemas funcionan de manera independiente. El área cerebral más importante es el giro frontal inferior o área 44 de Brodmann, la cual se activa de



modo intenso ante el contagio y el reconocimiento emocionales. Se corresponde con el área F5 de los monos, en la que Rizolatti describió el sistema de neuronas espejo. Estas permiten reconocer e imitar actos motores, por lo que resultan básicas en el aprendizaje. Además, el sistema de neuronas espejo se activa en el reconocimiento y la evaluación emocional, no solo pasivos (visión) sino también en los activos, de imitación emocional. Las respuestas empáticas humanas incluyen también un componente cognitivo, a estos efectos el área que se activa preferentemente es la corteza prefrontal ventromedial (vmPFC; áreas 10 y 11 de Brodmann), como se demuestra en los sujetos implicados en las tareas mentales de comprensión emocional de terceros (metacognición), e indirectamente en los sujetos con lesiones en dicha área por el fallo de las funciones de la teoría de la mente. En ellos, la capacidad de juicios morales elevados, que supongan un mayor beneficio a terceros, se ve claramente mermada (30).

La corteza orbitofrontal se asocia con la anticipación del castigo y de la gratificación, así como con la cognición social en general. La reducción del volumen de la sustancia gris orbitofrontal fue consistentemente reportada en distintos estudios (31-33). Desde el punto de vista funcional, los psicópatas muestran una hipoactivación orbitofrontal durante el condicionamiento por miedo (34).

La amígdala, una estructura límbica, es crítica para el procesamiento de estímulos emocionales y estresantes, incluyendo la expresión, regulación, memoria y aprendizaje de estímulos emotivos, y sobre todo

del miedo. La hipoactividad amigdalina observada en psicópatas se manifiesta a través de un déficit en el condicionamiento aversivo, en el reconocimiento de expresiones faciales de miedo y en el aprendizaje de evitación pasiva (35). El modelo propuesto por Blair (2007) postula que la disfunción en la corteza orbitofrontal encontrada en psicópatas es el resultado de una amígdala hipoactiva para gatillar una respuesta emocional suficiente que potencie el aprendizaje emocional (35).

Los rasgos de conducta tienen un componente de heredabilidad elevado, pero esto no significa que aparezcan salvo que se den determinadas características ambientales. Las influencias ambientales, las compartidas y, sobre todo, las no compartidas o específicas del individuo –como puede ser el maltrato infantil– son decisivas a la hora de explicar la variabilidad genética. Caspi (2002) fue el primero en evidenciar que los polimorfismos del gen MAOA –codificante de la enzima MAO-A, responsable de la degradación de neurotransmisores– podrían modular el desarrollo de tendencias antisociales en interacción con antecedentes de maltrato infantil. El mecanismo putativo en la agresividad reactiva atribuida a portadores de dicho polimorfismo podría involucrar un desbalance serotoninérgico (36).

La psicopatía se asoció con un aumento de la relación entre el ácido homovanílico (AHV) y el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA). Esto sugiere que fármacos moduladores dopaminérgicos, posiblemente en combinación con inhibidores de la recaptación de la serotonina podrían ser un tratamiento farmacológico potencial para la psi-

copatía [37].

La dinámica del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) puede considerarse un índice fisiológico de la presencia de rasgos psicopáticos. Los neurocircuitos involucrados en la representación de emociones y la reactividad al estrés son menos reactivos en individuos con frialdad emocional. Se encontró menor actividad en el eje HHA con un bajo nivel de cortisol basal en individuos con rasgos psicopáticos [38]. En este sentido, se observó que el ritmo diario del cortisol se encontró embotado en una muestra de internos psicópatas comparados con internos no psicópatas [39].

## Tratamiento

La evidencia disponible relativa a intervenciones farmacológicas es limitada. No existe ningún fármaco aprobado para el tratamiento del trastorno antisocial de la personalidad ni para la psicopatía, por lo que la prescripción debe orientarse al tratamiento de las comorbilidades con una indicación aprobada. Dos metaanálisis recomiendan que las intervenciones farmacológicas no deben usarse rutinariamente para el abordaje de los síntomas primarios del trastorno antisocial o sus conductas asociadas, como la impulsividad, ira y agresividad. Además, debe considerarse

la posibilidad de incumplimiento terapéutico y de abuso de la medicación indicada. [40, 41]. Existen reportes de efectividad de risperidona [42], quetiapina [43] y sertralina [44] para el manejo de la impulsividad en antisociales institucionalizados.

Las técnicas cognitivo-conductuales desarrolladas dentro de programas de tratamiento específicos demostraron cierta eficacia en el abordaje de internos con trastornos de personalidad antisocial. Estas técnicas incluyen programas de prevención de recaídas, programas que combinan habilidades cognitivas y sociales y resolución de problemas, programas de manejo de la ira y la violencia y programas de tratamiento para agresores sexuales [45].

No hay evidencia de eficacia para la psicoterapia psicodinámica tradicional, como el psicoanálisis o abordajes psicodinámicos grupales en el tratamiento de la psicopatía o el trastorno antisocial. Los psicoterapeutas forenses que trabajan desde una perspectiva psicoanalítica proponen modificaciones en la técnica de la entrevista –tanto individual como grupal– en estos pacientes, esto incluye evitar los silencios y la asociación libre, enfocarse en la afectividad y en interpretaciones sobre el “aquí y ahora”, en vez de hacerlo sobre fantasías, conflictos inconscientes o sobre la transferencia [45].

---

## Referencias bibliográficas

- 1. Hare RD. Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Crim. Justice Behav.* 1996; 23(1):25–54.
- 2. Ogloff JR. Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006

Jun-Jul; 40(6-7):519-28.

- 3. Walters GD. Predicting institutional adjustment and recidivism with the psychopathy checklist factor scores: a metaanalysis. *Law Hum Behav.* 2003;27:541-558.
- 4. Hemphill JF, Hare RD, Wong S. Psychopathy and recidivism: A review. *Legal Criminol. Psych.* 1998;3(1):139-170.
- 5. Gao Y, Raine AD. Successful and unsuccessful psychopaths: A neurobiological model. *Behav Sc Law.* 2010;28(2):194-210.
- 6. Pascalis G. Psychopathie, déséquilibre psychique: historique et nosologie psychiatriques. *Confrontations psychiatriques.* 1980; 18:15-25.
- 7. Felthous AR, Sass H. *International Handbook on Psychopathic Disorders and the Law, Volume 1.* West Sussex. John Wiley & Sons, Ltd; 2007.
- 8. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie.* Paris: Richard, Caille et Ravier; 1801.
- 9. Álvarez Martínez JM. *La invención de las enfermedades mentales.* Madrid: Editorial Gredos; 2008.
- 10. Trichet Y, Lacroix A. Esquirol's change of view towards Pinel's mania without delusion. *Hist Psychiatry.* 2016 Dec; 27(4):443-457.
- 11. Whitlock FA. *A Note on Moral Insanity and Psychopathic Disorders*
- 12. Jones DW. *Disordered Personalities and Crime: An Analysis of the History of Moral Insanity.* New York: Routledge; 2016.
- 13. Millon T, Simonsen E, Mirket-Smith M, Davis R. *Psychopathy: Antisocial, Criminal, and Violent Behavior.* New York; Guilford Press: 1998.
- 14. Millon T, Davis R. *Trastornos de la personalidad en la vida moderna.* Barcelona; Masson: 2000.
- 15. Englebert J. A New Understanding of Psychopathy: The Contribution of Phenomenological Psychopathology. *Psychopathology.* 2015;48(6):368-75.
- 16. Blackburn R. On moral judgements and personality disorders. The myth of psychopathic personality revisited. *The British Journal of Psychiatry.* 1988; 153:505-512.
- 17. Hare RD, Neumann CS. Psychopathy: assessment and forensic implications. *Can J Psychiatry.* 2009 Dec;54(12):791-802.
- 18. Hare RD. *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised.* 2nd Edition. Toronto: Robert Hare & Multi-Health Systems,
- 19. Hare RD. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. 2000 *Behav. Sci. Law*, Vol. 18, 623-645.
- 20. Hawes SW, Boccaccini MT, Murrie DC. Psychopathy and the combination of psychopathy and sexual deviance as predictors of sexual recidivism: meta-analytic findings using the Psychopathy Checklist--Revised. *Psychol Assess.* 2013 Mar; 25(1):233-43.
- 21. Tengström A, Grann M, Långström N, Kullgren G. Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. *Law Hum Behav.* 2000 Feb;24(1):45-58.
- 22. Bleuler E. *Tratado de Psiquiatría.* Madrid: Calpe; 1924.
- 23. Schneider K. *Patopsicología clínica.* Segunda edición española. Madrid: Paz Montalvo; 1963.
- 24. Englebert J. A New Understanding of Psychopathy: The Contribution of Phenomenological Psychopathology. *Psychopathology.* 2015;48(6):368-75.
- 25. Jaspers K. *Psicopatología General.* 2da ed. Rev. de Héctor Pérez Rincón; trad. de Roberto O. Saubidet y Diego A. Santillán. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
- 26. Werner KB, Few LR, Bucholz KK. Epidemiology, Comorbidity, and Behavioral Genetics of Antisocial Personality Disorder and Psychopathy. *Psychiatric annals.* 2015;45(4):195-199. doi:10.3928/00485713-20150401-08.

- 27. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359:545–550.
- 28. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. REVISED NESARC PERSONALITY DISORDER DIAGNOSES: GENDER, PREVALENCE, AND COMORBIDITY WITH SUBSTANCE DEPENDENCE DISORDERS. *Journal of personality disorders*. 2010;24(4):412–426.
- 29. Anderson NE, Kiehl KA. Psychopathy: Developmental Perspectives and their Implications for Treatment. *Restorative neurology and neuroscience*. 2014;32(1):103–117.
- 30. Álvaro-González LC1. The social brain: neurobiological bases of clinical interest. *Rev Neurol*. 2015 Nov 16;61(10):458–70.
- 31. Yang Y, Raine A, Colletti P, Toga AW, Narr KL. Morphological alterations in the prefrontal cortex and the amygdala in unsuccessful psychopaths. *J Abnorm Psychol*. 2010 Aug;119(3):546–54.
- 32. Yang Y, Raine A, Lencz T, et al. Volume reduction in prefrontal gray matter in unsuccessful criminal psychopaths. *Biol Psychiatry* 2005;15(57):1103–8.
- 33. Tiihonen J, Rossi R, Laakso MP, Hodgins S, Testa C, Frisoni GB. Brain anatomy of persistent violent offenders: More rather than less. *Psychiat. Res. Neuroimaging*. 2008; 163(3):201–212.
- 34. Birbaumer N, Viet R, Lotze M, et al. Deficient fear conditioning in psychopathy: a functional magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(7):799–805.
- 35. Shirtcliff EA, Vitacco MJ, Graf AR, Gostisha AJ, Merz JL, Zahn-Waxler C. Neurobiology of Empathy and Callousness: Implications for the Development of Antisocial Behavior. *Behavioral sciences & the law*. 2009;27(2):137–171.
- 36. Buades-Rotger M, Gallardo-Pujol D. The role of the monoamine oxidase A gene in moderating the response to adversity and associated antisocial behavior: a review. *Psychology Research and Behavior Management*. 2014;7: 185–200.
- 37. Glenn AL, Raine A. The Neurobiology of Psychopathy. *Psychiatr Clin N Am* 31 (2008) 463–475.
- 38. van Honk J, Schutter DJ, Hermans EJ, Putman P. Low cortisol levels and the balance between punishment sensitivity and reward dependency. *Neuroreport*. 2003;14(15):1993–1996.
- 39. Cima M, Smeets T, Jelicic M. Self-reported trauma, cortisol levels, and aggression in psychopathic and non-psychopathic prison inmates. *Biological Psychology*. 2008;78(1):75–86.
- 40. Khalifa N, Duggan C, Stoffers J, et al. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010;(8):CD007667. doi:10.1002/14651858.CD007667.
- 41. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention. NICE Clinical Guideline 77. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009
- 42. Hirose S. Effective treatment of aggression and impulsivity in antisocial personality disorder with risperidone. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001 Apr;55(2):161–2.
- 43. Walker C, Thomas J, Allen TS. Treating impulsivity, irritability, and aggression of antisocial personality disorder with quetiapine. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2003 Oct;47(5):556–67.
- 44. Butler T, Schofield PW, Greenberg D, Allnutt SH, Indig D, Carr V, et al. Reducing impulsivity in repeat violent offenders: an open label trial of a selective serotonin reuptake inhibitor. *Aust NZ J Psychiat*. 2010;44:1137–1143.
- 45. Meloy JR, Yakeley J. Antisocial Personality Disorder. En: Gabbard GO, editor. *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2014.
- 46. American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.



# Trastorno de la personalidad narcisista: abordaje en la urgencia

Ezequiel Cortese

## Introducción

Los trastornos de personalidad (TP), fueron descriptos por los manuales DSM (1) (2) como entidades categoriales. Este encuadre sindrómico-categorial, entiende a cada entidad diagnóstica como una constelación de signos y síntomas que conforman un patrón de rasgos, lo suficientemente estable como para ser distinguido de otros, sin solución de continuidad entre estos.

De esta manera, estos manuales diagnósticos, enfatizan los criterios clínicos descriptivos, y no los psicopatológicos, para diseccionar estas entidades discernibles, las cuales a su vez, son validadas por métodos estadístico-matemáticos, siguiendo los principios de la medicina basada en la evidencia.

Prevía a la publicación del DSM-V, se discutía un cambio de perspectiva para diseccionar este apartado de desórdenes, cobrando vigor el enfoque dimensional. El mismo se erigía como modelo alternativo, auspicioso a la hora de resolver las anomalías del enfoque anterior. Se endilgaba como falencias del diagnóstico categorial de los trastornos de la personalidad (TP), el escueto ajuste entre pacientes y prototipos, la superposición de criterios entre diversos TP y trastornos del Eje I, la baja fiabilidad

temporal (estabilidad) y entre evaluadores, la pobre validez diagnóstica, y la poca utilidad para el tratamiento (3).

Justamente, la perspectiva dimensional debería resolver estas anomalías, reinterpretando las comorbilidades como desajustes en dimensiones clínicas compartidas, focalizando mejor el estudio de la etiopatogenia y el desarrollo de terapias de acuerdo con el dominio afecto. Asimismo, un efecto de esta postura redundaría en una mejora en las medidas psicométricas de validez y de fiabilidad interobservador.

Transitando este sendero, se construía el modelo alternativo, el cual iba ganando consenso. El mismo, en rigor de verdad, era un modelo híbrido, en donde a partir de un determinado patrón de dominios y de rasgos (ver cuadro 1), se podían discernir 5 categorías diagnósticas (4). Las propuestas eran el desorden antisocial/psicopático, límite, evitativo, obsesivo-compulsivo, y esquizotípico, definidos dimensionalmente. A su vez, estas dimensiones con sus rasgos, eran determinados a partir de escalas, cuestionarios y otras pruebas psicométricas que aseguran la objetividad, es decir, facilitaban la obtención de información y datos del paciente, sin el paciente<sup>1</sup>.

1. Como se aprecia, no se trata más que de la exacerbación de la lógica subyacente a los manuales diagnósticos, llegando al pináculo del manual del operario, en donde el acto diagnóstico prescinde de la subjetividad del paciente y del evaluador, por lo que el mismo en un futuro bien podría establecerlo un ordenador. Los abordajes que consideran la subjetividad, entendida como la diacronía de sentido psíquico construido a partir de las contingencias vividas, producto de la experimentación del semejante, la cultura y el mundo en general, son escindidos, encontrándonos con un paciente y un examinador a-histórico, sin subjetividad, creando la ilusión de que hay una entidad diagnóstica ontológicamente fundamentada por fuera del entre dos que en realidad la cimienta.

De esta manera, por ejemplo, el trastorno antisocial consistía en los siguientes dominios y rasgos, a saber: antagonismo, con sus rasgos de insensibilidad, agresión, manipulación, hostilidad, engaño, más el narcisismo; desinhibición y sus atributos, irresponsabilidad, imprudencia, e impulsividad [4].

Asimismo, el planteo anterior se completaba con niveles de gravedad en el funcionamiento de estos pacientes, la erradicación del eje 2, en tanto las dimensiones son trans-nosográficas y se le supone un mismo mecanismo etiopatogénico, independientemente si el trastorno es del antiguo eje 1 o 2. A lo anterior se agregaba un cambio fundamental, donde el diagnóstico de TP ya no era dado solamente por el nivel de desadaptación y el malestar generado a sí mismo o a los otros. También se consideraba, la magnitud de los rasgos, que a cierta intensidad adoptaban características

patológicas, sumado al defecto o deterioro en la identidad propia (autoconcepto y auto-control), y/o el fracaso en las relaciones interpersonales con alteraciones específicas en lo referente a la empatía, la intimidad y la cooperación. Además, esta incapacidad debía ser estable en el tiempo y de origen temprano.

Como se puede apreciar, en esta nueva perspectiva, el trastorno narcisista de la personalidad (TNP) se esfumaba, quedando sus rastros desperdigados entre varias dimensiones y rasgos, sin cristalizarse en ninguna categoría discernible. Justamente, este trastorno había sido foco de múltiples críticas pretéritas, que remarcaban sus inconsistencias. Su baja validez interna, la comorbilidad con otros TP como regla más que excepción, y la imposibilidad de recoger entre sus criterios ciertos rasgos que son suyos, defendían la posición por su exclusión.

**CUADRO 1**

**El borrador dimensional del DSM-V**

<b>Dominios de la personalidad</b>	<b>Número de rasgos (total 37)</b>
<b>Emocionalidad negativa</b>	Labilidad emocional, ansiedad, sumisión, inseguridad de separación, pesimismo, baja autoestima, culpa/ vergüenza, autolesiones, depresividad, desconfianza.
<b>Introversión</b>	Retraimiento social, aislamiento social, afectividad restringida, anhedonia, evitación de relaciones íntimas.
<b>Antagonismo</b>	Insensibilidad, manipulación, narcisismo, histrionismo, hostilidad, agresión, negativismo, engaño.
<b>Desinhibición</b>	Impulsividad, desatención, imprudencia, irresponsabilidad.
<b>Compulsividad</b>	Perfeccionismo, perseverancia, rigidez, orden, aversión al riesgo.
<b>Esquizotipia</b>	Percepciones inusuales, creencias inusuales, excentricidad, desregulación, cognitiva, propensión a la disociación.

La anterior postura, sin embargo, no prosperó, conservando el DSM-V el mismo abordaje que su antecesor, persistiendo idénticas definiciones del trastorno general de la personalidad y de sus 10 categorías que lo especifican. Solo se disiparon los hitos que dividían el eje 1 del 2.

De esta manera, el trastorno narcisista de la personalidad (TNP) continua vigente por ahora, con iguales criterios, pero también, con las mismas críticas, las cuales se considerarán en este capítulo, a la hora de establecer el diagnóstico y las formas de presentación habituales durante la urgencia, cuyo conocimiento es indispensable para un manejo adecuado en este marco.

## El concepto de personalidad

Se trata de una noción amplia, de la cual se brindaron diferentes definiciones desde diferentes perspectivas teóricas.

A los fines didácticos y en consonancia con lo afirmado por el DSM-IV y V, se la concibe como un patrón en la manera de ser y actuar, involucrando una colección de rasgos dotados de una estabilidad en el tiempo significativa. Estos rasgos a su vez, dan cuenta de las formas de percibir, pensar y actuar en lo referente a las distintas dimensiones de la existencia, ya sea la del mundo, de uno mismo, del propio cuerpo, del semejante y la perteneciente a los valores sociales.

En resumen, estos rasgos determinados sobre diferentes tópicos constituyen una regularidad, puesto que se repiten con cierta constancia en el tiempo, de una manera casi idéntica, lo que también permite predecir aproximadamente como se expresarán las producciones de esa personalidad en el futuro, contribuyendo todo esto a una definición específica para cada una de estas. Se resalta entonces este aspecto temporal, la persistencia en el tiempo más o menos idéntica a sí, y otro cualitativo, que posibilita la distinción entre personalidades.

Cabe agregar, que esos calificadores de una personalidad son particulares, entendiendo a lo particular como un caso de lo general, y por ende, representando un conocimiento que describe a esa unidad de análisis, o caso, bajo la luz de la categoría universal a la que pertenece<sup>2</sup>. En cambio, el concepto de personalidad no abarca aquellos aspectos singulares, puesto que los mismos implican aquellas manifestaciones propias de cada individuo y no compartidas con los demás. Con esto se resalta, que más allá del afán clasificatorio que esta colección de trastornos implica, se encuentra ese atributo impredecible que hace a la singularidad, el cual esta forjado en las contingencias que le tocó vivir a cada quien en la vida, distintas de los otros, y que es menester considerar<sup>3</sup>.

2. Para aclarar: la información con la que se describe a un individuo particular es el aspecto universal que este contiene, es decir, una información generalizable que se aplica a todos los especímenes de la misma clase, siendo de este tipo los datos que constituyen cada trastorno de personalidad.

3. De cada individuo podemos esperar cierta forma de percibir, interpretar y actuar frente a distintos tópicos, tal cual lo describe la categoría universal del trastorno de personalidad al que pertenece; sin embargo, no se debe soslayar que ese conocimiento no agota la comprensión del cuadro, en tanto lo anterior es una operatoria que excluye lo singular, aspecto que también debe ser tenido en cuenta para un abordaje integral de esta problemática.



### Definición general de trastorno de personalidad

Los trastornos de personalidad se caracterizan en tanto sus rasgos reúnen una serie de condiciones, como lo muestra el cuadro 2. Los mismos se aplican a toda categoría diagnóstica, siendo, por lo tanto, generales y condición necesaria para hablar de un desorden en este ámbito.

Este prototipo general de desorden de la personalidad, involucra una estructura descriptiva que consta de una serie de criterios que deben cumplirse en su totalidad, cada uno circunscripto a un tipo de información necesaria para el diagnóstico. El criterio A reúne los rasgos clínicos, y el número mínimo de estos para cumplirse, según las reglas políticas. El cuadro 3, ilustra las anteriores consideraciones.

### Trastorno de personalidad narcisista

La validez del trastorno narcisista siempre estuvo sobre el tapete. Aun continúan las discusiones sobre sus límites y estabilidad en el tiempo, además del paradigma en el que ha de fundarse su definición, sea

este descriptivo-empírico o psicopatológico, así como también si conviene la definición dimensional o categorial, sin dejar de lado, si adoptamos esta última, cuál ha de ser su extensión.

Con respecto a la perspectiva desde donde brotan los ordenadores diagnósticos, es necesario remarcar la distinción entre la utilización de criterios psicopatológicos, muy en especial el abordaje psicodinámico, del clínico descriptivo, enmarcado en los cánones empírico-estadísticos de la medicina basada en la evidencia.

Esta posición psicopatológica, interpreta que la manera de captar lo esencial de este desorden, y así, mejorar los procesos diagnósticos y terapéuticos, es adoptar una mirada teórica que de cuenta de la estructura psíquica y sus mecanismos que explican la signo-sintomatología en cuestión. Justamente esta disposición permite reducir la multiplicidad fenoménica, con los supuestos subtipos del desorden, a un criterio común.

Las posturas psicodinámicas actuales,

CUADRO 2

#### Rasgos generales de los trastornos de personalidad según el DSM-V

<b>Desadaptación</b>	En tanto causan malestar subjetivo, deterioro en el área funcional (en los rendimientos académicos, sociales, etc.), y generan además malestar en el entorno; apartándose de las expectativas que una cultura deposita en sus integrantes.
<b>Inflexibilidad</b>	Difícilmente se modifican, repitiéndose en el tiempo a pesar de las consecuencias negativas que pueden generar. También, se expresan en una amplia gama de contextos sociales sin adaptarse a los mismos.
<b>Estabilidad temporal</b>	Persistencia de su expresión a lo largo de la vida.
<b>Inicio temprano</b>	Es decir, aparecen en la adolescencia o principios de la edad adulta.

orientadas por este sendero y herederas de los trabajos de Freud y los posfreudianos de la escuela inglesa de relaciones objetales y del YO norteamericana hacen hincapié en una definición, en donde el trastorno narcisista es uno de los semblantes que puede adoptar la defensa frente a un vacío constitutivo.

Más allá de las diferencias entre las posturas de Kernberg o de Kohut, la infatuación del yo revela una falta básica en la estructura, que el primero menciona como organización *borderline*, y el segundo como patologías narcisistas (5) (6). En estos autores no hay una concordancia exacta de estos dos conceptos con el trastorno narcisista de la personalidad (TNP), siendo este tan solo una de sus expresiones. Por ejemplo, el concepto de narcisismo maligno de

Kernberg involucra a pacientes con TNP, pero también a otros con trastorno antisocial, siendo la organización psíquica escindida el denominador común, que a su vez comparten con la mayoría de los *borderline* (5). En Kohut, las patologías narcisistas corresponden en gran medida a los *borderline* e incluye algunos TNP (5).

Asimismo, esta perspectiva explica la diversidad fenoménica con sus subtipos, como se mencionó, reduciéndola a un denominador común, pasando a formar parte de un mismo constructo. De esta manera, se incluyen aquellos narcisistas que persisten en la existencia con una imagen grandiosa de sí imperturbable, con otros, que sucumben fácilmente en la lucha por la vida, expresándose con mayor asiduidad la cara vulnerable. Algunos, para

**CUADRO 3**

**La estructura del trastorno general de la personalidad según el DSM-V**

<p><b>Criterio A:</b> agrupa manifestaciones clínicas de diferentes áreas, debiéndose cumplir una serie de ítems de al menos dos de las mismas. Estas últimas corresponden a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dimensión cognoscitiva: son signos y síntomas que dan cuenta del tipo de pensamientos y esquemas cognitivos que ostentan los diferentes TP.</li><li>- Dimensión afectiva.</li><li>- Dimensión actividad interpersonal: incluyendo los estilos de interacción social.</li><li>- La dimensión impulsividad: es decir, las manifestaciones que dan cuenta de una falla en su control.</li></ul>
<p><b>Criterio B:</b> indica que las manifestaciones anteriores conforman un patrón persistente e inflexible que se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p>
<p><b>Criterio C:</b> señala el deterioro socio-laboral y el malestar clínico significativo que genera esta constelación de manifestaciones.</p>
<p><b>Criterio D:</b> subraya el carácter estable y de larga duración de este patrón, con un inicio marcado por la adolescencia o la adultez temprana.</p>
<p><b>Criterio E y F:</b> son de exclusión; fundamentalmente de otros trastornos psiquiátricos, de efectos de tóxicos de diferentes sustancias psicoactivas y de enfermedades médicas.</p>

mantener a raya el sentimiento de vacío e inconsistencia del SELF, definitorio, logran su cometido desplegando estrategias de afrontamiento adicionales a la fantástica, que insufla inusitadamente la autoimagen, como lo son la psicopática, o la histriónico-exhibicionista, hasta las del orden paranoide, en donde se proyecta la culpa en el semejante y se le imputan intenciones de perjuicio contra su persona.

No obstante, su mejor poder explicativo, la importancia de este último abordaje es vislumbrar el hecho de que la mayoría de los TNP que se encuentran en una condición de urgencia, arriban a esta situación cuando por las contingencias de la vida no pueden sostener esa imagen grandiosa, e infatuada de su yo.

Esto último, el colapso de la imagen de sí, será más fácil en aquellos con estructuras más débiles, es decir, dotados de una organización psíquica escindida, en términos de Kernberg. Es en estos momentos donde afloran los sentimientos de vulnerabilidad, la baja autoestima, la vergüenza y la ineptitud, montados en el terreno de una distimia depresiva, o ansiosa, o ambas. Asimismo, irrumpen comportamientos autolesivos, autolíticos, y hasta homicidas<sup>4</sup>. En estos casos, la estructura escindida es semejante al *borderline*, solo que en este, el punto de vulnerabilidad a través del cual se produce la descompensación del cuadro es el abandono real de la persona con la cual se estableció esa relación de dependencia conflictiva, mientras que en el narcisista patológico es el colapso de la imagen

infatuada de sí, sin la cual no hay más que vacío.

Por otro lado, se encuentra la postura clínico-descriptiva, la cual actualmente defiende un sistema de clasificación categorial, siendo el TNP como el resto, una colección regular de rasgos objetivos y mensurables, como se señaló, validado por el método estadístico.

En el seno de esta perspectiva, también está instalada la controversia. La misma surge entre quienes quieren adoptar un modelo dimensional, que como se indicó no fue considerado en el DSM-V finalmente, en vez de categorial, puesto que entienden que es el modo de clasificar que más se ajusta a la realidad de la experiencia clínica.

Ya dentro de la concepción categorial, los miramientos se refieren al grado de extensión de los criterios diagnósticos de la categoría narcisista y a las redefiniciones de algunos de estos ya existentes.

Existe evidencia creciente de que la cara vulnerabilidad es constitutiva del trastorno y no una posible complicación de la evolución del mismo, reactiva a las desventuras que le presenta la vida al paciente. De esta manera, los criterios del TNP según los DSM son insuficientes, dificultando el proceso diagnóstico, pronóstico y terapéutico. Es necesario adicionar las manifestaciones de esta faceta que puede adoptar el paciente narcisista, ya sea como un estado o como un subtipo-rasgo. El ánimo bajo, la baja autoestima, el antagonismo, la oposición, y el psicoticismo, en el contexto de un colapso de la imagen infatuada de sí, dan

---

4. Pensar en algunos feminicidas, que aniquilan a sus parejas ante el abandono, no pudiendo tolerar la afrenta a su imagen y el daño a su autoestima u honrría.

cuenta de este aspecto (11) (12).

También es necesario redefinir algunos criterios existentes, como por ejemplo, la carencia de empatía, en donde en realidad es el aspecto emocional el que está comprometido, pero no el cognitivo, captando racionalmente de manera adecuada la desconsideración e indiferencia, así como también lo moralmente bueno o malo (25).

Como queda claro, el panorama anterior muestra la complejidad y en cierta manera la arbitrariedad detrás de la definición del TNP, sumado a la necesidad de nuevos estudios tendientes a clarificar el panorama.

## Clínica

Los rasgos esenciales de este trastorno, según la definición canónica del manual DSM-V, reposan en 3 columnas principales (1) (2) (7). Estas son la alta valoración de sí mismos, la necesidad de despertar admiración, y la falta de empatía. El cuadro 4 señala los criterios diagnósticos categoriales del DSM-V que reproducen los del DSM-IV, mientras que el cuadro 5 recolecta los principales descriptores de los tres pilares clínicos antes mencionados.

### CUADRO 4

#### Criterios diagnósticos del trastorno narcisista de la personalidad según el DSM-V

##### Trastorno narcisista de la personalidad (DSM-V)

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.
3. Cree que es "especial" y único, y que solo pueden comprenderle o solo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).
6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que estos sienten envidia de él.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes de superioridad.

Las anteriores manifestaciones, si bien constitutivas del TNP, no parecen agotar las propias de la totalidad del cuadro. Justamente, este último punto es el blanco de las principales críticas que comenzaron a arreciar en los últimos años.

Varios estudios señalan que la definición del DSM 4 y 5 es incompleta, obviando el polo vulnerabilidad del desorden a expensas de la dimensión grandiosidad [8], [9], [10], [11], [12]. Reconocer este aspecto es de vital importancia para el adecuado abor-

daje en la urgencia de este trastorno, puesto que es bajo esta modalidad que los narcisistas acceden a la consulta con profesionales de la salud mental, así como también esta faceta puede alcanzar un riesgo que amerite el proceder urgente, que puede desembocar en una internación.

Este aspecto, ya sea reconocido como el colapso de las defensas y estrategias de afrontamiento del paciente que no pueden sostener la imagen onnipotente del yo, o como un subtipo del TNP, diferente del

**CUADRO 5**

**Los tres rasgos principales del TNP, con sus descripciones**

Alta valoración de sí mismos	Necesidad de despertar admiración	Falta de empatía
<ul style="list-style-type: none"><li>- Estos pacientes se consideran únicos, especiales, perfectos y superiores al resto.</li><li>- Se muestran jactanciosos y orgullosos de sí.</li><li>- Exageran sus cualidades y atributos frente a los demás, a través de la mentira.</li><li>- Consideran que poseen prerrogativas, exigiendo un trato diferencial.</li><li>- Piensan que solo pueden relacionarse, o se relacionan, con personas distinguidas, de alta alcurnia, o de estatus social elevado.</li><li>- Interpretan que deben recibir favores especiales sin retribución, ni responsabilidad recíproca.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Búsqueda desmesurada de atención dirigida a cosechar elogios, despertar halagos y recibir admiración, por parte de los otros, haciendo gala de un gran encanto, o a través de la fabulación.</li><li>- Por lo general envidian las condiciones ajenas, tratándolas de ningunear y negar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Por lo general son desconsiderados para con los sentimientos, necesidades y deseos de los otros.</li><li>- A veces, franca conducta manipuladora y explotadora, con cariz antisocial, y a los fines de obtener admiración ajena o para explicitar su superioridad.</li><li>- A menudo, y como consecuencia de su postura poco empática, infatuada, desdeñosa y denigrante para con el otro; estos individuos despiertan una recíproca actitud distante.</li></ul>

grandioso, es señalado por trabajos recientes. Estos últimos, hacen foco en el análisis de los pacientes narcisistas internados (11), o realizan una pormenorizada elaboración estadística que estudia la estructura factorial de los rasgos de estos, en el ámbito ambulatorio (13).

Esta cara vulnerable reúne sentimientos de ineptitud, inferioridad, soledad, y vergüenza, acompañados de estados de angustia y depresión frecuentes matizados por expresiones de ira. Asimismo, el funcionamiento adaptativo global es más bajo que su contrapartida grandiosa (13), siendo la ideación y los intentos suicidas asiduos junto con el mayor consumo de estupefacientes (11).

Por ejemplo, la vergüenza fue considerada un rasgo de la personalidad narcisista en el DSM-III, para luego ser removido en el DSM-IV (13). Estudios recientes señalan que los pacientes con TNP tienen mayor propensión a padecer vergüenza, de ostentarla explícitamente, así como también tener altos niveles de vergüenza implícita (14).

Se agregan expresiones que remedan aquellas del espectro *borderline*, como el sentimiento de vacío, de desamparo, la baja autoestima, a lo que se suma la evitación social (9). En este contexto de vulnerabilidad, pueden ocurrir micro-episodios psicóticos, en especial delirios interpretativos auto-referenciales y persecutorios.

Cabe agregar que esta cara de vulnerabilidad involucra una descompensación, reactiva a situaciones vividas, encontrándose como principal desencadenante el cuestionamiento a la imagen prepotente del Yo.

Uno de los estudios más significativos para redefinir el TNP fue encarado por

Russ y colaboradores (2008) (13), en donde a través de un análisis estadístico, se intentó validar los rasgos más característicos y distintivos del desorden, además de establecer subtipos. Para ello se reclutaron informes de profesionales experimentados sobre pacientes con trastornos de personalidad. A los mismos se los evaluaba a través de la escala SWAP-II, una lista de chequeo con los ítems constitutivos de los trastornos de personalidad del DSM-IV, similar a las entrevistas estructuradas, y un constructo que solicita la opinión de los terapeutas sobre el grado en que un paciente cuadra con el diagnóstico de TNP, de acuerdo con una escala de Likert. Así, se reclutaron 111 pacientes con TNP que cumplían con sus criterios de acuerdo con la lista de chequeo y el constructo.

Con un análisis estadístico se pudo determinar qué rasgos eran característicos del TNP, de acuerdo con la frecuencia con la que aparecían en los casos, pero también cuáles eran distintivos, es decir, cuáles eran casi específicos del TNP y que no estaban presentes o lo estaban en muy baja expresión, en el resto de los trastornos de la personalidad (TP). El cuadro 6 señala los anteriores datos.

Por último, los datos fueron tratados con metodología Q, que permite agrupar a personas de acuerdo con la afinidad de rasgos que poseen. Por este sendero, se pudieron discernir tres subtipos de trastorno narcisista con determinadas cualidades sobresalientes, y que también se distinguían por el tipo de relación establecida con variables externas, como lo son las comorbilidades. El cuadro 7 muestra los tres principales subtipos.

**CUADRO 6**

**Rasgos característicos y distintivos del TNP según el trabajo de Russ y col. (13)**

Rasgos característicos y distintivos	Rasgos característicos, pero no distintivos	Rasgos distintivos, pero no característicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exagerada sensación de auto-importancia (por ejemplo, se siente especial, superior, grandioso o envidiado).</li> <li>- Exigencia de privilegios y de trato preferencial.</li> <li>- Actitud crítica con los demás.</li> <li>- Tendencia a entablar luchas de poder.</li> <li>- Externalización de culpas, deficiencias y fracasos, no aceptando la responsabilidad por su propia conducta o elecciones.</li> <li>- Tendencia a ejercer control sobre el otro.</li> <li>- Disposición manipuladora.</li> <li>- Actitud despectiva, altiva, o arrogante.</li> <li>- Carencia de empatía.</li> <li>- Búsqueda del centro de atención.</li> <li>- Tiende a ser competitivo con otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendencia al ánimo molesto u hostil.</li> <li>- Buen rendimiento discursivo.</li> <li>- Reacciones extremas ante las desilusiones o críticas percibidas (puede reaccionar con rabia, humillación, etc.).</li> <li>- Tendencia a sentirse incomprendido, maltratado o victimizado.</li> <li>- Disposición a ser rencoroso.</li> <li>- Sentimiento de temor a ser rechazado o abandonado.</li> <li>- Tendencia al desánimo y la tristeza.</li> <li>- Carece de amistades y relaciones cercanas.</li> <li>- Tendencia a emociones fuera de control, lo que lleva a extremos de ansiedad, tristeza, rabia, etc.</li> <li>- Dificultad para percibir las cualidades positivas y negativas en la misma persona, al mismo tiempo (por ejemplo, puede ver a otros en términos extremistas.)</li> <li>- Tendencia al ánimo ansioso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendencia a tratar a los demás principalmente como una audiencia, ante la cual exhibir su propia belleza, importancia, brillantez, etc.</li> <li>- Propensión a creer que solo puede ser apreciado por, o solo debe relacionarse con personas de alto estatus, o de otra manera especiales.</li> <li>- Fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza, talento, brillantez, etc.</li> <li>- Tendencia a explotar y aprovecharse de los otros.</li> <li>- Poco o ningún remordimiento por daño causado a otros.</li> <li>- Tendencia a buscar poder, o a influenciar sobre otros (ya sea de manera beneficiosa o destructiva).</li> <li>- Aversión o animosidad contra otros.</li> <li>- Disposición a dominar al otro significativo a través de violencia o intimidación.</li> <li>- Emocionalmente intrusivo (por ejemplo, no respeta las necesidades, autonomía, o la privacidad, de otros.).</li> <li>- Negligencia temeraria por los derechos, la propiedad, o la seguridad de los demás.</li> <li>- Tendencia al opocisionismo.</li> </ul>

## CUADRO 7

## Los subtipos del TNP, según el estudio de Russ y col. (13)

Subtipos de TNP	Maligno/grandioso	Frágil/vulnerable	Exhibicionista/de alto rendimiento
<b>Rasgos típico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoimagen grandiosa y sobrevalorados.</li> <li>- Iracundos.</li> <li>- Manipuladores.</li> <li>- Búsqueda del poder y el control en las relaciones interpersonales.</li> <li>- Ausencia de remordimientos.</li> <li>- Creen tener prerrogativas sobre el resto.</li> <li>- Ausencia de <i>insight</i> y tendencia a culpar a los demás de sus fracasos.</li> <li>- Ausencia de sentimientos de ineptitud y de emociones negativas a excepción de la ira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inestabilidad en la autoimagen, del polo grandioso al vulnerable.</li> <li>- Cuando funcionan en modo grandioso, sensación de tener privilegios y de ser importante.</li> <li>- Frecuentes sentimientos de ineptitud, inferioridad, soledad, y vergüenza.</li> <li>- Angustia y depresión frecuentes. También la ira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoimagen grandiosa y Exagerado sentido de su propia importancia.</li> <li>- Competitivos.</li> <li>- Necesidad de despertar admiración, y búsqueda de atención.</li> <li>- Seductores.</li> <li>- Fortalezas: suelen ser interpersonalmente agradables, extrovertidos, enérgicos, emprendedores y orientados al éxito, regidos por el afán de recibir gratificaciones narcisistas.</li> </ul>
<b>Nivel de funcionamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intermedio.</li> <li>- Frecuentes inconvenientes con la ley.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo: es el subtipo con peor funcionamiento adaptativo global.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto: Frecuentes logros y éxitos.</li> </ul>
<b>Defensas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoimagen grandiosa primaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoimagen grandiosa secundaria y defensiva, ante la baja autoestima constitucional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoimagen grandiosa primaria.</li> </ul>
<b>Comorbilidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno antisocial de la personalidad.</li> <li>- Abuso de sustancias y conductas disruptivas (por ejemplo, violencia de género).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno <i>borderline</i> de la personalidad, dependiente y evitativo.</li> <li>- Trastornos depresivos y de ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja comorbilidad psiquiátrica.</li> </ul>
<b>Pronóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peor pronóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intermedio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejor pronóstico.</li> </ul>
<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfactorio, dada la ausencia de <i>insight</i>, empatía y la tendencia a manipular.</li> <li>- Infrecuente que soliciten tratamiento psicológico y psiquiátrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Éxito intermedio. Los pacientes necesitan tratamiento de apoyo en sus estados de vulnerabilidad<sup>5</sup>.</li> <li>- Apunta a indagar empáticamente en la angustia, baja autoestima e inseguridad.</li> <li>- Frecuente tratamiento psicológico y psiquiátrico por comorbilidad y descompensaciones.</li> <li>- Forma más común en pacientes con TNP internados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raro el inicio de tratamiento psicológico y psiquiátrico.</li> <li>- Se beneficia de un abordaje basado en el <i>insight</i> y en las interpretaciones (que el paciente pueda captar como la postura narcisista imposibilita relaciones más profundas con el semejante).</li> </ul>

5. Evitando el recurso de la autoafirmación narcisista y la degradación del otro para alimentarla, tan característico.



## CUADRO 8

## Dominios comprometidos en el TNP

Área	Características
<b>Autoimagen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grandiosa.</li> <li>- Existen subtipos donde se encuentra en fluctuación con una autoimagen desvalorada y vulnerable. En pacientes internados: autoestima baja, explícita, no solamente implícita (11).</li> </ul>
<b>Afectividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Despreocupados y optimistas, existiendo subtipos con tendencia a la hipertimia (exhibicionista / alto rendimiento).</li> <li>- Indiferentes con tendencia a la irascibilidad (grandioso-maligno).</li> <li>- Ante la descompensación, son más frecuentes los episodios depresivos, con características propias, y las manifestaciones de angustia.</li> <li>- Propensión a la vergüenza y a sentirse humillados, en especial, en pacientes del tipo frágil-vulnerable.</li> <li>- Lo fundamental a este respecto, para todos los pacientes; es que la vida emocional refleja las fluctuaciones en la autoestima.</li> </ul>
<b>Conducta y relaciones interpersonales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrogante, con actitud pretenciosa y altanera. Exhibicionistas, saben desplegar encanto superficial para despertar admiración (subtipo exhibicionista-alto rendimiento).</li> <li>- Indiferentes, insensibles, carente de empatía, y manipuladores (subtipo grandioso-maligno).</li> <li>- Suelen ser mentirosos interpersonalmente, con tal de mostrar una imagen de sí elevada.</li> <li>- Ante frustraciones o situaciones en las que se ve amenazada su imagen infatuada, pueden volcarse al polo vulnerable. En algunos casos con mayor frecuencia y facilidad se ubican en esta cara (subtipo frágil-vulnerable).</li> </ul>
<b>Estilo cognitivo</b>	- Expansivo, con fantasías inmaduras e ilimitadas de éxito, belleza, fama, o poder.
<b>Prevalencia</b>	- Prevalencia del 1%, a predominancia del sexo masculino (70%). (1)
<b>Descompensación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuadros depresivos: anhedonia, apatía, sentimientos de inadecuación, humillación, vergüenza, vacío, y soledad. Raros sentimientos de culpa y de inutilidad, con ánimo triste. Riesgo suicida considerable (con mayor frecuencia el subtipo frágil-vulnerable).</li> <li>- Manifestaciones de angustia.</li> <li>- Micro-episodios psicóticos de tipo paranoide (más frecuente en el tipo grandioso-maligno).</li> </ul>
<b>Tipo de transferencia</b>	- Irascible / privilegiada (17).
<b>Mecanismos defensivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Racionalización: con el objeto de esconder inconsistencias en su autoimagen, o para no confrontar con sus conductas insensibles (15).</li> <li>- Fantasía: para alimentar su sentido de alta valía y la imagen de su yo grandioso (15).</li> </ul>
<b>Evolución</b>	- Tasa de remisión a dos años en pacientes tratados, del 53% <sup>6</sup> (9) (26).
<b>Antecedentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperamento: en algunos tipos es frecuente la disposición hipertímica.</li> <li>- Trastornos mentales en la familia: es frecuente observar familiares con trastornos de personalidad del tipo antisocial, histriónico y <i>borderline</i>.</li> <li>- Tipo de crianza: es frecuente observar dos patrones extremos de cuidado, la sobrevaloración parental, o la privación emocional parental<sup>7</sup>.</li> <li>- Biografía con dificultades en las relaciones interpersonales.</li> </ul>

6. En los estudios (9) que muestran prevalencia y estabilidad a largo plazo, dos años en promedio, se observó una tasa de remisión de los criterios diagnósticos del TNP según DSM-IV, moderada que se acercaba al 53 %. Algunos rasgos se mantenían más estables, como la carencia de empatía, mientras que otros son francamente inestables, como el creerse únicos, o las fantasías exacerbadas de grandeza.

7. Padres que adularon al futuro narcisista, haciéndole ver que su imagen colmaba sus expectativas, impidiéndose de esta manera, la expresión y el reconocimiento de defectos, con la consiguiente aceptación y tolerancia (15). Otra perspectiva, coincidente con la psicodinámica, que contraría la anterior postura, señalando más bien una crianza con negligencias e indiferencia afectiva, siendo la construcción narcisista reactiva ante el rechazo (16).

Los autores señalan que esta clasificación en subtipos se superpone con el manual de psiquiatría psicodinámica de la *task force*, correspondiéndose con la forma grandiosa y la vulnerable, las dos primeras y la tercera con las modalidades de presentación más compensadas.

Es interesante analizar tal división en términos contra-transferenciales, siendo el subtipo grandioso más cercano al ámbito psicopático, habitualmente antisocial, en donde la transferencia establecida con el terapeuta implicará un intento de imposición de la propia voluntad, sin reconocimiento de la subjetividad de este último, intentando manipular y controlar el obrar del mismo en todo momento, sin empatía, culpa, ni reciprocidad (17).

Para la forma vulnerable, con su oscilación entre el polo grandioso y el devaluado, la dinámica se acerca más a las organizaciones escindidas de la personalidad de tipo *borderline*. Mientras que la forma más adaptada, presenta una semejanza con los hipértimicos, y aquellos con rasgos histriónicos marcados.

Otro estudio significativo (9), en donde se investigó sobre la estabilidad de los rasgos narcisistas en el lapso de dos años, concluyó que los rasgos más importantes y permanentes fueron la necesidad de admiración/búsqueda de atención, la grandiosidad, que incluye el sentimiento de creerse especial y la arrogancia.

## Diagnóstico

Con el objeto de introducir un orden en el proceso diagnóstico, intentando así coagular diferentes aportes provenientes de perspectivas disimiles, el cuadro 8 recoge

los principales indicadores diagnósticos divididos según áreas a considerar.

Para el diagnóstico es indispensable que este patrón de rasgos sea de inicio en la adolescencia o adultez temprana y se mantenga estable a lo largo del tiempo, ostentando una rigidez a pesar de las consecuencias desfavorables que pueda generar.

Es interesante considerar la variable transferencial a la hora de establecer el diagnóstico de este trastorno y de los restantes también. La personalidad se forja en relación a otro, sea un semejante o la sociedad en su conjunto, moldeándose sus rasgos en esta referencia, sin desconsiderar las disposiciones hereditarias que también intervienen en dicho proceso.

Con la ayuda de la teoría del apego y las neurociencias se está comprendiendo con mayor profundidad como los rasgos de personalidad se forjan en la interacción con el otro, en especial esos otros significativos de la primera infancia, refrendando algunos conceptos del psicoanálisis. De allí, la importancia renovada de esta variable transferencial en el ámbito de la psiquiatría biológica nos permite distinguir diferentes modalidades de funcionamiento psíquico, entendidos como una regularidad en las formas de relacionarse con uno mismo, el propio cuerpo, el otro, la sociedad, y los objetos del mundo. Ese otro, también es el terapeuta con el que se vincula, despertándose a raíz del mismo, estas modalidades, reproduciéndose en la actualidad del espacio de consulta, esos patrones pretéritos y fundantes de la personalidad, que están más bien condenados a actuarse que a meditar y que se expresan, además, como rasgos. Estas modalidades puestas

en acto denuncian determinados tipos de organización psíquica con sus matices, que le son de suyo a diferentes trastornos de personalidad, de allí su importancia sustantiva para el acto diagnóstico.

Un estudio interesante (16) tipifica las transferencias de acuerdo con 5 dimensiones a partir de un análisis factorial de los datos obtenidos con la escala PRQ (*Psychotherapy Relationship Questionnaire*). Esta fue utilizada por terapeutas elegidos al azar y con diferentes orientaciones, para caracterizar la transferencia establecida con una muestra de pacientes. La información

que se obtuvo permitió establecer una correlación alta, entre determinados estilos de transferencia y pacientes que pertenecían a determinados grupos de trastorno de la personalidad. Asimismo, estas dimensiones se correspondieron en gran medida con los estilos de apego del adulto (medidos con la *adult attachment interview*).

Los tipos de transferencia descriptos fueron el ansioso/preocupado, evitativo/indiferente (o con oposición a la dependencia), seguro/comprometido, la forma sexualizada, y la modalidad que nos interesa, la irascible / privilegiada. Los trastornos del anti-

**CUADRO 9**

**Principales características del tipo transferencial irascible/privilegiado**

<b>Descriptor de la dimensión transferencial irascible /privilegiado</b>
- Necesidad excesiva de generar admiración en el terapeuta.
- Comportamiento que denota pretensiones de privilegio.
- Vacilación entre la idealización y devaluación del terapeuta.
- Poca amabilidad en el trato.
- Demanda de excesivo contacto del terapeuta.
- Expresa deseos de que el terapeuta sea un pariente.
- Aburridos.
- Intenta llevar al terapeuta a la confrontación con otras personas allegadas al paciente.
- Necesidad de ser importante para el terapeuta, en oposición a otros pacientes.
- Expresiones sádicas contra el terapeuta.
- Se siente criticado por el terapeuta.
- Despierta actitudes sádicas, sarcásticas, u otro tipo de agresión encubierta por parte del terapeuta.
- Siente que el terapeuta comparte posturas con él/ella.
- Critica el accionar y la idoneidad del terapeuta.
- Sienten que el terapeuta es más parecido a ellos de lo que realmente ocurre, al estilo de gemelos idénticos.
- Se sienten destratados o hasta abusados por el terapeuta.
- Se ven fácilmente absorbidos por los temas de la terapia.
- Es competitivo con el terapeuta.

quo clúster B, en especial los narcisistas, puntuaban alto en los ítems de esta última dimensión, siendo este el tipo de transferencia habitualmente establecido con estos pacientes, independientemente de la orientación teórica del terapeuta [16]. El cuadro 9 recolecta los descriptores más significativos de este estilo.

Como puede apreciarse, los rasgos que caracterizan esta dimensión transferencial indican a un individuo con propensión a la reacción iracunda ante la mínima amenaza o daño de su autoestima, demandando que el terapeuta sea perfectamente responsivo, devolviéndole habitualmente, una idealización o una devaluación de su capacidad y de sus intervenciones. Queda clara la dificultad de realizar intervenciones sin que estas

sean consideradas agravios a la autoestima, siendo la regla las reacciones terapéuticas negativas y las interrupciones de tratamiento de aquellos pocos narcisistas que decidieron iniciarlo.

Por último, es útil poder diferenciar los subtipos de TNP que fueron mencionados, en tanto el riesgo que pueden suponer cada uno es distinto, ameritando abordajes de urgencia igualmente diferentes.

Muy probablemente el subtipo maligno grandioso puntué alto en la escala PCL-R de Hare para medir psicopatía, pudiendo ser de utilidad esta información en tanto el tipo de riesgo en el que se involucran estos pacientes, más factiblemente tenga que ver con terceros, como lo son los actos violentos y de agresividad dirigidos al semejante.

**CUADRO 10**

**Los principales rasgos psicopáticos según la concepción de Cleckley**

Criterios de Cleckley para describir la psicopatía (1941)
1. Encanto externo y notable inteligencia.
2. Inexistencia de alucinaciones y otras manifestaciones de pensamiento irracional.
3. Ausencia de nerviosismo.
4. Indigno de confianza.
5. Mentiras e insinceridad.
6. Falta de sentimientos de culpabilidad y de vergüenza.
7. Conducta antisocial, sin aparente remordimiento.
8. Razonamiento insuficiente y falta de capacidad para aprender de la experiencia vivida.
9. Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.
10. Gran pobreza de reacciones afectivas.
11. Pérdida específica de intuición.
12. Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales.
13. Comportamiento fantástico.
14. Amenazas de suicidio raramente cumplidas.
15. Vida sexual impersonal, trivial y poco integrada.
16. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.

Esto último, máxime si hay comorbilidad con trastorno antisocial de la personalidad.

El cuadro 10 contiene los descriptores de Cleckley, y el cuadro 11 los propios de la escala PCL-R de Hare [28], [29]. Los mismos son considerados a los fines ordenar la indagación diagnóstica, permitiendo captar groseramente los rasgos psicopáticos, muchos de los cuales son propios del subtipo grandioso/ maligno del TNP, tal cual fue descripto, sin que se pretenda tomar esta escala, en tanto es una tarea complicada, prolongada y debe ser ejecutada por un profesional entrenado.

Por otro lado, el subtipo vulnerable se detecta por la clínica, los antecedentes de descompensaciones como las mencionadas, y el registro de tratamientos ambula-

torios e internaciones frecuentes, algo casi inexistente en las otras dos subformas. La importancia de identificar esta variante es que se puede prever un riesgo elevado de conductas del tipo autolesivo o suicida.

Este capítulo se enfocará en el abordaje en la urgencia de esta subcategoría de TNP por ser la que más frecuentemente se haya en situaciones de vulnerabilidad y peligro.

### Diagnóstico diferencial

El otro paso del abordaje del paciente narcisista en la urgencia es poder distinguirlo de otros trastornos de personalidad y desórdenes del eje 1 del DSM-IV. El cuadro 12 menciona los principales diagnósticos diferenciales, lo que no excluye que se presenten en comorbilidad.

**CUADRO 11**

**Los principales descriptores de psicopatía de la escala PCL-R**

<b>Factor 1 (Personalidad)</b>	<b>Factor II (Desviación social)</b>	<b>Ítems adicionales que no pertenecen a los factores</b>
1. Locuacidad/encanto superficial.	3. Necesidad de estimulación.	11. Conducta sexual promiscua.
2. Grandioso sentimiento de autovalía.	9. Estilo de vida parásito.	17. Muchas relaciones maritales breves.
4. Mentira patológica.	10. Escaso autocontrol.	20. Versatilidad delictiva.
5. Manipulador.	12. Precocidad en mala conducta.	
6. Falta de remordimiento /culpa.	13. Sin metas realistas.	
7. Afecto superficial.	14. Impulsividad.	
8. Crueldad/falta de empatía.	15. Irresponsabilidad	
16. No acepta responsabilidad de sus actos	18. Delincuencia juvenil	
	19. Revocación de la libertad condicional.	

### El trastorno antisocial

Es interesante mencionar algunos criterios que permiten distinguir este desorden del tipo antisocial.

La confusión principal que se suscita es que ambos presentan una imagen grandiosa de sí mismos, habitualmente adulando sus cualidades insensibles y sus dotes de embaucador, sumado a su comportamiento manipulador y su actitud poco empática. Sin embargo, allí donde el antisocial procura conseguir provecho material y goce egoísta a través del engaño y la manipulación, el narcisista también utiliza iguales medios solo que con el objeto de capturar la admiración y el aplauso del público, y así nutrir su ya insuflado ego o para demostrar su superioridad. Justamente, debido a esta otra directriz conductual, los narcisistas son más bien, explotadores pasivos, a menudo seduciendo a sus víctimas y suscitando algún encanto al principio, a diferencia de la actitud activa y violenta que explícitamente ostentan la mayoría de los antisociales desde el inicio [15].

Por otro lado, el narcisista no muestra el

patrón de impulsividad, conducta delictiva y agresividad vehemente, patrimonio de los antisociales [1].

De todas maneras, es la dimensión grandiosidad narcisista la que más lo distingue del antisocial [18], y en términos de criterios del DSM-IV, los que tienen mayor valor discriminativo son el 1, 2, 3, 4, 5, y 9 [19].

### Trastorno *borderline*

Este diagnóstico diferencial se plantea frente a la faceta vulnerabilidad del TNP, en donde es común la baja autoestima, los sentimientos de vacío, soledad y desvalimiento. La diferencia se establece, porque estos últimos son transitorios en el TNP, mas allá de que en el subtipo vulnerable se presente con frecuencia.

Los pacientes *borderline* no despliegan de manera permanente la dimensión grandiosidad y su existencia es mucho mas accidentada, siendo una constante la inestabilidad anímica, impulsividad, e intentos suicidas, en disonancia con el TNP.

Otro punto de discrepancia es el tipo de factor desencadenante de la desestabilización

### CUADRO 12

#### Principales diagnósticos diferenciales del TNP

Diagnóstico diferencial
Trastorno de personalidad antisocial.
Trastorno de personalidad <i>borderline</i> .
Trastorno de personalidad histriónico.
Trastorno de personalidad histriónico.
Trastorno bipolar (durante los estados maniacos).
Trastornos depresivo y ansioso (durante las descompensaciones).
Trastornos psicóticos breves (ante micro-episodios psicóticos durante una descompensación).

del desorden. La principal situación precipitante de una descompensación en el paciente *borderline* es el temor a ser abandonado por el otro significativo, mientras que en el TNP, aquella en la que se siente humillado, degradado o desprestigiado, enfrentando al paciente a una imagen de sí alicaída, impotente, o derrotada.

En términos de criterios diagnósticos del TNP, según el DSM-IV, los que tienen mayor valor discriminativo son el 1, 3, 4, 5, 7 y 9 [19].

### Trastorno histriónico de la personalidad

Este, al igual que el antisocial, son los dos trastornos que mayor esfuerzo demandarán del clínico para establecer un diagnóstico diferencial, ya que la comorbilidad es frecuente en muchos casos, mientras que en otros los rasgos compartidos son numerosos, al punto tal que delimitan subtipos en el continente de los TNP.

A los histriónicos también les gusta el reconocimiento, solicitan tributo asiduamente, son exhibicionistas y buscan despertar admiración. Asimismo, algunos narcisistas son seductores y pueden generar un encanto superficial.

Sin embargo, el objetivo es diferente. El histriónico busca ser atendido y amado, mientras que el narcisista está orientado a demostrar su superioridad y su imagen grandiosa, imponiéndosela a menudo al otro. Además, los medios para tal fin son discrepantes, ya que los histriónicos suelen ser cálidos, afectuosos, y están dispuestos a aceptar convenciones y tener cierta reciprocidad, si se les devuelve aprobación y atención; mientras que los narcisistas en todo momento de su *modus operandi*

demuestran un deseo de evitar dependencia de los demás, dando una imagen de sí más bien inexpugnable, de frialdad, e insensibilidad, mostradas como señales de un yo implacable y poderoso, generando en el otro más bien rechazo y alejamiento.

El otro punto disonante es la situación desencadenante de un episodio de descompensación, que en el caso de los histriónicos es el abandono, el desamor o la imposibilidad de acaparar la atención del otro significativo, a diferencia del TNP, como se mencionó.

### Trastorno paranoide de la personalidad

Este desorden puede generar algunas dudas diagnósticas en un principio y transitoriamente, cuando el paciente narcisista se presenta con un micro-episodio psicótico, o con suspicacia e ideas de perjuicio [1] [15].

La diferencia estriba en que estos rasgos no son continuos en los narcisistas, y son desencadenados ante el temor de que queden expuestas sus imperfecciones y defectos, es decir, que se evidencie una autoimagen grandiosa colapsada y humillada ante una situación vivida [1] [15].

### Trastorno bipolar (fase maniaca-hipomaniaca)

En el caso de los episodios maniacos e hipomaniacos es frecuente la presentación de una expansión yoica con incremento de la autoestima, las actitudes arrogantes, la irritabilidad y la confianza, siendo más parecido a los rasgos del TNP, el último estado [1] [15].

La diferencia estriba en el fondo lúdico del desequilibrio maniaco/hipomaniaco, la mayor impulsividad y las conductas disruptivas continuas. Asimismo, el carácter dis-

continuo de esta expansión yoica, en contraposición a la continuidad estable de la grandiosidad narcisista, es otro punto de distinción.

### **Trastornos depresivos unipolares y síntomas de ansiedad**

Aquí el diagnóstico diferencial hace referencia a si se trata de trastornos anímicos en personalidades narcisistas o no. Esta consideración es de suma importancia, ya que el abordaje terapéutico adquiere ciertos matices diferenciales.

Los pacientes narcisistas descompensados, difícilmente muestren sentimientos de inutilidad o culpa, careciendo de ciertas emociones depresivas básicas como la tristeza. En contraste, estos pacientes presentan un humor pesimista y exhiben sentimientos de vacío e inconsistencia, así como indignación y decepción (20). De esta manera se puede entender que el periodo de descompensación implica un estado de desánimo, apatía y anhedonia secundario a la desolación que genera la frustración narcisista, de allí que nada tenga sentido y se experimente a sí mismo como inconsistente y vacío.

En las depresiones unipolares, el sujeto a menudo siente que perdió algo significativo, a su objeto, en cambio, en los narcisistas el sujeto lo que pierde, es más bien, su imagen infatuada. También esta vía casi exclusiva de descompensación, explica los sentimientos de vergüenza y de humillación que acompañan lealmente estos estados de pesimismo y desolación.

Asimismo, son frecuentes los síntomas hipocondríacos, interpretándose como una manera de desviar la preocupación hacia el

cuerpo, en vez de explícitamente dirigirla a su alicaída imagen (15).

### **Trastornos psicóticos**

Las manifestaciones psicóticas que pueden emerger en este terreno tienen el carácter de breves y transitorias, lo cual circumscribe el diagnóstico diferencial a los trastornos psicóticos breves.

En este estado, suelen aparecer interpretaciones delirantes y se exagera el uso de la fantasía reparadora, promoviendo la generación de creencias delirantes.

Como siempre, el desencadenante capital es la vivencia de una situación frustrante que enfrenta al paciente a una imagen devaluada de sí, siendo esta coordinada vivencial más la biografía típica lo que permiten una orientación hacia la consideración diagnóstica de un TNP, descompensado, padeciendo un micro-episodio psicótico.

En este contexto, la desconfianza que genera el semejante, al cual fácilmente se le imputará de una intencionalidad perversa y de una actitud de regodeo al humillar y someter al paciente (15), constituye la atmósfera paranoide de estos micro-episodios, en donde el perjuicio, la persecución y la reivindicación serán los temas habituales.

Cabe agregar que este tipo de pacientes, habitualmente son graves, con rasgos o comorbilidad con trastorno paranoide de la personalidad.

### **Comorbilidad**

La comorbilidad del TNP es semejante al resto de los TP. En estudios tempranos, utilizando criterios diagnósticos del DSM-IV, la comorbilidad con abuso de sustancias era del 12-38%, y con trastorno bipolar del



4-47% (21). También en el ámbito de internación, la asociación es muy alta para trastornos afectivos y abusos de sustancias (22). Estos últimos datos refrendan estudios que medían inversamente la comorbilidad con TNP en pacientes bipolares internados (20%), en contraposición a los que recibían diagnóstico de depresión unipolar, donde el vínculo era ínfimo (23). En referencia al nexo con el trastorno bipolar, este se da principalmente con los estados maníacos, no observándose con frecuencia dicha asociación en pacientes bipolares eutímicos (24).

Son raros los trastornos de ansiedad, no así las borrascas ansiosas en las etapas de descompensación (15).

Como se mencionó, es frecuente la comorbilidad con trastorno de la personalidad antisocial, e histriónico, y en menor medida paranoide (1) (15).

### Abordaje terapéutico en la urgencia

El abordaje terapéutico en la urgencia de los pacientes con TNP se produce fundamentalmente cuando se intensifica la cara vulnerable. En realidad, el proceder de la urgencia se aplica a los cuadros depresivos con ideación auto-lítica, o heteroagresiva, y frente a los micro-episodios psicóticos que pueden padecer algunos subtipos predispuestos. Por tal razón, se remite al lector a los capítulos del manejo del paciente suicida, o con excitación psicomotriz y heteroagresividad, y, por último, con descompensación psicótica aguda. En los mismos se detalla la necesidad, según los casos, de un seguimiento ambulatorio más exhaustivo, si existe contención, o la internación domiciliaria, o en última instancia, la internación psiquiátrica.

Se resalta la importancia de poder establecer una correspondencia entre estas reacciones depresivas, exaltadas, o psicóticas, con el agente desencadenante, casi patognomónico de esta entidad diagnóstica, que son las situaciones vividas que frustran las intenciones narcisistas del paciente y que representan una amenaza seria a su autoestima. En algunos casos, puede ser la consideración del paciente de su situación de soledad y la imposibilidad de poder establecer un lazo de amor genuino con el otro, en donde no se lo utilice a este último como un alimento de su imagen de sí grandiosa.

Una vez estabilizado el cuadro, el paciente deberá continuar tratamiento psiquiátrico, para la profilaxis de cuadros depresivos o episodios psicóticos breves, y por sobre todas las cosas, el inicio del tratamiento psicoterapéutico.

El uso de psicofármacos será sintomático, no existiendo indicaciones específicas (26).

Con respecto al abordaje psicoterapéutico, las terapias validadas para este desorden son la terapia basada en esquemas, la terapia focalizada en la transferencia, la terapia cognitivo conductual, la terapia basada en la mentalización, y la terapia psicológica basada en el SELF (9). También hay indicios favorables para la terapia familiar y de pareja, terapias psicodinámicas, DBT (*dialectic behavior therapy*) modificada (26), y la terapia metacognitiva interpersonal (27).

### Conclusiones

Las anteriores consideraciones nos enfrentan a un trastorno narcisista insuficientemente definido, con un contenido parcial y un continente que no permite un

adecuado discernimiento del resto de los desórdenes. Posiblemente, esto se deba al hecho de que el terreno que circunvala el TNP es heterogéneo, encontrándose diversas condiciones para las cuales aún no hay un consenso que permita disecarlas finamente.

No obstante, es posible resaltar determinadas cuestiones, independientemente de la postura con la cual se observe a este desorden.

Es sumamente importante para el diagnóstico la experiencia y la transferencia con los pacientes narcisistas.

Siguiendo estas enseñanzas, el verdadero narcisista se encuentra tan férreamente identificado a este reflejo grandioso de sí, que pasa a inscribirse esta disposición existencial como una condena.

Condena, por la aporía que significa, en tanto el espejo en el cual ve su imagen infatuada, omnipotente e independiente, es la mirada del otro, sea este un semejante o la sociedad en su conjunto, determinando una dependencia absoluta que contradice esos aires de autosuficiencia. De esta forma, el narcisista es un auténtico dependiente, no siendo nada en sí mismo sin ese otro que le sostiene esa imagen y al que a la vez necesita degradar para resaltar su auto-valía. La consecuencia es que el otro huye en ciertas ocasiones, condenando al narcisista, al no haber espejo, a enfrentarse con su existencia inauténtica.

O es un condenado porque esa imagen de sí grandiosa es virtual y discontinua, determinando que pueda fácilmente esfumarse, obligando al narcisista a vincularse con el afuera al servicio de su imagen, no pudiendo establecer un vínculo profundo, que es el que da una mayor consistencia al sujeto.

A tal punto llega esta vocación por sostener su autoimagen espléndida, que terminará sacrificando la realidad, con la fantasía y la mentira, y en algunos casos con un delirio transitorio.

La pregunta que se suscita es clara, si este culto a la imagen de sí grandiosa es tan rígido y persistente al extremo de ser el *leitmotiv* existencial, no es acaso porque sirve de prótesis de un pilar enclenque, que determina un lugar inconsistente en el cual se sostiene un sujeto inerte.

Como se puede apreciar, los enfoques psicodinámicos, son de una ayuda irrenunciable para entender de qué se trata este trastorno, muy en especial su cara vulnerable que trata de no explicitarse nunca, paso indispensable para un adecuado manejo en la urgencia.

Consideraciones aparte merece el subtipo grandioso-maligno, el cual muy probablemente se entrelace con la psicopatía y, en ocasiones, con rasgos antisociales. En este terreno son menos probables las descompensaciones del tipo vulnerable, siendo más bien el riesgo que suponen el opuesto, el daño a terceros, ameritando una evaluación diagnóstica y un abordaje en la urgencia diferentes, más cercano al de la psicopatía.

Volviendo al tema de la cara vulnerable, no olvidar que si bien es la línea de fractura de esa coraza defensiva en la que el paciente se aliena a una imagen grandiosa de sí, además de poder implicar un riesgo patente para la integridad del paciente que amerita un abordaje en la urgencia, es también la rendija por donde puede instalarse el sendero de una terapia prolongada que pueda dar sus frutos en el futuro.

## Referencias bibliográficas

- 1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM IV). Text Revised. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
- 2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5 tm. American Psychiatric Publishing, 2013.
- 3. E. Echeburúa; Esbec. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V Actas Esp Psiquiatr 2011;39(1):1-11E.).
- 4. Jose M. López-Santín, Ferran Molins Gálvez, Lia Litvan Shaw. Trastornos de personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (119) 497-510 doi: 10.4321/S0211-57352013000300003.
- 5. Wapner, Javier. Metaclínica de los bordes: patologías límites y déficit narcisista, abordaje psicoanalítico. 2º edición, Letra Viva, 2006.
- 6. Kernberg, Otto. Trastornos graves de la personalidad, estrategias psicoterapéuticas. 1998, Editorial Manual Moderno.
- 7. Blais MA, Hilsenroth MJ, Castlebury FD. Content validity of the DSM-IV borderline and narcissistic personality disorder criteria sets. Compr. Psychiatry. 1997 Jan-Feb;38(1):31-7.).
- 8. Elsa Ronningsta. Narcissistic Personality Disorder: A Current Review. Curr. Psychiatry Rep. (2010) 12:68–75
- 9. Vater, A., Ritter, K., Renneberg, B., Strunz, S., Ronningstam, E., & Roepke, S. Stability of narcissistic personality disorder: Tracking the categorical and dimensional rating systems across two years. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. Personal Disord. 2014 Jul;5(3):305-13. doi: 10.1037/per0000058.
- 10. Kenneth N. Levy. Subtypes, Dimensions, Levels, and Mental States in Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. Journal of Clinical Psychology · August 2012
- 11. Vater, A., Ritter, K., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Lammers, C. H., Bosson, J., et al. (2013). When grandiosity and vulnerability collide: Implicit and explicit self-esteem in patients with narcissistic personality disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 44, 37-47.
- 12. Aaron L. Pincus, Nicole M. Cain Aidan G. C. Wright. Narcissistic Grandiosity and Narcissistic Vulnerability in Psychotherapy. Personal Disord. 2014 Oct;5(4):439-43. doi: 10.1037/per0000031.
- 13. Eric Russ, M.A. Jonathan Shedler, Ph.D. Rebekah Bradley, Ph.D. Drew Westen, Ph.D Refining the Construct of Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic Criteria and Subtypes. Am J Psychiatry 2008; 165:1473–1481.
- 14. Ritter, K., Vater, A., Rüsche, N., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Fydrich, T., Lammers, C.-H., & Roepke, S. (under re-review). Shame in patients with narcissistic personality disorder. Psychiatry Research.
- 15. Millon, Theodore; Davis, Roger y colaboradores. Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. 1ª edición 1998. Editorial Masson.
- 16. David Kealy<sup>1</sup>, George A. Hadjipavlou, and John S. Ogradniczuk On overvaluing parental overvaluation as the origins of narcissism PNAS, June 9, 2015. vol. 112, nº 23 www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1507035112.
- 17. Rebekah Bradley, Amy Kegley Heim, Drew Westen. Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: empirical investigation. British Journal Of Psychiatry (2005), 186, pag. 342-349.).
- 18. Gunderson JG, Ronningstam E. Differentiating narcissistic and antisocial personality disorders. J Personal Disord. 2001 Apr;15(2):103-9.

- 19. Holdwick DJ Jr, Hilsenroth MJ, Castlebury FD, Blais MA. Identifying the unique and common characteristics among the DSMIV antisocial, borderline, and narcissistic personality disorders. *Compr. Psychiatry*. 1998 Sep-Oct; 39(5):277-86.
  - 20. Yang PS, Huang TL. Chang Gung. Pessimistic mood in decompensated narcissistic patient. *Med J*. 2004 Apr;27(4):318-21.
  - 21. Ronningstam E. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder in Axis I disorders. *Harv. Rev. Psychiatry*. 1996 Mar-Apr;3(6):326-40.
  - 22. Ritter, K., Roepke, S., Merkl, A., Heuser, I., Fydrich, T. & Lammers, C.-H. (2010). Comorbidity in patients with narcissistic personality disorder in comparison to patients with borderline personality disorder. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60, 14-24.
  - 23. Schiavone P, Dorz S, Conforti D, Scarso C, Borgherini. Comorbidity of DSM-IV Personality Disorders in unipolar and bipolar affective disorders: a comparative study. *Psychol Rep*. 2004 Aug;95(1):121-8.
  - 24. Stormberg D, Ronningstam E, Gunderson J, Tohen M. Brief communication: pathological narcissism in bipolar disorder patients. *J Personal Disord*. 1998 Summer;12(2):179-85.
  - 25. Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., Lammers, C.-H., Heekeren, H.R., & Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187, 241-247.
  - 26. Mila Goldner-Vukov; Laurie Moore. Malignant narcissism: from fairy tales to harsh reality. *Psychiatria Danubina*, 2010; vol. 22, no. 3, pp 392-405 review.
  - 27. Giancarlo Dimaggio and Giovanna Attin. Metacognitive Interpersonal Therapy for Narcissistic Personality Disorder and Associated Perfectionism. *Journal of clinical psychology: in session*, vol. 68(8), 922-934 (2012).
  - 28. María José López Miguel; María del Carmen Núñez Gaitán. Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica Artículo 1, Número 7* (2009).
  - 29. Rafael Torrubia Beltri; Àngel Cuquerella Fuentes. Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. *Rev. Esp. medicina legal*. 2008;34(1):25-35.
-



# Trastorno histriónico y psicosis

María Norma Claudia Derito

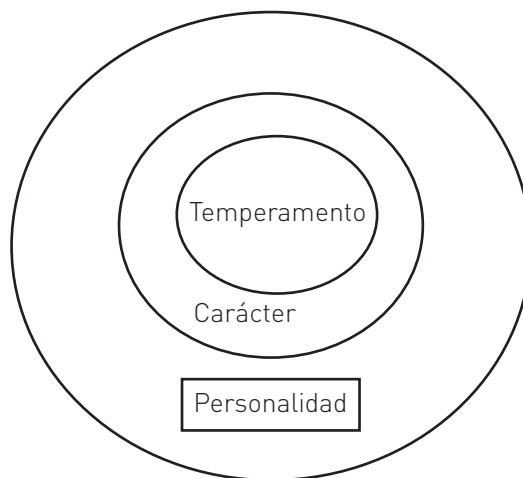
## Introducción

### Concepto de personalidad

Para comenzar con este tema es indispensable comprender, qué es la personalidad. Aún hoy se discute como es una personalidad normal y como se distingue de una anormal. Si la anormalidad se trata de una variante de lo normal en su conformación, o se trata de una enfermedad. Podemos considerar la personalidad como una estructura, cuyo núcleo esta dado por lo constitucional (heredado), por sobre él se forman los rasgos de carácter, moldeados por la influencia del entorno cercano, especialmente familiar, durante el desarrollo en los primeros años de vida (carácter). Por sobre esta estructura primitiva, como el

esqueleto de un edificio, se comienzan a adquirir los elementos que finalmente forman la personalidad, dados por la interacción con el mundo externo a lo largo de las experiencias de la vida. La personalidad es dinámica, dado que los distintos eventos van produciendo cambios para poder adaptarse al medio y a las distintas situaciones que aparecen en la existencia del individuo. En cambio lo constitucional es lo genético y podríamos decir que es virtualmente inmodificable. Los rasgos de carácter también son muy difíciles de alterar porque implican un nuevo aprendizaje, algunos se pueden atenuar y para ello es conveniente la terapia cognitivo conductual.

FIGURA 1



Allport define a la personalidad como *"la organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su ajuste único al entorno y que modulan la adaptación a los cambios en el ambiente"* (1). Otros autores como Cloninger (13) tomaron como Allport el concepto de que personalidad y aprendizaje estaban íntimamente relacionados. Los individuos aprenden de la experiencia la adaptación de emociones, pensamiento y acciones, componentes esenciales de la personalidad, a partir del aprendizaje. Para Millon (41) *"la personalidad es un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas y difíciles de cambiar, inconscientes en su mayor parte y que se expresan en forma automática en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo"*. Para estos autores el determinante es una complicada matriz biológica y de aprendizajes que determinan un patrón de comportamiento para cada individuo.

Para Eysenck (19) *"La personalidad es la organización más o menos estable y duradera del carácter, el temperamento, la inteligencia y el físico de una persona y que determina su forma de adaptación al medio ambiente"*.

Cloninger (14) fue avanzando en la comprensión de la personalidad y del desarrollo de la personalidad a lo largo de tres fases. La primera fue un periodo en el que se centró en el temperamento y en el que consideraba que la personalidad podía ser conceptualizada en términos de las diferencias individuales en la percepción de las sensaciones físicas. En la segunda etapa se produce una expansión, y empieza a considerar el *self* como la combinación del tempe-

ramento y el carácter, componentes que se acercarían al dualismo cuerpo-mente. El carácter se correspondería con los procesos cognitivos que regulan los instintos emocionales básicos. En el tercer periodo, el más reciente y el que más críticas está suscitando, Cloninger (14) se refiere a la *"coherencia del ser"*, que implica la integración del cuerpo, mente y espíritu. Coherencia se define como la unidad de las funciones en todos los aspectos del ser humano.

### **Trastornos de la personalidad: concepto y clasificación**

Definir el trastorno de personalidad es una tarea difícil. Al valorar las conductas de las personas, es inevitable que nuestro juicio este cargado de subjetividad. Está influido inevitablemente por nuestros conocimientos, nuestro aprendizaje personal, los valores de nuestro acervo cultural, es por ello que no se puede partir de allí para emitir el concepto de quién presenta o no, esta anomalía, dado que ese juicio estaría sesgado por nuestra impronta formativa personal. Livesley (33) refiere que para realizar el diagnóstico de trastorno de la personalidad se requiere que los individuos presenten dificultades crónicas y persistentes en su capacidad para trabajar y para mantener relaciones interpersonales. Tienen un concepto de sí mismos escasamente desarrollado y mecanismos primitivos de afrontamiento al estrés. Estas características los tornan diferentes a la mayoría, pero no enfermos.

Estas consideraciones las hacía Kurt Shneider (48) en su libro *"Las personalidades psicopáticas"*, entendió que era más

ajustado a la realidad utilizar un método estadístico, considerando como alejado de lo normal aquellas personas que sienten, entienden y obran de forma diferente a la mayoría, en una cultura determinada y en un lugar geográfico determinado, en un período determinado de tiempo, es decir, teniendo en cuenta el relativismo cultural. Si graficáramos su distribución con una campana de Gauss resultaría como en la Figura 2.

Vamos a suponer que el 80% de la población se encuentra ocupando el centro de la campana, el otro 20%, se reparte 10% hacia la derecha y el otro 10% hacia la izquierda. Si digo que lo que hace el 80%, es decir, la mayoría es lo normal, lo que está en los extremos es lo anormal. Son personas que tienen conductas con reglas propias, diferentes de las de la mayoría, pero no son

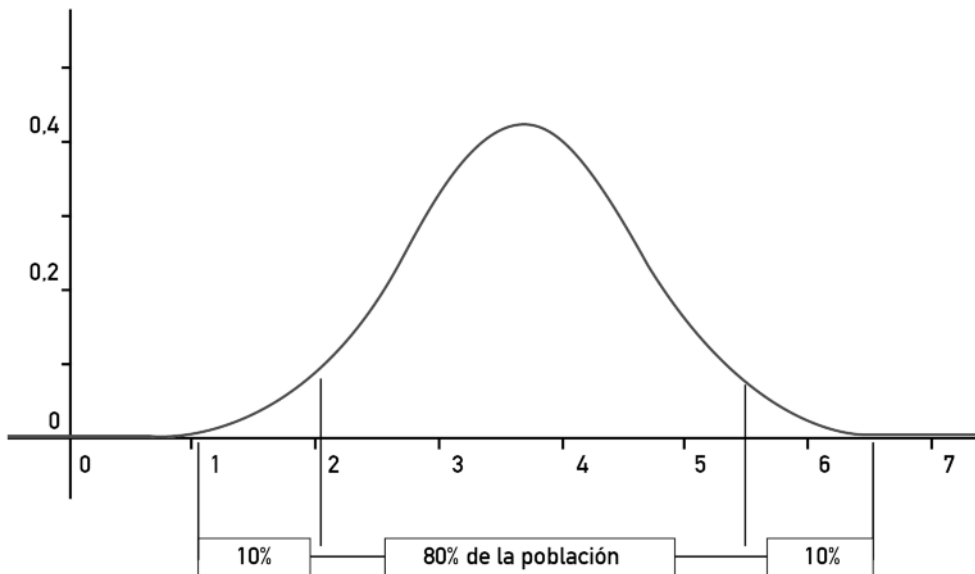
enfermos, solamente son distintos.

Los trastornos de la personalidad (53) son aquellos, que sin ser psicóticos presentan una especial manera de ser, serían las personalidades diferentes a la mayoría, para bien o para mal, en ese caso serían anormales tanto un santo como un asesino serial.

La palabra normal, viene del latín *normalis*, deriva de norma, esta procede del griego idioma en el que tenía dos significados especiales: familiar o conocido (por frecuente) y noble o aristócrata (en cuanto excelente). En este caso la tomamos en su primera acepción, lo que es familiar y frecuente. En otras palabras el término medio de la población.

Otra cosa es definir psicopatía, es decir, una persona puede tener un trastorno de la personalidad, sin ser un psicópata. Para K

FIGURA 2





Schneider (49) psicópata es aquel que por su trastorno de la personalidad, presenta conductas por las cuales, sufre y hace sufrir bajo ellas a la sociedad. Entonces nos preguntamos ¿cómo, el psicópata es capaz de sufrir?, la respuesta es sí, pero solo en casos muy especiales y es solo cuando ve frustrados sus deseos o sus objetivos, sufre por él mismo, por su fracaso, pero es incapaz de sufrir por los demás, ya que carece de empatía. Su clasificación es una tipología asistemática. Aclara Schneider que los *"tipos psicopáticos aparecen como diagnósticos, pero esta es una analogía absolutamente injustificada"*. Es claro que un psicópata depresivo es *"un hombre así"*, los hombres, las personalidades no se pueden etiquetar con un diagnóstico, como una enfermedad. Lo que describimos de las personalidades son características propias, no síntomas de enfermedades. Ahora, eso no significa que un psicópata no se pueda enfermar mentalmente, de hecho, pasa a la psicosis con gran facilidad, y con esa misma facilidad regresa a su personalidad de base. En el trastorno de la personalidad y en el psicópata se da con frecuencia la psicosis reactiva breve, que disparará un complejo sintomático diferente, psicosis aguda, que está asociado al tipo de personalidad de base. Por ejemplo, un trastorno obsesivo de la personalidad, si entra en psicosis, tomará la forma de una psicosis obsesiva o anancástica.

Es importante la aclaración de Schneider, que *"la designación tipológica de los psicópatas, despierta fácilmente la impresión de que se refiere a la totalidad, por lo menos a lo absolutamente esencial del lado psíquico del hombre"*. Pero no todos los hombres

manifiestan de la misma forma estas propiedades, siempre hay que tener en cuenta la singularidad de cada persona y la profundidad con la que determinada característica está enraizada en esa persona, que determinará la forma en que se muestra. La designación de esa personalidad (ej.: psicópata hipertímico), está relacionada a lo que se muestra con más claridad y constancia en su conducta, pero no nos habla del núcleo psíquico profundo en el que está montada. También en un mismo individuo puede haber dos o más características esenciales articuladas, lo que da lugar a múltiples combinaciones. Resulta raro que un tipo se dé puro.

Mencionaremos los tipos de Schneider quién los divide por los rasgos sobresalientes de cada tipo.

- Psicópatas hipertímicos.
- Psicópatas depresivos.
- Psicópatas inseguros de sí mismos.
- Psicópatas fanáticos.
- Psicópatas necesitados de estima.
- Psicópatas lábiles de ánimo.
- Psicópatas explosivos.
- Psicópatas desalmados.
- Psicópatas abúlicos.
- Psicópatas asténicos.

Al respecto Jaspers (27) en su Psicopatología, dice que ha sido valioso el aporte de pensadores intuitivos quienes lograron inolvidables descripciones de caracteres reconocibles. Estas enunciaciones de carácter, cuyas formulaciones pueden ser infinitas en número, son tipos reales proyectados con los medios auxiliares de los tipos ideales múltiples, *"solo se los puede enumerar,*

*agrupar y llevar ante los ojos de la selección".*

Considera que las variaciones del ser humano que se apartan del término medio de la especie no se deben llamar enfermedades. Da como ejemplo las personalidades psicopáticas al estilo de Kurt Schneider.

Jaspers los ordena según el sentido de los conceptos fundamentales decisivos para la caracterización, hace aparecer los grupos siguientes:

#### **a) Variaciones de las condiciones caracterológicas básicas**

1. Condiciones básicas de los temperamentos:

- Sanguíneo.
- Flemático.
- Eufórico.
- Depresivo.

2. Condiciones volitivas o variaciones de un fundamento supuestamente biológicos que se ha llamado fuerza psíquica:

- Débiles de voluntad.
- Abúlicos.
- Fuertes de voluntad.

3. Condiciones afectivas e instintivas:

*Moral Insanity* (psicópatas desalmados de K. Schneider).

Fanáticos luchadores.

Fanáticos pacíficos.

#### **b) Variaciones de la energía psíquica:**

1. Neurasténicos: debilidades excitables, sensibles.

2. Psicasténicos: disminución de la energía psíquica.

#### **c) Caracteres reflexivos:**

1. Histéricos.

2. Hipocondríacos.

3. Inseguros de sí mismos.

Para el DSM-V (17), el trastorno de personalidad se define como *"un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento, que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, es un fenómeno generalizado y poco flexible, tiene un inicio en la adolescencia o edad adulta temprana, es estable en el tiempo y da lugar a malestar o deterioro"*. Los divide en tres grupos a saber:

- Grupo A: raros o excéntricos:

Paranoides.

Esquizoides

Esquizotípicos.

- Grupo B: dramáticos, emocionales, erráticos:

Limítrofe.

Narcisista.

Histriónico.

Antisocial.

- Grupo C: ansiosos y temerosos:

Por evitación.

Dependientes.

Obsesivo-compulsivo.

Para clasificar los trastornos de la personalidad hay modelos categoriales y modelos dimensionales.

Desde los modelos categoriales los trastornos de la personalidad se consideran entidades tipológicas discretas, que poseen características que están en la población general de forma discontinua y que, por lo tanto, pueden estar presentes o ausentes. El diagnóstico se basa en un complejo de síntomas o criterios previamente establecidos, y

que asignan una categoría concreta a una persona (ej.: el DSM-V). Los clínicos se sienten más cómodos usando este modelo categorial.

En los modelos dimensionales (8) el constructo fundamental es el rasgo. El rasgo se define como modelos o patrones coherentes de conducta, emoción y cognición que se consideran relativamente estables con una distribución continua.

### **Trastorno histriónico de la personalidad** **Algunas consideraciones históricas**

Dicen Álvarez y Colina (2) en su libro "La histeria antes de Freud": *"la histeria se vale de un amplísimo repertorio para expresar su pathos"*. Es tan versátil, cambiante, proporcional al desconcierto que produce en sus observadores. Mientras que en los siglos XIX y XX la histeria fue objeto de estudio de la psicopatología, con el tiempo se fue perdiendo el interés en ella, quizá ante la impotencia que despierta el hecho, que no se la haya podido colocar en el lugar de la ciencia ni del psicologismo puro hasta la actualidad. Aunque retorna de otras maneras con los ropajes de la depresión y de una cantidad de supuestas enfermedades físicas y psíquicas inexplicables, fuera de toda clasificación. Dice Maleval: (34), *"aunque minoritaria si se compara con la conversión, la expresión disociativa de la histeria, animó el debate acerca de la existencia de la "locura histérica", de sus características clínicas y sus diferencias con la verdadera locura, aspectos que conservan a día de hoy el más vivo interés"* (locura histérica es un término proveniente de la clínica diagnóstica psicoanalítica).

Georges Gilles de la Tourette (23) se lo

considera el más fiel seguidor de Charcot en la Salpêtrière. Habla de que en la antigua Grecia ya se la relacionaba con la medicina. Demócrito y Platón fueron sin duda los precursores cuando escribieron *"la matriz es un animal que desea fervientemente engendrar niños. A partir de la pubertad si permanece estéril mucho tiempo, le resulta muy penoso soportarlo, se indigna, recorre todo el cuerpo taponando las salidas de aire, deteniendo la respiración, arrojando el cuerpo a peligros extremos y ocasionando diversas enfermedades, hasta que el deseo y el amor juntado al hombre con la mujer, hacen nacer un fruto y lo recolectan como si del árbol se tratase"*. Los escritos hipocráticos son ricos en lo concerniente a la histeria: *"Si las matrices van hacia el hígado, la mujer pierde inmediatamente la voz; aprieta los dientes; su tez se ennegrece. Estos ataques se adueñan de ella repentinamente encontrándose previamente bien. Sobrevienen especialmente a las solteras añosas y a las viudas que siendo jóvenes y habiendo tenido hijos mantengan la viudedad"*.

Dice Gilles de la Tourette (22) que Galeno, fisiólogo, consideraba absurda la opinión de Platón, ya que el útero no viaja a ninguna parte, y es el primero en emitir la opinión de que la histeria no es exclusiva de las mujeres.

En la Edad Media, las histéricas se convirtieron en las poseídas por el demonio, por lo tanto, deja de pertenecer al área de la medicina, para quedar en manos del fanatismo religioso. Un libro que pinta la situación de la época es "Los demonios de Loudun", hecho real ocurrido en 1634, historia que gira alrededor del sacerdote

Urbain Grandier, y las monjas de clausura de un convento, que enteradas de su presencia, desarrollan una posesión demoníaca (erótica) de la cual lo culpan, motivo por el cual Grandier termina en la hoguera. Novelado por Aldous Huxley, publicación original de 1952 (26).

En el renacimiento, la histeria recupera su entidad médica con Ambroise Paré, que se dedica a hablar de la sofocación o asfixia de la matriz.

Para Sydenham la histeria era muy frecuente, salvándose de padecerla las mujeres de vida dura y laboriosa, también la reconoce en los hombres a los que tilda de hipocondríacos. Entiende que puede imitar a cualquier enfermedad, y está en la experiencia del médico saber distinguirla. Pero la obra de Sydenham fue lamentablemente olvidada, hasta que la rescata Pierre Briquet en 1859 reconociéndole su justo valor.

Pierre Briquet (10) era médico del hospital de La Charité, le eran derivadas a su servicio, especialmente enfermas histéricas. Analizó los historiales de cuatrocientos treinta casos, por su experiencia entendía que había visto todo lo que puede manifestarse en esta enfermedad y creyó haber descubierto las leyes causales de la histeria. A tal punto que por un tiempo se conoció a la histeria como síndrome de Briquet.

La obra de Briquet se vio eclipsada por la obra de su alumno Charcot, quién en 1862 se hizo cargo del servicio de mujeres en La Salpêtrière. Interesado en las enfermedades neurológicas, casi se podría decir que aplicando el método anatomoclínico, fue el padre de la neurología. En el servicio de mujeres, con sus ideas, cambió la perspectiva que se tenía sobre la histeria. Charcot,

los diez últimos años de su vida, los dedicó al estudio de la enfermedad que lo deslumbró, la histeria. Esta etapa lo alejó de la neurología y en la opinión de muchos lo acercó a la psiquiatría. Por un hecho casual, que fue la evacuación del pabellón de alienadas, por sus malas condiciones edilicias, se juntan con las pacientes epilépticas, servicio que le es confiado a Charcot, es así como *"involuntariamente, por la fuerza de las cosas, Charcot se encontró sumergido en plena histeria"* (36). Siguiendo a Briquet, ubica a la histeria como una enfermedad del cerebro. El histérico es especialmente, sugestionable, hipnotizable. Convierte la hipnosis en la herramienta para reproducir los síntomas de la histeria. Habla de una herencia, predisposición ineludible de padecer esta dolencia. Luego el trauma nervioso adquiere importancia como agente desencadenante de la crisis.

Richer (46) radica su importancia en un libro que publica *"Estudios clínicos sobre la gran histeria y la histeroepilepsia"*. También habla con Charcot de la histeria masculina (*los convulsionarios, los poseídos*).

Kraepelin (30) hace mención de lo que considera las características más sobresalientes de este tipo de personalidades:

- Accesibilidad afectiva aumentada.
- Falta de perseverancia.
- Seducción por lo nuevo.
- Exaltación.
- Curiosidad.
- Chismografía.
- Fantasía.
- Tendencia a la mentira.
- Excitabilidad desmesurada.
- Ascensos y descensos bruscos del

entusiasmo.

- Sensibilidad.
- Sugestionabilidad.
- Veleidad.
- Egoísmo.
- Fanfarronería.
- Amor propio exagerado.
- Afán de estar en el centro.
- Abnegación de la naturaleza más absurda.

- Facilidad para dejarse influir.
- Representaciones hipocondríacas.
- Defectuosa voluntad de salud a pesar de todas las quejas.
- Tendencia a las escenas y al romance.
- Conducta impulsiva que puede llegar hasta el suicidio.

Como vemos, esta lista es fiel en cuanto a enumerar las conductas de estas personalidades, pero no profundiza en la esencia del complejo sintomático, no hay un punto de unión del que poder partir para definir el problema en la síntesis correcta.

Otros autores atribuyeron otras características, no menos ciertas en cuanto a la frecuencia en la que se dan en la histeria. Pero de continuar en esta tónica, como dice Schneider (49), no queda rasgo negativo, que no haya sido imputado a esta forma de ser.

Jaspers [28], considera que el factor esencial rasgo básico de la histeria es "*la necesidad de aparecer ante sí y ante los otros como más de lo que se es*". Su forma de vivenciar "*forzado, fabricado, teatral, pero no fabricado conscientemente, sino con la capacidad de vivir del todo en el propio teatro, de estar allí por completo en el momento, por tanto con apariencia de lo legítimo*". Dice que la personalidad histéri-

ca "perdió su núcleo por completo, y consiste solo en cáscaras variables. Un espectáculo sucede al otro. Como no encuentra nada en sí, lo busca todo fuera de sí". Los histéricos siempre tienen que jugar un papel tratando de hacerse interesantes en todas partes, a costa de lo que sea. En el momento que no lo logran son desdichadas, no pudiendo estar solas consigo mismas por no encontrar nada.

Schneider (49), los nombra como "necesitados de estimación". Toda su vida es una actuación para lograr este solo fin, ser siempre el que está en el centro de la escena, en la vida de otra persona, la de un grupo, de la sociedad. Nunca se conforman con un rol secundario, tratando siempre de ser el centro de atención de los otros a cualquier costo. Deshecha el término histérico, porque entiende que el problema abarca una problemática mucho más amplia que los trastornos corporales histéricos.

Según Koch una de las formas de atraer la atención es ser *excéntricos*, pero también es verdad que no todos los excéntricos lo son para distinguirse del resto.

Se menciona otra presentación que es la *fanfarronería*, forma de actuar a través de la cual la persona se vanagloria con actitud petulante delante de los demás. Esta conducta es más propia de individuos de corta imaginación y pocos recursos intelectuales, distinguiéndose de la pseudología.

Schneider [48] le da importancia a la pseudología, como mecanismo junto a los dos anteriores, de satisfacer el ansia de estima, donde la fantasía juega un papel esencial. Heilbronner describe una pseudología fantástica, los que gustan de aparecer poseer riquezas, haber corrido

aventuras, recibido condecoraciones, heredado títulos de nobleza, pero sin intención criminal (no son estafadores, son soñadores que necesitan aparentar más de lo que son). En cambio, el psicópata pseudólogo puede convertirse en un estafador, siguiendo el juego del personaje que ha creado para sí y que "vende" a los demás. (Recomiendo el libro "Confesiones del estafador Félix Krull" de Thomas Mann publicado en 1945, narra la historia de un personaje con estas características) (35).

Kronfeld, mencionado por Schneider, dice *"El fantástico falsea el valor del mundo externo para sí; el pseudólogo falsea su valor para el mundo externo. El fantástico se engaña a sí mismo, el pseudólogo engaña a los demás (a veces se engaña también a sí mismo como un efecto accesorio)"*.

En cuanto los trastornos corporales psicógenos que presentan los necesitados de estima, dice que no es la esencia del carácter histérico, sino que en ocasiones el individuo desencadena estas enfermedades para satisfacer su "necesidad de estima".

También señala que la importancia social de estos psicópatas es la facilidad con que caen en estafas, engaños, fraudes, patrañas para inspirar compasión. Presentar imputaciones falsas, haciéndose víctimas de sucesos fantaseados para recibir la ayuda y la consideración de la sociedad.

Cuando fracasan y entran en crisis es cuando pasan a la psicosis y en ese momento caen en la "locura histérica" o "psicosis histérica", también con mil caras, pero que en esencia es lo que hoy llamamos una psicosis reactiva breve. Los mecanismos que surgen habitualmente son el de conversión o disociación.

## Conceptos actuales

Millon (1969) tipifica el tipo gregario-histriónico: de afectividad lábil, disociación cognitiva, autoimagen sociable, seducción interpersonal.

Las características de la personalidad histriónica según Millon (55) (Cuadros 1 y 2).

Según Alexis Mussa, [42], Donald Klein (1975) subdivide a la personalidad histérica en tres subgrupos, sobre la base de su respuesta diferencial a la medicación:

- El "histriónico" caracterizado por el *role-playing* (juego de interpretación de roles).
- El emocionalmente inestable.
- La "disforia histeroide": caracterizada por labilidad emocional, inestabilidad general, irresponsabilidad, superficialidad, seducción, manipulación, volviéndose acusadores, llorones y vengativos al frustrarse o decepcionarse.

Cloninger (1987) resalta en estas personalidades:

- La búsqueda de la novedad.
- La baja evitación del dolor.
- La elevada dependencia de la recompensa.
- Tiene puntuaciones bajas en la evitación del riesgo.

Según Horowitz (25), refiriéndose a la historia de los DSM, relata que la Asociación Americana de Psiquiatría ha tenido vaivenes en lo que se refiere al fenómeno histérico, sacándolo y rehabilitándolo en las clasificaciones oficiales desde el inicio de la historia de los DSM-I en 1952.

El DSM-I, publicado por la *American Psychiatric Association* (APA) en 1952, la histeria no aparecía en la clasificación, a

CUADRO 1

Trastorno histriónico de la personalidad		
Características de la polaridad	Sí mismo-otros	Incapaces de manejar demandas vitales y necesitan a alguien competente y poderoso que lo haga. Consumen su energía emocional y mental para asegurarse a los demás.
	Actividad-pasividad	Mantienen una estrecha vigilancia del otro, de manera que al menor indicio de posible desagrado puedan apaciguarlo. Esto los deja sin recursos para examinar su propio estado interno.
Tendencias a la perpetuación		Cuando las ansiedades afloran, se mantienen a raya mediante la fantasía de fusión con otro poderoso. Mantienen un flujo constante de excitación social y una implicación en preocupaciones externas para no enfrentarse al mundo interno. Esto los lleva a ser expertos en la creación de dramas y aprobación interpersonales.
Ámbitos personalógicos		
Nivel comportamental	Expresivamente dramático	Hiperactivo, volátil, provocativo y atractivo, lo que provoca respuestas impulsivas, altamente emotivas y teatrales.
	Interpersonalmente buscador de atención	Manipula a los demás para obtener atención y aprobación; es exigente, coquetea y es exhibicionista seductor; desea ser el centro de atención.
Nivel fenomenológico	Cognitivamente frívolo	Evita la introspección, es sugestionable, atento a acontecimientos eternos fugaces; integra mal las experiencias.
	Autoimagen gregaria	Se considera sociable, estimulante y encantador; utiliza la imagen y el aspecto físico para atraer personas.
	Representaciones objetables superficiales	Representaciones internalizadas compuestas de recuerdos superficiales de relaciones previas, colecciones azarosas de afectos y conflictos transitorios, impulsos y mecanismos insustanciales.
Nivel intrapsíquico	Mecanismo de disociación	Altera y recompone sus propias manifestaciones para crear una sucesión de fachadas socialmente atractivas, pero cambiantes; se implica en actividades autodestructivas.
	Organización inconexa	Estructura morfológica mal conectada, en la que los procesos de regulación y control internos están dispersos y desintegrados.
Nivel biofísico	Estado de ánimo inconstante	Emociones cambiantes y superficiales; es vivaz, animado, impetuoso y se entusiasma con la misma facilidad con la que se aburre.

CUADRO 2

Curso del tratamiento		
Objetivos		Técnicas
<b>Establecer una relación terapéutica</b>		Dirigir la transferencia, preguntando qué piensa acerca de la terapia y del terapeuta. Relacionar la información con su historia y explorar la naturaleza de la auto-perpetuación. Marcar diferencias entre las relaciones sociales y la terapéutica para contrarrestar las reacciones románticas. Reforzar respuestas asertivas y competentes sin estimular patrones de dependencia.
<b>Restablecimiento del equilibrio entre polaridades</b>	Sí mismo-otros: aprender a internalizar y a apartarse de los demás.	Indagar en temas que no ha examinado o ha obstaculizado para integrar las experiencias pasadas. Esto permitirá que aprenda formas menos adolescentes de afrontamiento y el desarrollo de un nivel más maduro de independencia personal.
	Actividad-pasividad: aprender a canalizar el tiempo y la energía.	Identificar pensamientos disfuncionales, emociones y conductas, y las relaciones causales entre ellos. Realizar programas comportamentales para ver su efecto.
<b>Contrarrestar la tendencia a la perpetuación</b>	Anular las preocupaciones externas.	Descubrimiento guiado para que pueda ir enfrentando sus ansiedades y convencerlo de abandonar sus preocupaciones externas que lo distraen del procesamiento de estímulos.
	Iniciar verdaderas relaciones sociales.	Técnicas grupales que le permitan observar patrones interpersonales parecidos y comprender el efecto de su conducta sobre los demás. Además le permite adquirir formas de relacionarse más adaptativas ya que es difícil que el grupo continúe aceptando el comportamiento exagerado.
	Obtener un profundo conocimiento interno.	Examinar antecedentes del desarrollo de representaciones objetables para que vea que las interacciones, emociones y los conflictos pueden integrarse de manera lógica, con sentido y coherencia.
<b>Modificar las principales disfunciones</b>	Disminuir la búsqueda de atención interpersonal.	Modificación cognitiva para que vea las ventajas de limitar las conductas exhibicionistas y seductoras a pocos contextos en las que son adecuadas. Enseñarle a discriminar cuándo es apropiado ese comportamiento y cuándo le causará complicaciones.
	Estabilizar estados de ánimo inconstantes.	Entrenamiento en relajación para reducir la excesiva emocionabilidad y agravamiento de los sentimientos.
	Reducir los comportamientos dramáticos.	Entrenamiento en asertividad para proporcionar conductas alternativas a las maniobras seductoras y dramáticas que utiliza.
	Reorientar el estilo cognitivo superficial.	Enfoque cognitivo para que integre experiencias y forje esquemas más racionales.



pesar de que los clínicos utilizaban con frecuencia este diagnóstico. Hace una discriminación entre los que eran considerados aspectos neuróticos de la histeria (reacción de conversión), y los semblantes de la personalidad histérica.

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. La personalidad caracterizada por excitabilidad, inestabilidad emocional, hiperreactividad, autodramatismo, búsqueda de atención, inmadurez, vanidad, y dependencia excesiva. Los trastornos histéricos pueden hacerse aparentes a través de síntomas físicos (somatoformes, conversivos) y psicológicos (disociativos), así como de rasgos de personalidad o de ambos.

En el DSM-III los trastornos histéricos se describieron y denominaron de una nueva forma, que posteriormente ha sido adoptada por la CIE-10 (54). El término de «trastorno de personalidad histriónico» fue acuñado en 1967, pero no se incluyó en las categorías diagnósticas hasta la tercera edición del DSM.

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. Se describe como un síndrome de inflexión y mala adaptación que produce deterioro en el funcionamiento social, laboral malestar subjetivo o todo ello. Es definido por la presencia de una conducta excesivamente dramática, reactiva e intensamente expresada o por alteraciones características en las relaciones interpersonales.

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 en apariencia inapropiada, 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. Las clasificaciones de la OMS incluyen los diagnósticos de neurosis histérica y de trastorno histérico de la personalidad (CIE-8, 1965). La edición posterior, CIE-9, aprobada en 1975, mantiene estas dos categorías diagnósticas, donde disociación y conversión se engloban en el concepto de histeria. La última edición de esta clasificación de la OMS, aparecida en 1993 (CIE-10), intenta homogeneizar criterios con la clasificación DSM, adoptando descripciones más operativas. El trastorno histérico de la personalidad, se transforma en «trastorno histriónico de la personalidad», ampliándose la descripción (44).

En el DSM-V, (3), en el apartado trastornos de la personalidad, en el grupo B, se encuentra el trastorno de la personalidad histriónica (301.50) (F60.4), cuyos criterios paso a mencionar:

*"Patrón dominante de emotividad excesiva y de la búsqueda de atención, 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 hechos siguientes:

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

## Epidemiología

Según el estudio realizado por Nestadt y otros, [43] la prevalencia estimada de trastorno de personalidad histriónico en la población general es relativamente alta (2,2%). El trastorno histriónico siempre se ha considerado típicamente femenino, como muestran numerosos trabajos. En contraste con estas opiniones, Nestadt observa que hombres y mujeres son afectados en igual medida (2,1% para mujeres y 2,2% para hombres). Sucede que la prevalencia estimada declina con la edad en el hombre, mientras que permanece relativamente constante en mujeres: en sujetos menores de 45 años, la tasa de trastorno de personalidad histriónico no era significati-

vamente diferente, sin embargo, para la población mayor de 45 años era significativamente más alta en mujeres que en hombres (2,6% frente al 0,3%) [43]. También Cohen [15], y otros encontraron claramente una mayor prevalencia de trastornos de personalidad, especialmente marcada en los casos de trastorno histriónico y antisocial en jóvenes. Sugieren que la escasa prevalencia en mayores de 55 años pudiera ser atribuida a varios factores, entre los que citan los cambios en la neuroquímica cerebral, los cambios hormonales, la menor existencia de acontecimientos vitales estresantes en las personas mayores de 55 o más años, y quizás el aprendizaje de pautas de conducta más adaptativas. La prevalencia estimada de trastorno de personalidad histriónico fue significativamente más alta entre personas separadas y divorciadas que entre casadas. No se encontraron diferencias significativas en función de la raza o la educación. Flick [20] y otros encontraron una mayor prevalencia de todos los trastornos de personalidad, en general, en familias con bajos ingresos familiares.

## Diferencia entre histérico e histriónico

Creo importante hacer esta aclaración, porque en la situación de una evaluación de urgencia, es importante saber ante qué tipo de trastorno me encuentro, ya que uno es más peligroso y problemático que el otro.

Gabbard (1994) [21] dice: "*la personalidad histriónica es más florida que la histérica en prácticamente todas sus manifestaciones...mayor labilidad afectiva, mayor impulsividad y una seducción más patente sin las características distintivas. La sexualidad de*

*estos pacientes suele ser tan directa y tan poco modulada, que en realidad puede disgustar a los individuos del sexo opuesto".*

*"Por el contrario, las personas con un verdadero trastorno histérico de la personalidad pueden ser mucho más exageradas y exhibicionistas sutiles, y expresan su sexualidad con mayor coquetería y atractivo. Además...un grupo considerable de histéricos de nivel elevado no son nada dramático ni llamativos".*

A partir de esto, opina que los histéricos pueden adaptarse mejor en las interacciones personales, tener objetivos y ser exitosos, pueden tolerar mejor una separación afectiva, funcionar bien laboralmente y ser creativos.

En cambio los histriónicos, no toleran la ansiedad de separación, tienen mayores conflictos en las relaciones interpersonales y son más autodestructivos.

### **Subtipos adultos de trastornos histriónicos según Millon**

Millon (40) ha basado estos subtipos en sus amplias observaciones clínicas y en la investigación de análisis de racimo y análisis factoriales que ofrecen una base experimental.

Millon distingue entre la manera de ser histérica normal, es decir, que no acarrea los inconvenientes del trastorno de la personalidad y sus comorbilidades, sino que simplemente es un estilo de personalidad que convive sin dificultades en la sociedad. El trastorno histriónico de la personalidad, cuya forma de ser es anormal y las dificultades que presenta en sus interacciones sociales son importantes, llevándolos al fracaso y la autodestrucción.

### **Estilo histérico normal**

Según Millon: *"los tipos histéricos normales son considerados personas cordiales y encantadoras; buscan la atención de los demás y casi siempre transmiten un aire de bienestar y autodisfrute. Poseen una cordialidad y atractivo social genuino".*

### **Estilo histriónico anormal**

#### **Subtipos de trastorno histriónico de la personalidad**

#### **El histriónico teatral**

Dramático, romántico y buscador de atención. Para estas personas la apariencia lo es todo. Están atentos a las expectativas de los demás y las cumplen tanto como les es posible, tienen la capacidad de adaptarse a cualquier situación externa en la que se encuentren. Intuitivos para captar el deseo de los otros, le muestran el aspecto que desean ver con posturas deseables y dramáticas, que producen para crear una imagen atractiva de sí mismos. Son camaleones del carácter, que cambian según la ocasión. A pesar de esta capacidad para simular todo tipo de personajes y caracteres, les queda un sentido de vacío interno debido a la imposibilidad de introspección por estar permanentemente orientados hacia los demás. Su sí mismo no posee ninguna cualidad propia. Esto explica su dificultad de permanecer solos por mucho tiempo, se sienten presionados a buscar cualquier actividad que los ponga en contacto con los demás, para poder asumir cualquier rol que le permita atraer la atención del grupo. Dice Millon (40) que en ellos *"todo es simulado y conveniente, y todo es pragmático y comercializado. Estas personas son soberbios manipuladores de sím-*

*bolos que mimetizan la realidad*". Son mujeres y hombres que modelan su cuerpo, se adornan excesivamente, atentos a la moda, se exhiben ante la mínima ocasión, actuando como si fueran una tentación que se basa en su atractivo. Intentan convertirse en mujeres fatales o casanovas. Son fácilmente descubiertos en sus intenciones, salvo por aquellas personas que ingenuamente caen en la necesidad de ser admirados o seducidos. Cuando sus deseos fracasan, o son abandonados, también suelen refugiarse en la enfermedad, en ellos son más frecuentes los trastornos conversivos, aunque también se sirven de síntomas somáticos para atraer la atención sobre su persona.

### El histriónico infantil

Describe este subtipo como rasgos entremezclados de la personalidad histriónica y la límite. Similar a la personalidad infantil descrita por O. Kernberg, (29) presentan emociones lábiles y difusas, rabietas infantiles, comportamientos exigentes y persistentes, junto con provocación sexual. Podríamos decir que este subtipo adulto es un individuo con desarrollo primitivo y pobre organización del carácter. Se definen por su necesidad de dependencia, con estados de ánimo variables y alternativos. Para poder mantener el equilibrio necesitan y buscan la reafirmación de parte de los otros. Son infantiles en el sentido de su necesidad aferrarse, casi "fusionarse" con figuras significativas, no pudiendo tolerar el abandono de estas, aunque sea por una situación transitoria. Dice Millon *"es frecuente y característica la vacilación entre momentos de afabilidad infantil, en los que*

*actúa de una manera seductora y tentadora y otros en los que se muestra hosco y resentido*". Es sumiso ante la amenaza de posible abandono, pero luego se torna irritable y hostil.

Estas personalidades siempre dudan del afecto que les demuestran los demás, se quejan de no ser queridos o cuidados como ellos lo esperan, por lo tanto, es frecuente que los pongan a prueba con conductas desafiantes o berrinches, esto termina provocando problemas interpersonales, porque estas maniobras desesperan a las personas de las que dependen, que terminan cansándose de tantos altercados y conflictos. En este subtipo más primitivo son más frecuentes los trastornos por conversión y los trastornos disociativos.

### El histriónico vivaz

Según Millon (40) las características histriónicas e hipomaniacas suelen estar asociadas. *"La hipomanía provee a sus acciones de vigor y energía, por su histrionismo estas personas tienden a ser inteligentes, encantadoras y frívolas y son capaces de crear imágenes fantásticas que intrigan y seducen al cándido"*. Lo mismo opinaba K. Schneider (49) cuando menciona la pseudología fantástica en los psicópatas hipomaniacos con rasgos histriónicos. También manifiestan muchos rasgos de la personalidad narcisista. La aceleración en sus conductas hace que este subtipo actúe con mayor impulsividad son buscadores de aventuras y excitaciones superficiales, sin analizar las consecuencias de sus comportamientos. Son personas que se muestran muy comunicativas, charlatanas y chistosas, pero los temas que tratan son siempre

superficiales y sus conductas irreflexivas. A puro impulso, seducen y se comprometen a tareas que luego no llevan a término, convierten así su vida en desorganizada, caótica y claramente irresponsable. En este tipo de personalidad es frecuente el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas que les provee una sensación de bienestar evitando la culpa por su irresponsabilidad.

Dice Millon (40) que los histriónicos vivaces son de carácter alegre y dispuestos a disfrutar al máximo de la vida, son inquietos y no pueden relajarse, siempre parecen estar en movimiento, expresivos, gesticuladores y de pensamiento rápido. Pasan de un tema a otro, siendo optimistas, pero evitan hacerse cargo de situaciones problemáticas o serias. A veces para evitar conflictos que ellos mismos crearon con su irresponsabilidad, se refugian en una supuesta enfermedad, con síntomas somáticos sin sustento clínico (palpitaciones, dolores, mareos, vómitos, diarreas, etc.), obteniendo que las personas los atiendan y olviden o justifiquen sus errores.

### **El histriónico apaciguador**

Este subtipo nos muestra un individuo cuya única vocación y ocupación es agradar y buscar la aprobación y el afecto de su grupo. Para ello son capaces de interactuar con los demás tratando de solucionar o intermediar en la solución de cualquier conflicto, aún al costo de otorgar favores o decidir a favor de los otros, o perder ellos mismos haciéndose cargo de cosas que no le corresponden, toman estas decisiones aunque no sean las correctas, con tal de recibir el agradecimiento y que los demás los elogien y ensalcen por su bondad. Son

diestros para agradar a la gente, teniendo en cuenta sus deseos, hacen amigos con facilidad. Siempre dispuestos a mediar y calmar problemas aún a costa de su propio sacrificio, para recibir elogios y buenas intenciones.

Esta personalidad parece gestarse por la existencia de padres muy exigentes, y que nunca se muestran conformes con los logros de sus hijos. Son padres que esperan de ellos que sean virtuosos, competentes, atractivos y queridos por los demás. El hijo por otra parte siente que nunca puede llegar a demostrar lo que sus padres desean, originando un sentimiento de desvalorización que nunca podrá corregir, a pesar de todas las acciones que ponga en juego para ser querido y admirado.

La vida del histriónico apaciguador es una constante búsqueda de admiración, elogios, pero haga lo que haga nunca logrará sus objetivos, está siempre torturado por la necesidad de muestras de afecto.

### **El histriónico tempestuoso**

Este subtipo se caracteriza por presentar una constante labilidad afectiva y períodos breves de impulsividad, que alternan con depresión, malhumor y resentimiento. Se muestran hipersensibles a la crítica y tienen muy baja tolerancia la frustración.

Sus comportamientos son inmaduros, con hedonismo difuso del que poco disfrutan, con búsqueda constante de excitación y estimulación. Las emociones surgen súbitamente y sin control. Dice Millon, que se encuentran siempre fuera de control y reaccionan ante la menor provocación de manera turbulenta, apasionada y violenta. En este devenir caótico de emociones y

reacciones tienen períodos de mucha excitación, con otros de inhibición, fatiga e hipersomnia, siendo frecuente la sobreingesta de alimentos y consumo de alcohol. Sus expresiones afectivas son exageradas, superficiales y de corta duración. Su vida parece transitar un camino de conflicto en conflicto y desilusiones, que no va hacia ninguna parte. A causa de que no logran entenderse con los demás, a pesar de actuar permanentemente para atraer su atención, su vida es una continua decepción, cayendo fácilmente en la depresión y la ira. Tienen tendencia a las preocupaciones hipocondríacas, a veces se provocan síntomas o excusan su conducta a través de una supuesta enfermedad que padecen. Es frecuente que se enojen con los médicos que los atienden, cuando minimizan la importancia de los síntomas, ellos desean que apoyen la gravedad que ellos les atribuyen.

### **El histriónico falso**

Este subtipo en su interacción social suele mostrarse como una persona agradable, amable, cordial, causando de entrada muy buena impresión, pero es superficial. Los familiares o los más allegados conocen el otro aspecto, en cuanto a que no son confiables, tienen tendencias impulsivas y malhumor profundos. Su interés está puesto en la vida social con actitudes seductoras e interés por lo trivial. En ese contexto todas las relaciones que establecen son superficiales y frívolas, que a veces perturban con comentarios sarcásticos e impulsos irreflexivos. Sus comportamientos son inmaduros, pierden el tiempo planificando intrigas, siendo patrañeros, calcu-

ladores y engañosos.

No se hacen responsables de los problemas familiares y de los propios, su salida es echar la culpa a los demás. Son poco leales con las supuestas amistades, buscando atención de manera egocéntrica.

Es el típico "amigo del alma", al que cuando uno recurre a solicitarle una ayuda se excusa en que tiene un problema mayor, o un compromiso ineludible y escapa sin comprometerse, a menos que de ello saque alguna ventaja personal.

Este subtipo es más engañoso y egocéntrico que los otros. Si desean obtener algo utilizan su seducción, siendo hipócritas y premeditando como manipular a los otros para obtener lo que desean. A veces crean conflictos porque el incremento de tensión y excitación les resulta gratificante. Cuando están de malhumor o se sienten presionados por un problema que no pueden eludir, se desata su ira y acciona para su venganza.

### **Trastorno histriónico de la personalidad y psicosis**

Los trastornos histriónicos de la personalidad, junto con los límites, son más propensos a llegar a un servicio de urgencias psiquiátricas que los otros tipos de trastornos de la personalidad. El histriónico en particular tiene rasgos que lo empujan con facilidad a las descompensaciones floridas, a veces espectaculares. El motivo siempre está relacionado con la imposibilidad de lograr sus fines y estos siempre pasan por su necesidad imperiosa de ser el centro de atención, la búsqueda de afecto de admiración de estima, de consideración y/o la obtención de algún beneficio o deseo. Como ya dijimos son muy sensibles a la

frustración o al abandono. Cuando la situación se les torna insoportable, y las actuaciones y rabietas no dan resultado es posible que ingresen a un episodio psicótico con el que llegan a la atención de urgencia.

La forma que toma el episodio psicótico depende, en gran medida, del subtipo de personalidad y de la causa que actuó como disparador del episodio.

De todas formas, los mecanismos de defensa que se ponen en movimiento y que son típicos de la histeria, la represión, la conversión y la disociación, determinan tres formas básicas que se manifestarán como descompensaciones psicóticas:

- Las psicosis por somatización.
- Las psicosis por conversión.
- Las psicosis por disociación.

Según el DSM-V se clasificarían de esta forma:

- Trastornos de síntomas somáticos y otros trastornos relacionados.
- Trastornos de conversión.
- Trastornos disociativos.

### **Trastornos por síntomas somáticos**

#### **Trastornos por síntomas somáticos y urgencias**

Abarcaría todos aquellos trastornos que se manifiestan por un síntoma físico, que se puede transformar en sumamente molesto y hasta invalidante. Sugieren una condición médica general, pero no pueden ser explicados completamente por una enfermedad física, ni por los efectos directos de una sustancia, ni por otro trastorno mental, por lo que generan la fuerte sospecha de que se trata de origen psicógeno o por estrés. Los síntomas ocasionan afectos negativos

y/o deterioro significativo en las áreas de funcionamiento social u ocupacional. No se encuentran bajo control voluntario del paciente, ni son intencionales.

Debe quedar claro que se han investigado y que no existen condiciones médicas generales diagnosticables que expliquen los síntomas. Se dan en personalidades con tendencia a:

a) Preocuparse excesivamente por su salud, con hipervigilancia a cualquier cambio en su cenestesia, estos son los hipocondríacos y no están relacionados más que marginalmente con el trastorno histriónico, de hecho a diferencia del histriónico, el hipocondríaco acude a todos los clínicos y especialistas esperando corroborar una enfermedad.

b) En cambio, el histriónico puede que concorra a todos los especialistas en búsqueda de atención, o bien es llevado por la familia a un servicio de emergencias, por su negativa a hacerse atender y su *belle indifférence* hacia lo que le está sucediendo. En ambos casos, logra atraer la atención que desean de parte de quienes los rodean. Si no lo logran, empeoran los síntomas o caen en profunda depresión, o bien realizan intentos de suicidio. Siempre su objetivo primordial es ser mimados, cuidados y causar preocupación en los otros de modo que se ocupen de su persona. De una manera o de otra, por derivación de los clínicos o por episodios de descompensación agudos, terminarán en un servicio de urgencias psiquiátricas.

¿Por qué considerarlos trastornos psicóticos? Porque en tanto se cursa el episodio, el paciente no tiene conciencia de enfermedad mental, está convencido que se trata

de una enfermedad física, y esta idea se torna irreductible.

¿Por qué considerarlos que configuran una urgencia? Porque en la descompensación hay una alteración de su vida anterior, con pérdida de libertad, imponiéndose el cuadro psicótico, con deterioro familiar, laboral y social manifiesto, a veces con riesgo de vida.

### Síntomas clínicos

Es un trastorno polisintomático que empieza antes de los 30 años, de curso crónico y fluctuante. Está caracterizado por una combinación de síntomas de dolor, gastrointestinales, sexuales y seudoneurológicos; fue descrito por Briquet (1859), (11) quien la consideró una forma de histeria, en la cual, ante situaciones de sobrestimulación nerviosa, individuos susceptibles presentaban diversidad de quejas físicas. Ulteriormente, el concepto fue enriquecido por los aportes de la escuela psicoanalítica que considera la génesis del síntoma vinculada a la expresión de angustia (o sentimientos depresivos).

### Epidemiología

"La prevalencia (52) no es bien conocida; se la estima entre 0,2 - 2% en mujeres y menos de 0,2% en varones. En el Perú, el estudio epidemiológico realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" en el distrito de Independencia, señaló una prevalencia de vida de 0,6%, pero diferenciada por sexo, 0,0% en varones y 1,2% en mujeres. Guze et al, encontró una mayor prevalencia del trastorno (20%) en familiares de casos índices. En los parientes de primer

grado de estos pacientes se describe mayor frecuencia de problemas maritales, bajo rendimiento ocupacional, consumo problema de bebidas alcohólicas, delincuencia juvenil y otras conductas sociopáticas".

Dice Quill (45) que el trastorno por somatización es un "punto ciego" poco conocido por la medicina, y poco atendido por los psiquiatras, a pesar del deterioro funcional y la sobrecarga económica que comporta.

Para Lipowski (32), el paciente que concurre a médicos clínicos y diversos especialistas por sus dolencias, accediendo a realizar múltiples estudios, a veces caros, para descartar patología orgánica, se siente frustrado y enojado cuando se lo deriva a psiquiatra, porque estos pacientes son justamente los que niegan tener trastornos emocionales o conflictos afectivos severos, y los expresan con malestares físicos y síntomas que no se explican por una enfermedad médica.

### Síntomas: (entre otros)

- Cefaleas.
- Dolor torácico no cardíaco.
- Taquicardias paroxísticas.
- Palpitaciones.
- Síndrome de hiperventilación.
- Colon irritable.
- Trastornos digestivos de la vía superior.
- Dificultad para tragar.
- Síndrome de fatiga crónica.
- Fibromialgia.
- Prurito idiopático.
- Dolor pélvico crónico.
- Vulvodinia.
- Otros síndromes de dolor.
- Pseudocrisis comiciales



Barski y col. [7] habla de una *amplificación somatosensorial*, sería una tendencia a experimentar las sensaciones corporales de manera intensa, nociva y perturbadora. Estaría compuesta de tres elementos

a) Hipervigilancia a las sensaciones corporales.

b) Predisposición a seleccionar y concentrarse en sensaciones corporales leves e infrecuentes.

c) Reacción a las sensaciones con cogniciones y afectos que las intensifican y las hacen más alarmantes. Tienen componentes de rasgos de la personalidad y de estado.

La diferencia entre dolencia y enfermedad está dada porque la enfermedad la diagnostican los médicos y responde a causas objetivas demostrables, en cambio la dolencia es la respuesta del individuo y sus familiares ante los síntomas. Un hipertenso

puede no considerarse como un enfermo, en cambio, una persona que padece un trastorno por somatización considera que está muy enfermo a pesar de que no presenta ninguna enfermedad objetivable.

Para Levenson [31], la somatización es clínicamente significativa cuando se asocia a disfunción laboral y social.

La depresión endógena cursa con trastornos somáticos bien identificados (anorexia, constipación, piel seca, caída del cabello, debilidad muscular, trastornos digestivos, disminución de la libido), en estos estados no se relacionan con los trastornos por somatización, en los que lo primero son los síntomas atípicos e inexplicables y secundariamente puede aparecer una depresión reactiva a sus molestias, pero especialmente al hecho de no ser considerados verdaderos enfermos físicos. Toman la

### CUADRO 3

#### Mecanismos fisiopatológicos de la somatización

	Activación autónoma
	Tensión muscular
Mecanismos	Hiperventilación
Fisiológicos	Cambios vasculares
	Procesamiento de la información cerebral
	Efectos fisiológicos de la falta de actividad.
	Alteraciones del sueño
	Alteraciones del apetito
	Factores de percepción
Mecanismos	Creencias
psicológicos	Estados de ánimo
	Factores de personalidad
Mecanismos	Refuerzos de familias y amigos
interpersonales	Sistema sanitario
	Sistema de discapacidad

[Adaptado de Mayou, 1993; Sharpe y Bass, 1992] (Tratado de medicina psicosomática, Levenson, 2006).

derivación al psiquiatra como denigrante.

En general, se considera que la base del trastorno por somatización es la búsqueda de atención que frustra tanto a los profesionales como familiares, está muy relacionado a la personalidad del individuo (los más comprometidos son los trastornos histriónicos, límites y dependientes).

### Según el DSM V: (3)

#### Trastornos por síntomas somáticos 300.82; (F45.1)

A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.

B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación de la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
2. Grado persistentemente elevado de la ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación de la salud.

C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general, más de seis meses).

Especificar si:

Con predominio del dolor (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a

individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.

Especificar si:

Persistente: un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).

Especificar la gravedad actual:

Leve: solo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.

Moderado: se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el criterio B.

Grave: se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el criterio B y, además, existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso)".

Dentro de los subtipos descriptos por Millon hay algunos que son mucho más propensos a presentar estos síntomas y entrar en psicosis, esta generalmente toma la forma de una depresión con temores exagerados a padecer enfermedades incurables y síntomas hipocondríacos (dolores especialmente musculares y articulares, ahogos, pinchazos, imposibilidad de tragar, fatiga crónica, etc.), pero no tienen la connotación absurda de las psicosis hipocondríacas endógenas. Los subtipos teatral, infantil y vivaz se descompensan y pueden manifestarse con depresiones que son secundarias a los síntomas somáticos, y estos síntomas son diferentes a los síntomas neurovegetativos que acompañan a la depresión endógena. Si el deseo es de buscar atención y manipular a los otros, necesita el síntoma o supuesta enfermedad para lograrlo, esta puede perpetuarse en el

tiempo, a pesar de todos los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos instituidos.

## Caso 1

A. es acompañada a mi consulta por su hijo y su cuñada. Su aspecto es de abandono personal, camina con dificultad, pero no por problemas motores, sino por flojedad de la musculatura, camina lenta y torpemente, con tendencia a dejarse caer, es sostenida por los hombros por los familiares. Ingresa al consultorio y no da muestras de interés por la entrevista. Recorre el consultorio con la mirada, que pasa por mi persona sin detenerse, con aire ausente, sin embargo, la facies no muestra confusión ni perplejidad. Sentada en la silla mantiene la espalda derecha y la cabeza erguida. No parece dispuesta a conversar, por lo que requiero de la familia el motivo de consulta. Su hijo me cuenta que su madre comenzó con problemas hace dos meses, que fueron posteriores a que su esposo sufriera un accidente cerebro vascular, que lo dejó hemipléjico y con afasia de expresión. Le pregunto si la señora cuidaba a su esposo, me dicen que en un principio sí lo hizo, pero luego fue presentando abandono de sí misma, de la casa y dejó de comer, diciendo que no tenía apetito, cuando trataba de tragar cualquier alimento sentía que se atragantaba y no podía tragar. Lo llamativo es que no parecía preocuparle la excesiva pérdida de peso y la pérdida de fuerzas. Había adelgazado 15 kilos en dos meses. La llevaron a clínicos y especialistas en gastroenterología, en otorrinolaringología, se hicieron estudios de todo tipo y se concluyó que A. no padecía ninguna

enfermedad que justificara el no poder tragar. Lo único que aceptaba eran dos tazas de leche por día. Se derivó a psiquiatría. La cuñada es la que expresa la realidad de la personalidad de A. Lo primero que dice es que A. no merece esta enfermedad. Que reconoce que su hermano no fue buen esposo, y que ella siempre hacía todo lo que él deseaba. La describe como una persona muy activa socialmente, muy querida en el barrio, siempre al servicio del vecindario, atenta a las necesidades, siempre era la primera de ir en socorro de cualquiera. Muy altruista, era capaz de dar hasta lo que a ella le hacía falta. Cuando sus hijos crecieron, se enroló en una iglesia evangelista, y era ella la que auspiciaba ferias de ayuda a los pobres, grupos de socorro a los necesitados, en fin, se comprometía en cuanto tarea social surgiera en beneficio de los demás. Esta era la causa de que fuera tan querida, al punto que la familia de su esposo terminó preocupándose más por la dolencia de A. que por la enfermedad del esposo al que le habían puesto personas que lo cuidaran. Se habían intentado tratamientos con antidepresivos y antipsicóticos, pero como ella no los podía tragar, rara vez lograban que los ingiriera, porque los regurgitaba. Intento un diálogo con A. Se encontraba globalmente orientada, sin conciencia de enfermedad mental, pero indiferente al síntoma físico. Cuando le pregunto por qué no puede tragar, me contesta que lo ignora, que siente que se atraganta y tiene la sensación de ahogarse y no poder respirar. Responde que no sabe por qué le pasa esto y que no tiene fuerzas para nada. Le pregunto si su estado lo relaciona con la enfermedad de su esposo, contesta -

"no sé" - se muestra parca en las respuestas y no se muestra interesada en hablar. Pero es notorio que no se trata de inhibición del pensamiento, porque sus respuestas, si bien no son explícitas, son rápidas y está atenta a todo lo que se habla, si bien no interviene activamente, porque realiza algunas intervenciones para corregir el relato de la familia. Niega sentirse angustiada, pero cuando su familia le dice que si persiste en esto morirá de hambre, se encoge de hombros sin señales de tristeza ni preocupación, lo que desespera más a la familia. Su hijo contó que todos querían mucho a su madre, que ella siempre se había preocupado por los demás y por eso solía estar poco tiempo en su casa, por eso no había sido una madre muy presente, pero los hijos disculpaban eso, porque consideraban que era producto de su excesiva bondad.

Ante este cuadro no pude más que pensar en una psicosis reactiva que se dispara ante la enfermedad de su esposo, la familia pensaba que la preocupación de ella por el marido había desencadenado esto, y no los quise desilusionar. Me pareció que era más piadoso dejarlo así, pero yo adquirí la certeza de que me encontraba ante un trastorno histriónico de la personalidad del tipo apaciguador, necesitaba imperiosamente el amor, el reconocimiento, la admiración de los demás, y de hecho, lo había logrado en su disfraz de cordero, al que todo lo negativo le era perdonado, porque era bondadosa con todo el mundo, sin distinciones. Y entonces, ¿qué había sucedido ahora? la enfermedad invalidante del esposo, determinó que debiera encerrarse en su casa a cuidarlo, todo el despliegue social y fami-

liar que había realizado durante toda su vida, para obtener el reconocimiento de los demás se terminaba. Encerrada en su casa, ya no podía desplegar su encanto, su altruismo, nadie sabría ya de su sacrificio en las cuatro paredes de su casa. Por otra parte, todas las preocupaciones fueron a parar a la figura del esposo, perdiendo ella el protagonismo de sometida y "víctima" del hombre. La única forma que encontró de recuperar el protagonismo era "enfermarse" creando una situación desesperante para su entorno. Determiné medicarla con olanzapina bucodispersable, con relativo buen resultado, comenzó a alimentarse.

## Caso 2

M. tiene 34 años, única hija, vive con su madre. Su padre falleció hace diez años por un accidente cerebro vascular. Hacía seis años había sido dado de baja de la policía, porque en un procedimiento fue herido de bala en la cabeza. Se recuperó, pero quedó con secuelas motoras, falleciendo seis años después. M. consiguió trabajo en la policía como personal civil, tenía 22 años. Cuando ingresa por primera vez al consultorio, se presenta como una persona muy desenvuelta, logorreica, gesticuladora, de ánimo cambiante, llora o ríe según adónde la lleve el relato. En principio, y sin ningún reparo comienza a criticar y desautorizar a los psiquiatras que la atendieron anteriormente, porque nunca entendieron su drama. Se consideraba una mujer fracasada, sin pareja y viviendo sola con su madre, a la que desvaloriza en principio y dice amar después. Tiende a tener fuga de ideas, pero puede retomar el relato. Manifiesta que no merece el destino que

tiene que soportar, que ella es muy inteligente y que debiera ser profesional. Le pregunto por qué no estudió, y culpa de ello a su trabajo que le consume el tiempo, a su madre que siempre está deprimida, a sus enfermedades que nunca le permitieron tener algunos meses de paz. Con respecto a las enfermedades, comienza a relatar sus continuos padecimientos físicos, que la hacen recorrer especialistas que nunca pueden "dar en la tecla", por incompetentes. Da gran importancia a los edemas generalizados, que le impiden lucir la silueta que ella desea. Le señalo que no observo edemas y que sí me parece que esta excedida de peso para su altura. Toma a mal esta acotación, diciendo que es su hipotiroidismo el responsable. Admite tener sobreingestas frecuentes, pero si desaparecieran los edemas esto no sucedería. Me cuenta que toma entre 4 y 6 comprimidos de diuréticos diarios desde hace varios años, pero ya no le hacen efecto y su peso aumenta. También la aquejan continuos dolores en todo su cuerpo, articulaciones, músculos, columna, que le impide hacer gimnasia para adelgazar, si los médicos le sacaran los dolores, ella podría tener otro cuerpo. También la aquejan trastornos digestivos, por lo que su dieta es ciertamente extravagante y elaborada por ella misma, por ejemplo, gran cantidad de pescado, verduras, papa y harinas. Le señalo que necesitaría una dieta elaborada por un nutricionista, me contesta que no las puede seguir porque cuando se angustia, nada puede aplacar su bulimia. Puede suceder, si se angustia, que después de cenar una cantidad considerable de alimentos, a las dos horas, se siente a cenar

nuevamente, o a la madrugada ingiera cualquier alimento que encuentra en la heladera. Pero esto no es su culpa, todo se reduce a los malos tratos de los que es objeto en su trabajo. Cambia de tema y refiere que le es imposible dejar este trabajo, porque esta excedida en deudas, ha realizado varios viajes al extranjero (EE. UU., Europa, Caribe). Cuando relata estos viajes su humor cambia velozmente, se ilumina hablando de los lugares conocidos, las amistades hechas, sus compras en lugares famosos, allí ella es otra persona, habla perfecto inglés, es una turista bien vista, esto la hace sentir de maravilla, hasta que tiene que volver a su triste realidad. En esos lugares no tiene atracones ni dolores, pocas cosas la perturban. Luego rompe en llanto diciendo que sus compañeros de trabajo no la ven como ella es, por eso la desprecian y la marginan. Nunca ha recibido consuelo de ellos a pesar de que a veces llora en su lugar de trabajo, le dicen que termine y se ponga a trabajar (que comprenda que trabaja en el ámbito policial). Ella tiene resentimiento hacia la policía, porque no entienden que ella es la hija de un oficial que dio su vida por la institución y no tienen contemplaciones por su pérdida. Lloro y habla, como si el evento de su padre fuera reciente, cuando en verdad pasaron casi 20 años. Admite que le contesta con malos modos a sus compañeros, a veces por nimiedades, pero ellos deben comprender su sufrimiento y no puede impedir los exabruptos.

Ya fue cambiada doce veces de destino, le dicen que nadie la acepta, porque es una persona muy conflictiva. No acepta esta crítica, en fin, la culpa de todos sus males

es de su madre, de la policía, los compañeros, los médicos, las parejas que la maltrataron, siendo ella una víctima de todas estas circunstancias. No para de hablar, a veces se para y personifica los hechos con dramatismo. Entiendo que ha podido seguir por el tipo de empleo que tiene, en una empresa privada sería rápidamente una desempleada.

Las descompensaciones que la llevaron a tres internaciones son clínicas, dos por deshidratación e hipopotasemia, provocada por la exagerada toma de diuréticos. Una por descompensación cardiaca, que no fue tal, sino un ángor por angustia.

Es obvio que nos encontramos ante un trastorno histriónico de la personalidad, del tipo tempestuoso de Millon. Es notorio el cambio de personalidad que se opera en ella cuando viaja y está en otro país, allí vive su propia fantasía de turista mundano y entendido, pudiendo desplegar la capacidad para los idiomas (que en verdad posee, pero nunca lo ha explotado en su beneficio desde lo racional). En cuanto regresa pasa a ser la víctima de la injusticia por su situación económica real y el medio en el que le tocó vivir. Medicada con antidepresivos, estabilizadores del ánimo y antipsicóticos sedativos, logré que me acepte y tolere mejor la convivencia con su madre, que tenía reacciones de violencia por parte de la paciente. Más no se puede pedir.

### Trastorno de conversión

Son episodios monosintomáticos, aunque puede variar el síntoma en los distintos episodios. Los síntomas no están bajo el control de la voluntad y se detectan factores psicológicos en su etiología. No siempre

hay un beneficio secundario oculto detrás del evento, y la *belle indifférence* tampoco está siempre presente. El fenómeno de la somatización es más fácil de entender por el componente fisiológico, en cambio, el fenómeno de la conversión es mucho más complicado de entender. Se ha sugerido (39) la hipótesis de que ciertos estados psicológicos internos alteran los mecanismos cerebrales y esta alteración provoca síntomas físicos. Es importante recordar que Goldar nos recordaba el pensamiento de Wernicke con respecto a que la histeria, junto a la epilepsia y la catatonía, se encontraban dentro del conjunto de las enfermedades espasmódicas, que no sería otra cosa, que una forma primitiva de reacción del cerebro ante una noxa (orgánica o emocional).

### Epidemiología

Las tasas (51) de trastorno por conversión en EE. UU. oscilan entre 11/100.000 y 35/100.000 habitantes. La incidencia anual es del 0,01% al 0,02%. La cantidad de pacientes que concurren a la urgencia por estos problemas es del 4 al 14%, y dentro de los pacientes neurológicos es entre el 8 y 24%.

En las mujeres prevalece más el tipo convulsivo, entre los hombres como aparente consecuencia de un accidente. Siempre están ligados a factores precipitantes y es más frecuente en los niveles socioeconómicos bajos o de bajo nivel de educación.

### Manifestaciones clínicas

Según estudios recopilados por Cummings (16), los síntomas más comunes corresponden a

- Afonía.
- Mutismo.

- Parálisis.
- Ceguera.
- Anestesia.
- Sordera.
- Ataxia.
- Amnesia.
- Crisis convulsivas.

Según el DSM-V (5) el trastorno de conversión (trastornos de síntomas neurológicos funcionales) está separado de los trastornos de somatización y de los trastornos disociativos. Los criterios utilizados son los siguientes:

A. Uno o más síntomas de alteraciones de la función motora o sensitiva voluntaria.

B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas conocidas.

C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental

D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Nota de codificación:** El código CIE-9-MC para el trastorno de conversión es 300.11, el cual se asigna con independencia del tipo de síntoma. El código CIE-10-MC depende del tipo de síntoma (véase a continuación).

Especificar el tipo de síntoma:

**(F44.4) Con debilidad o parálisis.**

**(F44.4) Con movimiento anómalo** (p. ej.: temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha).

**(F44.4) Con síntomas de la deglución**

**F44.4) Con síntoma del habla** (p. ej.: disfonía, mala articulación).

**(F44.5) Con ataques o convulsiones**

**(F44.6) Con anestesia o pérdida sensitiva**

**(F44.6) Con síntoma sensitivo especial** (p. ej.: alteración visual, olfativa o auditiva)

**(F44.7) Con síntomas mixtos**

Especificar si:

**Episodio agudo:** síntomas presentes menos de seis meses.

**Persistente:** síntomas durante seis meses o más.

Especificar si:

**Con factor de estrés psicológico** (especificar el factor de estrés)

**Sin factor de estrés psicológico**

Según Leal Cercós C y M se pueden separar en tres grupos: (47)

**Síntomas motores**

- Movimientos anormales.
- Trastornos de la marcha, como la ataxia abasia (marcha a sacudidas y con movimientos aparatosos y casi imposibles del tronco y las extremidades).
- Temblores.
- Tics.
- Espasmos.
- Contracturas.
- Las parálisis pueden ser hemipléjicas, parapléjicas, monopléjicas, con reflejos normales y sin atrofia muscular a menos que sean muy duraderas.

**Síntomas sensoriales**

Son alteraciones inconsistentes con la innervación anatómica:

- Anestiasias en guante o en calcetín.
- Parestiasias.
- Ceguera.
- Escotomas (visión en túnel).
- Hemianopsias.
- Sordera. Con potenciales evocados normales.

### **Crisis o fenómenos convulsivos**

Fueron descriptos como fenómenos paroxísticos:

- Gran crisis histérica: llama la atención por su espectacularidad. Se trata de comienzos con palpitaciones, bolo faríngeo, visión borrosa, pérdida aparente de conciencia, seguida de convulsiones desordenadas, gesticulaciones, visiones extáticas o aterradoras, y actitudes pasionales. Actualmente, difícil de presenciar, se da en personas muy primitivas emocionalmente.

- Crisis pseudoconvulsivas: son crisis semejantes a las epilépticas. Hay personas que padecen epilepsia, que asienta en un trastorno histriónico de la personalidad. En estos casos puede suceder que algunas crisis sean verdaderas, y otras conversivas, disparadas por alguna frustración, son tan similares a las reales que el diagnóstico diferencial suele hacerse muy engorroso. Son lo que los franceses llamaban *histero-epilepsia*. Las crisis pseudoconvulsivas no tienen incontinencia de esfínteres y mordedura de lengua, son más prolongadas, no hay confusión posictal, y hay recuerdo del episodio.

- Crisis sincopales: se caracterizan por pérdida de la conciencia, abrupta caída al suelo, en presencia de gente o personas significativas. Se las consideran sustitutas más refinadas que las crisis anteriores.

- Cuadros alucinatorios: generalmente, se presentan con visiones llamativas, ridículas, o estigmas físicos. Pueden constituirse en una psicosis reactiva breve.

## **Etiopatogenia**

### **Modelos psicológicos**

Para los psicoanalistas se trata de reemplazar impulsos inconscientes que son inaceptables, reprimidos, emergiendo en forma de síntoma físico. Otros creen que es la imposibilidad de verbalizar emociones reprimidas que emergen como síntoma físico, el cual tendría un significado simbólico y permitiría expresar el malestar del paciente.

### **Modelos neurofisiológicos**

Cloninger (12) considera la posibilidad de una hipofunción cortical. Existiría una disfunción del sistema atención-conciencia en los circuitos parietales derechos, cíngulo anterior y corteza prefrontal, similar a las que aparecen en los síndromes de abandono (50).

La pregunta es si la corteza orbitofrontal y el cíngulo pueden tener un efecto inhibitorio sobre la corteza prefrontal. Si lo tienen, se trata de áreas negativas que inhiben los movimientos espontáneos; así un miembro paralizado fracasa al intentar activar la corteza motora primaria, y en vez de ello activa los circuitos negativos de retroacción entre la corteza y la sustancia reticular. Niveles elevados de respuestas corticofugales, inhiben la conciencia del paciente sobre sus sensaciones corporales (37).



## Caso 1

Trabajaba en una clínica general y me llaman por una interconsulta de una paciente de 23 años, que ingresa dos días antes con una parálisis del brazo izquierdo, habiéndose descartado compromiso neurológico u orgánico de otro tipo. La encuentro en su cama, le explico que soy psiquiatra y acepta la entrevista sin problemas. Su actitud era colaboradora, pero no dando importancia al motivo de su internación, simplemente me explica que dos días antes se levantó en la mañana y se percató que su brazo izquierdo no le obedecía. Sus padres la trajeron a la clínica, pero parece que no dan con el diagnóstico. Me cuenta que está haciendo el bachillerato nocturno, porque no lo terminó a tiempo, le costaba estudiar, especialmente matemáticas y ciencias, no pudo dar todas las materias. Hace un año retomó los estudios alentada por su novio. Vive con sus padres y hermanos, por ahora no trabaja. Niega haber tenido problemas psiquiátricos, y dice que en ese momento se encuentra emocionalmente bien, que lo único que le preocupa es que está perdiendo clases. Me dice que tiene un grupo grande de amigos, que todos han venido a visitarla y esto la sostiene en esta situación que está pasando. Le pregunto si tiene novio, y es obvio que era la pregunta del millón. Su rostro cambia de expresión, de la indiferencia pasa al llanto sordo y apagado, me dice que hace dos semanas él la abandonó, después de una relación de dos años. Le pregunto si sabe la causa, y dice haberse enterado por los amigos que la dejó por otra chica, con la que aparentemente venía teniendo una relación paralela sin que ella lo supiera. Se desahoga un rato, en tanto

observo que tenía un pijama de mangas largas. La invito a sacarse la parte de arriba y dejarme ver y tocar el brazo. Le saco la chaqueta y veo en el antebrazo izquierdo un tatuaje de un corazón cruzado por una flecha con el nombre de ella y de un hombre. Le pregunto si es el nombre de su novio y me dice que sí. Lloro preguntándole que hará ahora con ese tatuaje, le explico que se pueden borrar, o tatuar otra cosa arriba. Sigue llorando. La consuelo y la dejo porque ya sé por qué se paralizó su brazo izquierdo. Es de hacer notar que la paciente tenía una capacidad intelectual media baja, y la conversión no escondía demasiado la causa de la parálisis. La mediqué con anti-depresivos y antipsicóticos. Al los tres días comenzó a mover el brazo, pero la finalidad de la parálisis no triunfó en su objetivo, su novio no volvió.

## Caso 2

J. es traída a la guardia del hospital por su esposo y su hija, era una mujer de 58 años, de poca estatura, con tendencia a la obesidad, en silla de ruedas, con parálisis de miembros inferiores, desde hacía dos años. Ella y su esposo eran de Salta y tenían un negocio allí y su casa en la que habían criado a su única hija, que en ese momento tenía 29 años. J. es descripta por su esposo y su hija como el "alma" de la familia. Activa, sociable, muy apegada a su familia, al barrio y atenta en su negocio, era una especie de "amiga" de toda su clientela, el esposo manejaba los números. Su hija trabajaba con ellos en el negocio, y cuatro años atrás conoce a su actual esposo con el que se pone de novia. A los dos años de noviazgo les comunica su intención de

casarse, el inconveniente era que su novio era licenciado en ciencias económicas y había recibido una importante oferta de la Capital Federal, por lo que habían decidido casarse y trasladarse a vivir a la Capital. Esta noticia resultó intolerable para su madre, no se oponía al casamiento y aceptaba al novio, pero era imposible para ella que se fueran de Salta y ella perdiera de vista a su hija, con la que había establecido una relación simbiótica. El esposo de la paciente, sentía el alejamiento de su hija, pero entendía que era para su bien, pero la madre no lo aceptaba. Comienzan a quejarse de dolores en las piernas, cansancio, malestar, cefaleas. Es vista y estudiada por un médico clínico que no encuentra nada que justifique las dolencias descriptas. Finalmente, la hija se casa y se muda a la Capital, dejando a sus padres en Salta. J. va perdiendo su vivacidad, se deprime, ya no atiende su negocio con el entusiasmo de siempre, preocupando a su familia y conocidos. En una oportunidad, en el que la queja por el dolor de piernas era importante, el esposo la acompaña al traumatólogo. Durante la consulta, este receta analgésicos, diciéndole que no detectaba nada que causara el dolor y la pérdida de fuerza, J. solicita ir al baño, tarda un rato y comienza a pedir ayuda. Cuando ingresan al baño J. estaba en el suelo, había sufrido una caída y manifestaba que no se podía parar. A partir de ese día no volvió a caminar. El esposo recorrió varios especialistas en Salta y nadie podía explicar la parálisis y anestesia de miembros inferiores. Su hija viaja a Salta y se encuentra con esta situación y su padre desesperado. Les ofrece a sus padres trasladarse con ella y quedarse en

su casa para llevarla a especialistas renombrados de Capital, a ver si podían arribar a un diagnóstico. El esposo termina cerrando el negocio y con los ahorros de toda su vida viajan a vivir con su hija para ver a todos los médicos que fuera necesario. Pasaron casi dos años, J. fue vista por neurólogos, traumatólogos, y una lista larga de enumerar de clínicos y especialistas, llegando todos a la misma conclusión, que debía ser derivada a psiquiatría porque se trataba de un trastorno de conversión. La hija y el esposo, por fin, aceptaron esta posibilidad ante la insistencia de los médicos y, por supuesto, del yerno. Es así que la recomendaron a la guardia del Moyano donde era jefe el Dr. Monchablon. Interrogamos a la paciente y a su familia y surge la historia que acabo de contar. J. insiste que por más esfuerzos que haga no puede caminar, cuando trata de pararse, se cae como un cuerpo muerto. Observo ambas piernas, su musculatura estaba hipotónica, pero la atrofia era escasa para una persona que no había caminado casi dos años, no había espasticidad, ni posturas viciosas. La internamos e iniciamos tratamiento con antidepresivos y antipsicóticos. J. declaraba decididamente que hasta que no caminara no volvería a Salta. Su esposo necesitaba volver, porque los ahorros disminuían y no quería terminar siendo también una carga económica para su yerno, tenía que decidir qué hacer con el negocio y la propiedad, pero J. era indiferente a estos planteos e insistía, caprichosamente que no regresaría a Salta en silla de ruedas.

Los días pasaban, se practicó kinesiología, se hicieron todos los intentos posibles,

pero la paciente no caminaba. Por otra parte, su hija no se decidía a ser madre, mientras tuviese que hacerse cargo del cuidado de su propia madre. Y hasta ahí llegamos, entendimos que J. nunca iba a volver a caminar, en tanto ello significara apartarse de su hija, en su fantasía "perderla", sin tener en cuenta que estaba obstaculizando la realización de la vida del matrimonio, por su egoísmo de poseerla solo para ella. Se habló con la familia sobre la situación, la retiraron del hospital en silla de ruedas, en la que probablemente siga sentada aquí, en la Capital.

## Trastornos disociativos

### Antecedentes históricos

Según la CIE-10, la principal característica de los trastornos disociativos sería "la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales".

La clasificación de los trastornos mentales de la *American Psychiatric Association*, DSM-IV-TR, puntualiza que "los trastornos disociativos consisten en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica".

También podrían definirse más concretamente como "una separación estructurada de los procesos mentales que normalmente están integrados".

Según Ellemberger (18), la idea de la posibilidad de la disociación de la personalidad comenzó en el siglo XVIII cuando un médico alemán, Eberhardt Gmelin, publicó

el caso de una paciente que presentaba dos personalidades bien diferenciadas una de otra, por momentos era una campesina, y en otros se comportaba como una dama francesa de la aristocracia.

En Estados Unidos y en Francia se publican otros casos de personalidad múltiple.

Charcot, a través de las representaciones de las histéricas mostraba los cambios que se producían en el comportamiento de estas enfermas delante del público. Freud junto con otros psiquiatras de la época presenciaron los casos y se interesaron en el fenómeno disociativo.

Breuer y Freud (9) reformularon el papel de la capacidad de disociarse, sin embargo, a través de los "estados hipnoides". De este modo, estos autores creían que los síntomas disociativos debían ser atribuidos a la capacidad de entrar en estos estados hipnoides, y no a la inversa como es en realidad.

En las guerras, especialmente en la Segunda Guerra Mundial, las personalidades histriónicas ante la posibilidad de ir al frente de batalla o en el frente mismo, con frecuencia, desataban debido al estrés agudo y la imposibilidad de escapar de la situación trastornos disociativos y conversivos: amnesia histórica, fugas históricas, infantilismo, cegueras, sorderas, parálisis, etc.

Finalmente, el DSM III en 1980, consideró el trastorno disociativo como una entidad independiente.

### Trastornos disociativos según el DSM-V

Los trastornos disociativos según el DSM-V (6) "*se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integra-*

*ción normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento*". Se definen como "Los síntomas disociativos son experimentados como a) intrusiones espontáneas en la conciencia y el comportamiento, que se acompañan de una pérdida de continuidad de la experiencia subjetiva (esto es, los síntomas disociativos "positivos", como la fragmentación de la identidad, la despersonalización y la desrealización), y/o b) la incapacidad de acceder a la información o de controlar las funciones mentales que normalmente son fácilmente accesibles o controlables (p. ej., los síntomas disociativos "negativos", como la amnesia)".

## Trastorno de identidad disociativo

### Criterios diagnósticos 300.14 (F44.81)

A. "Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos, que se puede describir en algunas culturas como una experiencia de posesión. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de la entidad, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensitivo-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por parte de otras personas o comunicados por el individuo.

B. Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario.

C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.

Nota: en los niños, los síntomas no deben confundirse con la presencia de amigos imaginarios u otros juegos de fantasía. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laguna mental o comportamiento caótico durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja)".

## Alteraciones de la memoria en los trastornos disociativos:

### Modelo transversal de la memoria:

Modelos transversales o de niveles de codificación. Craik y Lockhart (1972) dicen que la memoria depende más de la profundidad de lo procesado o codificación que de las etapas. En relación con este modelo Tulving y Donaldson (1972) propusieron una distinción entre

**1-memoria explícita o declarativa:** que se divide en

**a- memoria episódica:** son los recuerdos biográficos. Episodios de nuestra vida. Recordamos dónde y cuándo nos ocurrió algo (coordenadas temporoespaciales), de los acontecimientos y experiencia personal, es la que nos permite reconstruir nuestra biografía. Nuestro acontecer histórico vital.

**b- memoria semántica:** son los recuerdos de las cosas aprendidas (ej.: una profesión) memoria de los hechos de conocimiento

objetivo (lo que aprendemos en el colegio y en los libros).

**2-memoria implícita o procedimental:** o memoria de las conductas ejecutivas. Se refiere a la información de cómo realizar algo (o memoria no declarativa) se recuerda de manera inconsciente y aparece normalmente en el entrenamiento y capacidades reflejas motoras y perceptivas (intervendrían el cerebelo y el núcleo amigdalino), (por ejemplo manejar un auto, andar en bicicleta, etc.).

Para Hales et al., [24], esta distinción entre dos tipos de memoria, puede ser de mucha utilidad en algunos fenómenos disociativos. Por ejemplo, los automatismos que se observan en ciertos trastornos disociativos pueden ser un reflejo de la separación de la autoidentificación en ciertos tipos de memoria explícita y la actividad rutinaria en la memoria implícita o semántica. Esto explicaría por qué en un estado crepuscular histérico, el individuo puede caminar y hablar, llevar a cabo actos complejos e inclusive entrar en conductas psicóticas, para luego no recordar nada del suceso. O bien, en la amnesia disociativa puede manejar un auto, recordar quién ganó la batalla de Caseros, pero tiene una amnesia parcial o total de su biografía. Es decir, la disociación de estos tipos de memoria ocurren en estos trastornos y, de hecho, cada una de ellas comprenden distintos circuitos del cerebro.

## **Clínica de los trastornos disociativos (4)**

### **Estado crepuscular disociativo**

La personalidad histriónica tiene la capacidad de disociarse, ingresando en un esta-

do en el que las percepciones del mundo externo y de su integridad psíquica y física pierden claridad, perdiendo la capacidad de percibirse íntegramente a sí mismos. Estas percepciones distorsionadas pueden dar lugar vivencia psíquica o física diferente de la que actúa cuando están intactos, aún con las falencias que pueda tener la estructura de su personalidad. En ese caso, el contexto puede ser vivido como diferente, o ellos mismos pueden percibirse de manera diferente a la habitual. El episodio es agudo, se ingresa abruptamente sin casi síntomas previos, aunque lo puede preceder una sensación de despersonalización o de desrealización. Durante la crisis, el enfermo presenta conductas ajenas a su comportamiento habitual. Lo importante es que hay una alteración de la claridad de la conciencia que se mantiene durante todo el episodio. El síndrome de Ganser se inscribe dentro de estos trastornos. Pero se puede desarrollar otro tipo de síntomas de los que a veces el paciente recuerda vagamente alguna parte, o se le representa el sentimiento que lo embargaba. La amnesia del episodio, por lo tanto, puede ser total o parcial.

Los estados de trance o creencia de posesión demoníaca, en los que el individuo tiene alteración de la claridad de la conciencia, y tiene la vivencia de transformación corporal o cambio de su propio yo, suelen darse en culturas primitivas con importante carga cultural. Los individuos poseen una personalidad histriónica o límite con conocimientos muy primitivos.

Estos episodios se han relacionado con cambios estructurales en el hipocampo y la corteza prefrontal. O bien se puede tratar de una disfunción hipocámpica que pierde

la capacidad de integrar aspectos de la recuperación de la memoria. En ese caso podría tener sentido relacionarlos con el trastorno de estrés postraumático.

### **Amnesia disociativa**

Es uno de los trastornos más frecuentes, es más común verlo en mujeres y en personas jóvenes. Especialmente, se manifiesta en forma aguda como forma de reacción ante un estrés muy importante en la vida del sujeto (se ve con frecuencia en ciudades bombardeadas, catástrofes naturales, violaciones, situaciones de peligro de vida, situaciones íntimas que despiertan angustia intolerable para ese sujeto). El individuo bruscamente olvida los datos de su identidad y los hechos de una parte o de toda su vida. Por otro lado, la memoria semántica y experimental no se pierde (conocimientos de su profesión, andar en bicicleta). Generalmente, dura un corto lapso de tiempo y el individuo vuelve a recordar todo. Se han descripto varias formas de amnesia disociativa a saber:

1. Amnesia localizada: es una amnesia en sector, ya que se pierden los recuerdos de un período de tiempo determinado.

2. Amnesia selectiva: es la pérdida parcial de recuerdos, que corresponden a un período determinado de tiempo.

3. Amnesia generalizada: el paciente olvida por completo su biografía, es una anulación total de la memoria episódica, pero la duración del episodio suele ser corta, de horas o algunos días.

4. Amnesia continua: es la imposibilidad de fijar los recuerdos de todos los sucesos que le van sucediendo en el día, pero sí recuerda los antiguos. Es una amnesia

anterógrada.

5. Amnesia sistematizada: se olvidan recuerdos de hechos puntuales, sucesos familiares, o relacionados a personas que no recuerdan.

El problema con estos pacientes es poder realizar un diagnóstico diferencial acertado, dado que la amnesia es un síntoma común a muchas enfermedades, en especial a trastornos orgánicos como demencias, ACV de zonas mudas, etilismo crónico (síndrome de Korsacoff), epilepsias, amnesia global transitoria, intoxicaciones, drogas, etc. Para el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta detalles importantes, como la conservación de la memoria semántica y la memoria implícita en las amnesias disociativas, hecho que no sucede tan claramente en las orgánicas. La duración de corto plazo. El antecedente previo de un hecho estresante. Los antecedentes clínicos de la persona, incluyendo medicamentos que consume o adicciones.

### **Fuga disociativa**

Es un trastorno poco frecuente, de comienzo brusco, que tiene como antecedente inmediato una situación estresante grave, un trauma reciente de importancia para el individuo en particular. El episodio puede durar horas o días y, en general, amnesia de lo ocurrido durante el episodio. Se habla de un estado de conciencia crepuscular, donde solo se registra lo que está en el foco de la conciencia, por ello, suele tratarse de un deambular sin destino aparente, aunque puede terminar con la llegada a la casa de un familiar, sin que el sujeto pueda recordar porqué se dirigió a ese lugar, ni con qué fines, tampoco recuerda

cómo realizó la travesía.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la fuga epiléptica, demencia, síndromes confusionales de origen orgánico, tóxico, infeccioso. En estos casos es importante recabar los antecedentes y el estado clínico del paciente, teniendo en cuenta la existencia del factor desencadenante.

### **Trastorno entidad disociativo**

La existencia de esta entidad ha sido discutida por varios autores. Novelas y versiones cinematográficas, pueden haber influido en personas sugestionables para que en ocasiones de una situación frustrante o estresante se disocien y sientan y actúen como una persona diferente, volviendo luego a la identidad anterior.

Sin embargo, vale la pena descartar un trastorno bipolar, que al cambiar el estado de ánimo, para el entorno es como si la persona poseyera dos personalidades diferentes. Puede suceder en la esquizofrenia, pero en este caso es bizarro, excéntrico y muchas veces resultado de sucesos delirantes y/o alucinatorios. Hay casos en los que las conductas infantiles, una regresión a etapas de su niñez, episodios que pueden durar horas o días, volviendo a su personalidad adulta, en ocasiones con recuerdo parcial del suceso. Nunca tuve oportunidad de ver pacientes con dos o más personalidades como lo describen en la literatura pasatista (novelas).

### **Estupor disociativo (38)**

El estupor es, básicamente, un grado leve de confusión mental y consiste en un estado caracterizado por la disminución importante o ausencia de motilidad voluntaria, y una respuesta normal a los estímulos

externos, tales como la luz, el ruido o el ser tocado y otros muchos estímulos de distintas modalidades sensoriales, lo que implica la conservación del sistema reflejo y sensorial. El estado de estupor se encuentra relacionado con diversas patologías, como enfermedades infecciosas, intoxicaciones, enfermedades vasculares, deficiencia de vitamina D, así como con trastornos depresivos (especialmente el no especificado), esquizofrenia catatónica, y trastornos disociativos o de conversión.

En los estados disociativos los criterios diagnósticos de estupor, los antecedentes la exploración clínica y la realización de pruebas complementarias ponen de manifiesto la ausencia de una etiología somática u orgánica. Existe, además, evidencia positiva de génesis psicógena, en forma de acontecimientos o conflictos biográficos estresantes recientes o problemas sociales o interpersonales importantes. Dentro del marco de características conductuales generales presentes en el estupor disociativo, el individuo permanece sentado o acostado considerablemente inmóvil y mutista durante largos lapsos de tiempo. La fascie es de perplejidad y muy lejana, asociada a hipotonía, pero con resistencia suave a los cambios de posición. El estupor disociativo se caracteriza por un inicio brusco, secundario a acontecimientos psicológicamente traumáticos o conflictos emocionales. En general, se trata de cuadros de corta duración, que ceden en horas o días. Un factor a considerar es la presencia (o antecedentes) de rasgos o un trastorno limítrofe o histriónico de la personalidad.

## Caso 1

N. fue traída por la policía con orden judicial de internación, había sido encontrada deambulando por la calle, con expresión perpleja, sin cartera ni documentos. No pudo dar datos sobre su persona y vista por el forense, indicó la internación. Era alta, delgada, bonita pero no llamativa, vestida con ropas a la moda, pero sencilla. Corría el 2002, año de la crisis económica, llegaban muchos pacientes a la guardia con depresión, intentos de suicidio, psicosis reactivas breves, psicosis cicloides, por haber perdido su trabajo, por remate de sus propiedades que no podían pagar, pérdida de negocios o pequeñas fábricas, todos se habían quedado sin obra social. Disparaban episodios agudos, personas con predisposición y escasa resiliencia. N. continuaba con su mirada perpleja, con expresión de no comprender qué pasaba aunque no mostraba angustia, ni curiosidad por dónde estaba o quiénes éramos nosotros. Su actitud era pasiva, respondía al interrogatorio dentro de sus posibilidades. Insistía en que no recordaba quién era, ni su domicilio, ningún dato personal, ni de su familia. Tampoco sabía por qué estaba caminando por la calle sola y no sabía hacia dónde se dirigía. Padecía una amnesia generalizada de la memoria episódica. Su lenguaje era correcto, parecía una persona con algún grado de instrucción. Sabía quién era el presidente. Pudo responder algunos datos históricos fáciles como la fecha de la revolución de mayo, y hacer cálculos en un papel. Algo estaba claro, su memoria episódica estaba borrada, no así la memoria semántica ni la memoria implícita que aparentaban conservadas. Dada la

expresión psíquica y la integridad física, pensamos en una fuga disociativa con amnesia disociativa. O bien una fuga epiléptica, aunque el estado crepuscular no era tan notorio, la paciente estaba vigil. El problema era cómo tratábamos estos síntomas. recurrimos a risperidona en baja dosis y benzodicepinas. Recién a los tres días comenzó a recordar. Evidentemente, hubo un compromiso de la conciencia leve que no bastaba para hablar de confusión.

Primero recordó su nombre, luego sus datos personales, pero no quería dar los datos de su familia, para no asustarlos y preocuparlos. Luego recordó el hecho por el que corrió hacia la calle y allí se borraba su recuerdo. N. trabajaba como secretaria en una inmobiliaria. Sus padres y hermano se habían quedado sin trabajo, y el único aporte económico en la casa lo hacía ella. El dueño de la inmobiliaria, un hombre mayor, intuyendo su estado de necesidad y debilidad, comenzó a acosarla sexualmente. Ella sufría en silencio, no quería contarle en su casa porque le dirían que abandonara el trabajo, pero entonces de que viviría su familia. Cuando iba hacia el trabajo la asaltaba la angustia, y cuando se presentaba el señor en cuestión ella se sentía inmovilizada, no sabía cómo defenderse, más que guardar silencio y responder con negativas a los convites a salir. El día de la internación, llegado el medio día, el acosador se cruzó delante de la puerta de la oficina con la intención de no dejarla pasar, e intentó abrazarla. Ella recuerda que se escabulló del abrazo y pudo abrir la puerta corriendo a la calle y abandonando en la oficina todas sus pertenencias. Desde ese momento no recordaba nada más, hasta su "despertar",



en el hospital. Finalmente, accedió a dar el teléfono de su casa y su familia pudo venir a retirarla y hacer la denuncia policial en contra de ese señor. De todas formas se le aconsejó hacer psicoterapia y, obvio, buscar otro trabajo. Después, pudo llorar y desahogarse. Su familia comprendió la situación y el porqué del comportamiento. Para poder salir de la trampa en la que estaba, sin aparecer culpable de desproteger a su familia, la disociación fue el camino más sencillo para salir del problema sin sentirse culpable. En realidad nunca sabremos si la medicación actuó o esto hubiera mejorado solo. Creo que la medicación aceleró el proceso de integración de su conciencia.

## Caso 2

Me derivan al paciente H. de 36 años, por padecer una pérdida de memoria de los últimos 10 años de su vida. H. tenía un kiosco en el conurbano bonaerense, que había adquirido con el dinero de una indemnización de su trabajo. Había sido programador de computación en una empresa extranjera. Hacía dos semanas había sufrido un asalto en el kiosco, a mano armada, había quedado muy asustado y no quería volver allí, especialmente en horario nocturno. A la semana regresó para atender el negocio, a la tarde llamó a su madre y balbuceó que no se sentía bien. Su madre, su padrastro y su segunda esposa, en la casa de quién vivían todos, corrieron al kiosco y lo encontraron caído en el suelo sin conocimiento. Fue internado de urgencia en un hospital general, descartándose toda causa orgánica, le dan el alta, pero H. no reconocía a su segunda esposa,

ni la casa de ella en la que vivían. Hablaba de su primera esposa, como si estuviera aún casado con ella y de que tenía que ir a la empresa a trabajar. En esas condiciones viene a la consulta, me relata que estaba trabajando en la computadora, cuando sintió deseos de ir al baño. Ya en el lugar comienza a sentir sensaciones muy extrañas, su cabeza se agrandaba, sus piernas y brazos aumentaban de tamaño y se sentían muy pesados, el cuerpo perdía la fuerza para sostenerse en pie, hasta que cayó al suelo y es lo último que recuerda. Su señora estaba a su lado, pero él decía no conocer a esa señora, aunque le estaba muy agradecido por ser muy buena con él y su madre. Su madre comenzó a preguntarle sobre hechos relevantes de su vida de los últimos diez años, H. contestaba que no recordaba haber vivido eso, pero se angustiaba y preguntaba que le podía estar pasando.

Su madre corrobora el desmayo del baño de la empresa que determinó una primera internación, pero esa vez solo tenía amnesia del episodio, no de parte de su vida, esta vez era distinto. Después del primer desmayo, tuvo dificultades de rendimiento en el trabajo de computación, hasta que llegó a un acuerdo con la empresa y se fue. No recordaba eso, ni la separación de su primera esposa. Ni la aparición de la segunda, ni la existencia del kiosco. Lo que me llamaba la atención eran las cenestopatías previas al primer desmayo, ignoraba qué había sucedido en el segundo. Lo más notorio en H. era la amnesia selectiva de su memoria episódica y la angustia presente. Pensé que lo mejor en este caso era calmar la angustia e indiqué un antipsicótico

sedativo (tioridazina 25 mg x dos comp.) y una benzodiacepina.

A los tres días comenzó a recordar todo y volvió a la consulta. Mucho más tranquilo, recordaba sus últimos diez años de vida (para tranquilidad de su mujer). Recordó el episodio del negocio, estaba por oscurecer y volvió a sentir el enturbiamiento y agrandamiento de su cabeza, la pesadez en los miembros, logró marcar el teléfono de su madre para pedir ayuda y de allí no recuerda más, hasta hacía tres días que recuperó la memoria. La fidelidad fotográfica de los dos episodios, me hizo pensar en una epilepsia, pero no explicaba la pérdida de memoria. Otra cosa oscura era la causa, si la había, del primer episodio. Pero claro que la causa estaba. En la empresa un compañero lo incita a robar un programa de juegos en el que trabajaban los dos, para venderlo a otra empresa, cosa que finalmente su compañero lleva a cabo. El acepta el dinero, pero a partir de ese momento comienza a sentirse observado, como si los compañeros o sus superiores supieran algo del asunto. No podía relatar el hecho a nadie, porque él y su familia tenían fama de ser muy honestos, y si se supiera lo hecho, todo se perdería, él pasaría a tener un descrédito y su madre, cuya opinión de él tenía gran peso en su vida, dejaría de quererlo. Así se desencadena el primer episodio. El segundo después del robo, del que también temía el descrédito por no haberse defendido ni pudo evitarlo, quedando ante el barrio como un indefenso (que en realidad era, pero no podía tolerar la idea).

Se realizó SPECT de cerebro, que dio un foco temporal izquierdo, pero eso no expli-

caba la amnesia selectiva. Sobre el estado cenestopático de la epilepsia, se montaba la personalidad histriónica infantil, dependiente. Se trataba de una histeroepilepsia. Se medicó con antiepilépticos, actualmente trabaja de entrenador de vóley, nunca volvió al kiosco. Su salida era la huída.

### Caso 3

M. era una mujer de 67 años que había quedado viuda hacía un año, de un esposo del que era muy dependiente. Según sus hijas, siempre había tenido un carácter entre sumiso y caprichoso, según las cosas fueran como ella deseaba. Su esposa había sido un hombre paciente que solía darle los gustos. Sus hijas, ya casadas e independizadas, después de la muerte de su padre no visitaban con frecuencia a su madre, porque vivían a una distancia considerable. La paciente siempre se quejaba del desamor y el abandono de sus hijas, especialmente con sus amigas con quienes se victimizaba por la desatención de la que era objeto. De hecho, tenía una vida social activa y era apreciada, por lo que sus amigas le daban la razón y esto la enardecía más, siendo frecuentes las discusiones. En esa oportunidad sus hijas toman una decisión sin consultarla, y concurren las dos a casa de su madre a comunicarle lo pensado. Le plantean que lo mejor era vender la casa y pagarle un geriátrico cerca de la casa de una de ellas, para poder verse con frecuencia. La madre comienza un episodio de excitación con gritos y pedidos de ayuda, diciendo que sus hijas querían despojarla, alejarla de sus amistades y su barrio y quedarse con todo enterrándola en vida. Las hijas no esperaban esta reacción, pero no

consiguen calmarla, hasta que M. cae al suelo y pierde el conocimiento. Es internada de urgencia y se descarta patología orgánica. El problema es que al recuperar el conocimiento entra en mutismo y negativa a alimentarse. Se la interna en la clínica psiquiátrica, con diagnóstico de conversión histérica y trastorno disociativo. Al ingreso la paciente permanecía mutista y con negación activa al alimento. Cuando se intentaba alimentarla, cerraba la boca con fuerza. La mirada no se dirigía al interlocutor, pero no parecía confusa, sino indiferente a lo que pasaba, pero vigil. Tampoco se levantaba de la cama por su voluntad, debía ser higienizada en la cama, porque la paciente si bien no se oponía, no ayudaba por tener el cuerpo hipotónico pareciendo un peso muerto. En aquella época todavía no teníamos los antipsicóticos de segunda generación. Decidimos usar haloperidol y lorazepam intramuscular. No hubo respuesta hasta el quinto día que comenzó a hablar con la psicóloga, con el discurso que había disparado el cuadro. La decisión de sus hijas de "borrarla del mapa" decía la paciente. Al sexto día comenzó a alimentarse y entabló una buena alianza con la terapeuta. Finalmente, se le dio el alta con el compromiso de sus hijas de no vender la casa, y visitarla más a menudo en la suya. M. siempre conseguía lo que deseaba, a cualquier costo (tal como decían sus hijas).

## Tratamiento

Para poder iniciar un tratamiento farmacológico debemos contar con estos requisitos, difíciles de lograr, dado que estos pacientes no aceptan, en principio, que necesiten tratamiento psiquiátrico y, si lo

aceptan, suelen manejarlo según reglas propias, que ellos entienden como más convenientes. Luego se debe negociar:

- Acuerdo médico - paciente
- Información sobre medicamento
- Educación sobre dosificación
- Objetivación de resultados

Con antipsicóticos típicos se puede utilizar según diferentes autores:

Leone (1983): loxapina.

Goldberg (1986): tiotixeno.

Cowdry & Gardner (1988): trifluoperazina

Montgomery & Montgomery (1987): flupentixol.

Teicher et al. (1989): tioridazina.

En dosis bajas disminuyen la ansiedad y la ideación paranoide.

Frankenburg & Zanarini (1993): clozapina.

Chengappa et al. (1995): clozapina.

Szigethi & Schultz (1997): risperidona.

En nuestro medio se está utilizando con buenos resultados la quetiapina a dosis ansiolítica de 25 a 100 mg.

Tienen la ventaja de mayor aceptación por menores efectos adversos tienen potente acción ansiolítica.

Tratamiento con ISRS

- fluoxetina
- sertralina
- citalopran
- paroxetina

Son útiles para tratar la labilidad afectiva, la angustia que los empuja al *acting out*.

Si vamos a utilizar benzodicepinas, sugiero las de vida media prolongada como

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Cambios en el estado de ánimo, labilidad afectiva, estado de ánimo depresivo, quejas somáticas.	Antidepresivos serotoninérgicos.
Desrealización, ilusiones.	Antipsicóticos a dosis bajas.

el clonazepan. Estos pacientes se hacen rápidamente adictos a estos medicamentos, desarrollando tolerancia y con grandes posibilidades de importantes sobreingestas de dosis diarias (tuve pacientes que tomaban hasta 40 alprazolam por día, o dosis equivalentes de lorazepan).

En estos pacientes el tratamiento farmacológico alivia los síntomas, pero el trastorno de personalidad de base no lo puede modificar la farmacología. El tratamiento

psicoterapéutico es en estos casos la base del tratamiento, y es útil en tanto haya un convencimiento del paciente de querer cambiar algún aspecto de la personalidad, lo que no sucede con frecuencia, salvo que use el tratamiento para manipular una situación familiar o de otro tipo. Por ello, el terapeuta debe estar atento a que el paciente no utilice sus intervenciones para fines de manipulación del entorno.

## Referencias bibliográficas

- 1. Allport G., Personality: A psychological interpretation. Nueva Yorkb, Holt Tinehart and Winston, 1937.
- 2. Álvarez JM, Colina F, Ramón E, La histeria antes de Freud, la biblioteca de los alienistas de Pisuerga, edit. Ergon, Madrid, 2011.
- 3. Asociación Americana de psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V; Arlington VA, Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.pp365 .
- 4. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V, Arlington VA; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pp 181-182.
- 5. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V, Arlington VA; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pp 183.
- 6. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V, Arlington VA; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pp 183.
- 7. Barski AJ; Goodson JD; Lane RS; et al: The amplification of somatic symptoms; Psychosom Med 50: 510-519. 1988.

- 8. Bayón Pérez C, Rodríguez Cahil C, Cloninger CR, Concepto y clasificación de los trastornos de la personalidad. En: Vallejo Ruiloba, Léal Cercós, Tratado de psiquiatría, edit. Marban, Madrid, 2012. 99: 1390.
- 9. Breuer J, Freud S. Studies on hysteria (1893-1895), in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 2. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1955.
- 10. Briquet P, Tratado sobre la histeria, En Alvarez JM, Colina F, Ramón E, La histeria antes de Freud, la biblioteca de los alienistas de Pisuergra, edit. ergon, Madrid, 2011; 1, 8-9.
- 11. Briquet P, Tratado sobre la histeria, En Alvarez JM, Colina F, Ramón E, La histeria antes de Freud, la biblioteca de los alienistas de Pisuergra, edit. ergon, Madrid, 2011; 1, 8-9.
- 12. Cloninger CR Somatoform and dissociative disorders; en Winokur C, Clayton PJ; Medical basis of Psychiatry 2º edic. Philadelphia: WB Saunders: 169-192. 1993.
- 13. Cloninger CR, Svrakic DM, Differentiating normal and abnormal personality by the seven factor personality model. En Strack S y Lorr M. Differentiating normal and abnormal personality Nueva York: Springer 1994. 40-64.
- 14. Cloninger CR. Feeling good. The science of well being. Oxford University Press, 2004. En Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger: Aproximación integradora en la evaluación de los trastornos de personalidad y proceso psicoterapéutico. Carmen Bayón. Alcalá de Henares. Madrid.Fuente: PSIQUIATRIA.COM. 2006; 10(1).
- 15. Cohen B. J. y otros, "Personality disorder in later life a community study"; Br. J. Psychiatry 1994, 165, pp493-499.
- 16. Cummings J. Clinical Neurosychiatry. New York. Grunne and Stratton: 200-212; 1985. En Roca Bennasar M. Trastornos neuróticos; Sociedad española de psiquiatría biológica; Leal Cercós C; 12: 363-374; 2002.
- 17. DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Panamericana, 5º edición. 2014.
- 18. Ellenberger HF. The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry. New York: Basic Books; 197.
- 19. Eysenck HJ, The estructure of human personality, (Psychology revivals), 3º edición, 1970.
- 20. Flick SN, y otros; "DSM-III-R Personality disorder in a mood and anxiety disorders: prevalence, comorbility and clinical correlates"; J. Affect. Disord 1993, 27. pp 71-79.
- 21. Gabbard OG; Psychodynamic psychiatry in clinical practice; Washington DC: American Psychiatryc Press. 1994; pp559-660 .
- 22. Gilles de la Tourette, Consideraciones históricas En Alvarez JM, Colina F, Ramón E, La histeria antes de Freud, la biblioteca de los alienistas de Pisuergra, edit. ergon, Madrid, 2011; 1, 8-9.
- 23. Gilles de la Tourette, Consideraciones históricas En Álvarez JM, Colina F, Ramón E, La histeria antes de Freud, la biblioteca de los alienistas de Pisuergra, edit. Ergon, Madrid, 2011; 1, 6.
- 24. Hales R, Yudofsky S, Talbott J. Tratado de Psiquiatría. The American Psychiatric Press, Ancora S.A. Barcelona; 199.
- 25. Horowitz, M. J., «Teore traits of hysterical or histrionic personality disorders», en HORO– Hysterical personality style and the histrionic personality disorder. Nueva Jersey, Jason Aronson, 1991, 3-13.
- 26. Huxley, H "Los demonios de Loudum"edit. Planeta Barcelona, 1972.
- 27. Jaspers K, Psicopatología General, 5º edición alemana, 4º edición castellana, editorial Beta, Buenos Aires, 1980. 507-514.
- 28. Jaspers K. Psicopatología General; editorial Beta. Buenos Aires, 1980. 4:512-513.
- 29. Kernberg, O.). Trastornos graves de la personalidad. México D.F: Editorial Manual Moderno.

1984.

- 30. Kraepelin E, Über hysterische Schwindler. All Zeitschr. f. Psych 63 (1906) 902.
- 31. Levenson JL; Tratado de Medicina Psicosomática; edit. Ars Médica. Barcelona; 13: 275-280. 2006.
- 32. Lipowski Z; Somatization: the concept and its clinical application. Am J Psychiatry 145: 1358-1368: 1988.
- 33. Livesley WJ, A framework for integrating dimensional and categorical classification of personality disorder. J Person Disord 2007; 21:199.
- 34. Maleval JC, Locuras histéricas y psicosis disociativas, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- 35. Mann T., Confesiones del estafador Félix Krull. editorial pocket edhasa. Argentina 2012.
- 36. Marie P. Elogio de JM Charcot; Rev. de neurologie. 32:742; 1925.
- 37. Marshall JC, Halligan PW, Fink GR, Wade DT, Franckowiak RS, The functional anatomy of a hysterical paralysis; Cognition; 64: B1-B8. 1997; en Roca Bennasar M; Trastornos neuróticos, Sociedad española de psiquiatría; 12: 372-373. 2002 .
- 38. Mascayano F, Maray F, Roa A. Trastornos disociativos: una pérdida de la integración;[Rev GPU 2009; 5; 3: 379-388].
- 39. Miller E; Conversion hysteria: Is it a viable concept?; Cognitive Neuropsychiatry; 4: 181-191; 1999.
- 40. Millon T, Davis R; Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV; edit. Masson. Barcelona 2000; pp388-394.
- 41. Millon T, Trastornos de la personalidad, más allá del DSM-IV, edit. Masson. Barcelona 1994.
- 42. Mussa Alexis; Tratamiento farmacológico de las descompensaciones histéricas; Alcmeón, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica; año XIV, vol 12; N° 2 abril 2004.
- 43. Nestadt G. y otros "An epidemiological study of histrionic personality disorder"; Psychological Medicine 1990, 20, pp 413-422.
- 44. Pérez Esther, González Ana, Moreno Ana, Ponte Nuria, Delgado Manuel; Personalidad histérica o Trastorno de personalidad histriónico: una revisión; Rev. Asoc.. Esp. de Neuropsiq. 1997; vol XVII; n° 62; 223-236.
- 45. Quill TE; Somatization disorder: one of medicine's blind spots. JAMA 254:3075-3079; 1985.
- 46. Richer P; Études cliniques sur la gran hystérie o hystéro-épilepsie; Paris, Delahaye A y Lecrosniere E. 2º edición. 1885.
- 47. Roca Bennasar M. Trastornos neuróticos; Sociedad española de psiquiatría biológica; Leal Cercós C, Leal Cercós M; 12: 363-374; 2002.
- 48. Schneider K "Las personalidades psicopáticas", ediciones Morata. Madrid 7º edición 1974.pp.30-33.
- 49. Schneider K, Las personalidades psicopáticas, editorial Morata. 7º edición. Madrid, 1974. pp.146-157.
- 50. Sierra M, Berrios G; Towards a Neuropsychiatry of conversive hysteria. Cognitive Neuropsychiatry; 4: 267-287. 1999.
- 51. Toone BK; Disorders of hyterical conversion. En: Bass C edit. Somatisation physical symptoms and psychological illnes. Oxford. Blackwell; 207-234; 1990.
- 52. Vázquez Caicedo G.; Trastornos somatomorfos; en Rotondo Humberto, Manual de Psiquiatría; 2º edición. cap. 16. [sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicología/Manual-psiquiatría/cap.16.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicología/Manual-psiquiatría/cap.16.htm).
- 53. Véjar Raúl Riquelme, Oksenberg Schorr Alex, "Trastornos de la personalidad" hacia una mirada integral, cap. 1 Sociedad chilena de Salud Mental. Santiago de Chile, 2003.
- 54. Wook, W.«Vergangenheit und Zukunft des Hysteriekonzepts», Nen1enarzt, 1992,63 (3), pp. 149-157.
- 55. World Wide Web Clasificación de los trastornos de la personalidad. Guías esquematizadas del tratamiento de los Trastornos de la Personalidad para profesionales, desde el modelo de Theodore Millon. Tomado el 20 de agosto del 2012/ Posted on agosto 21, 2012, by psicologaby.



# Trastornos de la personalidad -Grupo C-

Carlos Aranovich

## Introducción

El abordaje de la temática de los trastornos de la personalidad, en este caso restringiéndonos al grupo C, implica una complejidad que resulta ajena a otros trastornos mentales en los que el desarrollo de la psiquiatría ha podido brindar respuestas satisfactorias en lo que se refiere a la delimitación diagnóstica, fundamentación nosológica y terapéutica eficaz. Los trastornos de la personalidad se ven influenciados por factores ambientales, culturales y por la siempre latente discusión acerca del valor de los patrones estadísticamente normales. Adicionalmente, el dinamismo de la conducta humana, es decir, los cambios en el acontecer histórico-vital del individuo y de la sociedad en la que se desenvuelve, agregan un factor de mayor complejidad al tiempo de delimitar un cuadro nosológico. Todo esto confluye en la necesidad de la comunidad científica de establecer patrones diagnósticos consensuados, con el implícito menester de la revisión constante.

En la última edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, se enuncia un trastorno de la personalidad como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tratándose de un fenómeno generalizado, estable en el tiempo, poco flexible y que da lugar a malestar

o deterioro. En este marco, se diferencian tres grupos de trastornos de la personalidad según las características comunes: grupo A: trastornos caracterizado por conductas extravagantes o excéntricas; grupo B: trastornos donde la afectividad desmesurada, la labilidad emocional y el curso errático de la conducta representan el denominador común de los sujetos que padecen este trastorno; grupo C: el principal obstáculo para el desarrollo de estos individuos resulta ser un patrón conductual regido por la ansiedad y la temerosidad. El desafío que enfrenta la psiquiatría se ve acrecentado por la inflexibilidad y la estabilidad en el curso de la conducta de los individuos que se presentan a la consulta. Frente a ello, no debe olvidarse que el objetivo final de la práctica médica es el restablecimiento de la autonomía de la persona: mejorar sus síntomas no solo le brindará el alivio sintomático, sino que le permitirá desarrollarse en las áreas social, académicas, laborales, etc. a fin de insertarse socialmente.

En lo que se refiere a la prevalencia de los trastornos de la personalidad, existen datos epidemiológicos que afirman que aproximadamente un 15% de los estadounidenses posee algún trastorno de la personalidad. Si se consideran por grupos, las estimaciones sostienen que existiría una prevalencia de un 5,7% para los trastornos del grupo A, un 1,5% del grupo B y un 6,0% para los trastornos del grupo C.



## Trastornos de la personalidad del grupo C

Los trastorno de la personalidad del grupo C se caracterizan por ser un conjunto de entidades nosológicas caracterizadas por la aparición de síntomas de ansiedad ante la inminencia de relacionarse con otros individuos (trastorno por evitación), cuando deben tomar decisiones por sí mismos (trastorno por dependencia) o bien cuando se ve amenazado el orden y la escrupulosidad por él impuesto (trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad). Estos síntomas pueden resultar egosintónicos para el paciente cuando su devenir cotidiano es amoldado a evitar las situaciones que representan un malestar acusado, pudiendo pasar inadvertidos para el siste-

ma de salud. Esto conlleva, sin lugar a dudas, a que un número no claramente definido de individuos transiten su acontecer vital bajo el régimen de la temerosidad o la privación de participar en actividades sociales o académicas, ante la sola amenaza de verse sometidos a síntomas displaceros de ansiedad.

Como podrá fácilmente deducirse de lo descrito, existen elementos en común entre los trastornos mentales del eje I en un extremo (trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, la fobia social y el TOC) y las características propias de cada temperamento individual (tímido, susceptible y controlado) en el otro si situamos a los trastornos del grupo C entre ellos. Esto es

### CUADRO 1

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

A. Un <b>patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento</b> que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes: 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.
C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
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.
E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
F. 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).

que podemos afirmar que pueden existir factores en *continuum* entre ellos, con una variable cualitativa sintomática como denominador común, pero con diferencias cuantitativas definitorias en lo que se refiere a la presentación, el curso y el grado de afectación en las áreas social, laboral o de las esferas importantes para el desarrollo y la actividad del individuo. En este mismo sentido es posible afirmar que los rasgos temperamentales objetivables por el psiquiatra, solo deben ser considerados como trastornos de la personalidad cuando se manifiesten como inflexibles, desadaptativos y persistentes, ocasionando un deterioro funcional o generen un malestar clínico significativo.

La diferenciación entre un trastorno clínico, un trastorno de la personalidad y un variable temperamental posee un valor sustancial que no solo se dirime en cuestiones teóricas para los académicos, sino que implica una orientación terapéutica que acercará o alejará al paciente del pleno ejercicio de su autonomía según la apreciación del profesional. Este concepto es el hilo rector del presente capítulo, precisando criterios diagnósticos, describiendo diagnósticos diferenciales y abordando en tema de la terapéutica adecuada.

# 1) Trastorno de la personalidad por evitación

## a) Características clínicas

El trastorno de la personalidad por evitación engloba a un grupo de sujetos cuya conducta se encuentra dominada por la inseguridad en sus acciones, temiendo ser ridiculizados o verse sometidos a la crítica o al rechazo. Esta situación los limita en su desarrollo personal, solo transitando ámbitos laborales o sociales en los que se encuentre garantizado que no serán sometidos a burlas o a ser desaprobados. Cualquier comentario acerca de su vestimenta o su aspecto, que podría pasar inadvertido para otras personas, en ellos son motivo de profundo displacer y una ansiedad que difícilmente puedan manejar. Ante tales situaciones, suelen alejarse del foco que consideran injurioso o descalificador, sin que por ello ceda la ansiedad. Pueden estar varias horas o hasta días atribulados por cualquier acotación relacionada con su aspecto o por su desempeño. Esto suele confirmar el descrédito que tiene de sí mismo, lo que redundará en la profundización de su aislamiento y de sus dificultades en la adaptación al medio.

En su trabajo prefieren las ubicaciones periféricas, siempre evitando el centro de la atención. Se muestran renuentes a aceptar nuevas responsabilidades pese a que

### CUADRO 2

#### Trastorno clínico (Eje I), trastornos de la personalidad (Eje II) y variaciones temperamentales

Trastorno clínico	Trastorno de la personalidad	Temperamento
Fobia social generalizada	Trastorno por evitación	Temperamento tímido
Angustia – Agorafobia - TEA	Trastorno por dependencia	Temperamento susceptible
TOC	TOC de la personalidad	Temperamento controlado

represente una promesa de mejora en su posición laboral o remunerativa. Se ve inmerso en dudas acerca de su capacidad antes de responder a cualquier ofrecimiento. Su dubitación genera impaciencia en sus superiores que le urgen respuestas, que solo logran confirmar la escasa capacidad que cree tener. Se sienten cómodos trabajando solos, pasando inadvertidos. Solo la certeza de no ser rechazados le permite entablar relaciones de cercanía con sus pares, aunque puede alejarse de personas por el solo temor de ser desaprobados. Sus relaciones de pareja son exiguas y solo puede aventurarse a establecer vínculos cuando siente que no será rechazado o desencontrado en sus sentimientos. Se sienten tristes al verse frustrados y en su mundo interior anhelan tener una pareja y relacionarse de manera satisfactoria.

Como puede deducirse fácilmente, estos sujetos debido a su patrón conductual sufren y hacen sufrir debido a su excesiva sensibilidad o susceptibilidad. Recurren al aislamiento para compensar su inseguridad. No son distintos de los casos descritos por K. Schneider al tratar a los psicópatas inseguros de sí mismos. Dentro de esta clasificación, Schneider afirma que son personalidades que transcurren su existencia como una variedad del proceso caracterológico, que padecen por su anormalidad o por su anormalidad otros sufren, excluyendo la denominación de enfermos. En el caso de los inseguros de sí mismos, resulta claro que el peso de su anomalía lo carga el mismo paciente abrumado por sus temores y su convicción de minusvalía ante las personas que lo rodean.

## **b) Diagnóstico diferencial**

### **Trastornos de ansiedad**

Tal como se desprende de la descripción del cuadro clínico, la ansiedad, la angustia y los síntomas afectivos displacenteros ante situaciones que le resultan incómodas o reserven alguna amenaza latente a su susceptibilidad. Los síntomas pueden asemejarse a un ataque de pánico, a la ansiedad generalizada a la fobia social. La similitud alcanza un grado que el mismo paciente concurre a la consulta afirmando que padece alguno de estos trastornos. No faltará alguien de su entorno que le habrá sugerido que tal vez padezca un trastorno de ansiedad. El curso del cuadro y las características de la personalidad que el psiquiatra debe entrever debajo de la descripción de los síntomas manifestados por el paciente, orientarán hacia un diagnóstico preciso, evitando una terapéutica desacerpada. La respuesta parcial al tratamiento, cuando es implementado concibiendo un trastorno de ansiedad, es una buena oportunidad para reevaluar el diagnóstico.

### **Trastornos afectivos**

El desempeño errático del individuo en las áreas laborales y sociales debido a la falta de confianza en sí mismo y la baja autoestima, desencadenan en el paciente síntomas afectivos como la tristeza y el ánimo depresivo. Esto, sumado a la baja autoestima estructural y la conducta de retraimiento social, pueden simular un cuadro depresivo, o en algunos casos solaparse ambos diagnósticos. El paciente puede consultar por síntomas depresivos, sin exponer como demanda las características propias de su conducta, que vivencia

como parte de su devenir cotidiano. La morigeración de los síntomas afectivos expondrá la estructura de personalidad subyacente.

### **Trastornos de la personalidad**

La superposición de criterios diagnósticos del trastorno de la personalidad por evitación con otros trastornos de la personalidad no es infrecuente, debido a que pueden aparecer síntomas comunes a ambos. No debe excluirse la posibilidad de diagnosticar más de un trastorno de la personalidad presuntivamente, aunque el clínico sopesará la signo-sintomatología esencial o predominante en el cuadro del paciente. Esto suele ocurrir con el trastorno por dependencia o el trastorno esquizoide de la personalidad, en los cuales el sentimiento de inferioridad en el primero, y el aislamiento social en el segundo, pueden confundir el diagnóstico.

## **2) Trastorno de la personalidad dependiente**

### **a) Características clínicas**

La propia percepción de sentirse incapaces de desenvolverse puede considerarse como el génesis de este trastorno. La autovalía y el desempeño individual son ajenos a las posibilidades que puede albergar la concepción propia y del mundo en estos sujetos. Se ven incapaces de cuidarse de sí mismos y de tomar sus propias decisiones. Esta percepción de incapacidad los lleva a requerir de cuidados y atenciones que pagan con una sumisión que linda con lo servil ante la persona en quien delegan su responsabilidad. Todas las decisiones trascendentes de su vida son llevadas a cabo por otra persona, en quien descansan.

Jamás toman la iniciativa y se ven impedidos de tomar determinaciones, solo en algunas ocasiones ejecutan actos aunque con la supervisión y la consulta a terceros. Esto determina que solo se desempeñen en puestos de baja jerarquía en el área laboral, esquivando posiciones que impliquen la toma de decisiones o el ejercicio de la autoridad, aun estando intelectualmente capacitados para hacerlo.

La vestimenta, la elección vocacional o el lugar de residencia en la personalidad dependiente son decisiones que determina otra persona. No pueden concebir proyectos ni desarrollarse laboralmente basados en la escasa o nula confianza en sí mismos. Su mejor performance la suelen alcanzar al realizar tareas bajo la supervisión de un superior, aunque siempre temerosos de alcanzar un estamento superior que los obligue a ejercer algún tipo de responsabilidad. La ausencia de una autoridad los angustia y la soledad no es una situación que puedan tolerar por mucho tiempo. Su necesidad reviste un grado tal que pueden verse compelidos a realizar acciones que le son desagradables en su afán de no perder de su lado a la persona que le dispensa los cuidados y el apoyo que vivencia como indispensable para su subsistencia. Puede tolerar abuso verbal, físico o sexual.

El temor a ser abandonado puede alcanzar dimensiones irreales. En su fantasía, la persona de la cual depende puede dejarla en cualquier momento le causa ansiedad que la conduce a una mayor sumisión con la expectativa que jamás se quedará sola y que tendrá que decidir por su cuenta hasta los actos más sencillos. En caso que esto ocurra, suelen recurrir rápidamente a otra

persona que cumpla el rol de brindarle atención y apoyo a cambio de su sumisión. Tal como ocurre en otros trastornos, se ven a sí mismos como inútiles e incapaces. La baja autoestima los conduce a sentirse incapaces de gobernar su vida.

## **b) Diagnóstico diferencial**

### **Trastornos afectivos**

El paciente con síntomas depresivos merced a su anhedonia, tristeza, ideas de autodesvalorización e hipobulia, presenta una dependencia de su entorno que puede considerarse como real e innegable. La mejoría de los síntomas depresivos despeja cualquier duda al encontrar una persona autoválida con la remisión del cuadro. No ocurre esto con el dependiente: toda su existencia estará apoyada en las determinaciones ajenas con el costo de entregar su sumisión y obediencia. Toda su historia vital tendrá este denominador común, siempre dependiendo de un tercero, lejos de limitarse a episodios reconocible y acotados como ocurre en el trastorno depresivo o en el trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad.

### **Trastornos de ansiedad**

La presencia de angustia y ansiedad en el trastorno de la personalidad dependiente siempre se encuentran relacionados con verse confrontado con la necesidad de ejercer su autonomía. La sensación de vacío y desasosiego suelen aparecer frente al alejamiento de la persona en quien delegaba todas sus decisiones. La superposición de diagnósticos no es improbable y el examen minucioso de la biografía del paciente puede arrojar luz que oriente al profesio-

nal. La terapéutica de la ansiedad expondrá la estructura de personalidad subyacente rigiendo el acontecer vital del paciente.

## **Trastornos de la personalidad**

Como fue descrito, la superposición de criterios diagnósticos con otros trastornos de la personalidad no es infrecuente. El temor a ser abandonado suele presentarse en el trastorno límite de la personalidad, aunque la sumisión y el apego resultan síntomas cardinales en el dependiente. La docilidad y la humildad del dependiente lo distancia del trastorno histriónico, en los cuales la necesidad de ser tenidos en cuenta los empuja a la extroversión y el deseo de ejercer el centro de la atención. El sentimiento de ineptitud es un síntoma compartido con el trastorno evitativo, aunque el temor a ser humillado lo diferencia de manera determinante del dependiente. Nunca debe descartarse la posibilidad de que el paciente cumpla con criterios diagnósticos de dos o más trastornos de la personalidad.

## **3) Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad**

### **a) Características clínicas**

La rigidez en sus convicciones, corriendo detrás de un perfeccionismo que solo a veces alcanza se erige como característica cardinal de este trastorno. La necesidad de mantener todo bajo control, siendo inflexible frente a los factores que se desvían de su plan rector lo desvía de la eficiencia de lograr su cometido. Puede invertir una cantidad de tiempo que puede llegar a ser irracional para cumplir un plan prefijado, sin considerar la posibilidad de alternativas

que le permitan llegar al mismo fin. La repetición de las rutinas parece garantizarles que todo saldrá como espera. La inflexibilidad alcanza la escala moral: el bien y el mal lo lleva consigo a todos lados y no considera excepciones a las leyes y las normas.

Su vida puede, paradójicamente, desordenarse por revisiones y replanificaciones de tareas que nunca alcanzan la perfección ideada, incumpliendo plazos y haciendo peligrar su empleo. La planificación alcanza al esparcimiento como las vacaciones y las actividades recreativas. Sus precauciones alcanzan la esfera económica, resguardando objetos y dinero ante una eventual catástrofe, aunque no se vislumbre en el horizonte. El extremo de tal conducta es acopio de elementos aun inservibles.

La angustia y la ansiedad emergen cuando sus rutinas se incumplen o cuando se ve en una actividad ociosa que le genera una inquietud derivada de estar perdiendo el tiempo. Sus rituales y rutinas pueden molestar a quienes lo rodean, aunque es incapaz de empatizar con sus allegados. La rigidez en sus convicciones suele colisionar con sus relaciones sociales. Sus principios están por encima de cualquier relación. Por la misma causa presentan una dificultad severa para el trabajo en equipo o para delegar tareas, con el consiguiente deterioro en las relaciones laborales.

Kurt Schneider sostiene al describir a los psicópatas inseguros de sí mismos – variante anancástica- como individuos en los que la obsesión o anancasma surge como reacción ante la inseguridad de poder afrontar cualquier imprevisto en su cotidianeidad. El reaseguro y la planifica-

ción parecieran erigirse en una personalidad desconfiada de sí misma.

## **b) Diagnóstico diferencial**

### **Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)**

La diagnóstico diferencial entre el TOC y el trastorno obsesivo compulsivo estriba en el la divisoria entre los síntomas obsesivos – compulsivos que el paciente experimenta como irracionales, excesivos e invalidantes y la forma de vivir sus días de manera planificada y ordenada como refiere el trastorno de la personalidad. Raramente, el trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo refiere su conducta como patológica, aunque se presente a la consulta por síntomas displacenteros. Expresado en otros términos, el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad no presenta obsesiones y/o compulsiones en el estricto significado del término.

### **Trastornos acopiadores**

Las conductas de acopio de materiales se observan en diversas patologías mentales, aunque cabe destacar las demencias, las hebefrenias y el trastorno de acumulación. En los primeros casos, la acumulación responde a una conducta apragmática en la que no existe una idea sustancial que respalde el acto de acumulación. El ejemplo del paciente esquizofrénico en fase residual que acumula bolsas dentro de otras bolsas que contienen bolsas está lejos del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. Aquí, la idea de un posible uso futuro –aun potencialmente remoto- le brinda la seguridad que estará a su alcance el objeto acopiado. No es un detalle menor el orden del producto acopiado: debida-

mente rotulado y en su sitio. El acopio anárquico y falta de higiene es fácilmente reconocible en las demencias y las psicosis. El trastorno de acumulación (DSM V) posee características obsesivo-compulsivas dentro del mismo espectro del TOC.

### **Psicosis anancástica de Heilbröner**

La psiquiatría alemana describe un cuadro dentro del marco de la psicosis caracterizado por anacasmias por lo que se lo denominó psicosis obsesiva (Alonso Fernández). La presencia de rituales obsesivos superpone a esta entidad con el TOC, por lo que la escuela americana denominó esquizo-TOC. Alejándonos del debate sobre la naturaleza del cuadro, la presentación de la entidad ante el psiquiatra como un paciente con síntomas obsesivos, puede superponerse con los criterios diagnósticos del trastorno obsesivo de la personalidad. La presencia de síntomas psicóticos excluye cualquier posibilidad de que se trate de un trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo: la ruptura en el acontecer vital del sujeto no se presenta un elemento patognomónico en este cuadro.

### **Otros trastornos de la personalidad**

El trastorno obsesivo de la personalidad persigue la perfección por su propio mundo interno, lo que puede confundirse con el trastorno narcisista que suele ser meticuloso para ser halagado por quienes lo rodean. Esto implica que es capaz de hacernos creer de una perfección que tal vez sea ficticia, lo cual jamás haría un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad con su rigidez moral y el apego a las reglas morales. El desapego social es un rasgo común

con el trastorno esquizoide de la personalidad, siendo en este una dificultad entablar relaciones interpersonales, mientras que en aquel es un resultante de su excesiva dedicación a las obligaciones laborales o académicas.

### **Tratamiento**

El abordaje y manejo del paciente con diagnóstico de trastorno de la personalidad persigue el objetivo de restablecer la autonomía y funcionamiento del paciente en su vida cotidiana. Cuando sus rasgos conductuales resultan ser un obstáculo para su desenvolvimiento social, familiar, laboral o académico, los profesionales tratantes se enfrentan una tarea que trasciende la prescripción médica para entablar una relación terapéutica, cuyo esmero redundará en la mejoría del rendimiento del paciente.

De manera análoga a lo que ocurre en otras áreas de la salud mental, la terapéutica de los trastornos de la personalidad del grupo C se basa en dos pilares complementarios: la psicoterapia y la psicofarmacoterapia.

#### **a) Psicoterapia**

Existen evidencias en todas las escuelas psicoterapéuticas de mejoría sintomática bajo tratamiento de los pacientes con trastorno de la personalidad. Desde el psicoanálisis hasta las TCC pasando por la escuela psicodinámica todas remarcan sus resultados positivos. De todos modos, como eje común podemos afirmar que la plataforma que permite un progreso del paciente se basa en:

- Lograr una adecuada relación terapéutica con el paciente.

- Lograr una adhesión del paciente a las pautas terapéuticas.
- Lograr una óptima regularidad en la concurrencia a las entrevistas.
- Establecer un marco de contención emocional.
- Brindarle soluciones al paciente a sus problemas originados en el trastorno.

En la actualidad, existe un consenso generalizado en la comunidad científica que el terapeuta que encara la psicoterapia de un trastorno de la personalidad, verá resultados más satisfactorios cuando ejerza la labor profesional abrevando en diferentes técnicas procedentes de escuelas teóricas variadas. La combinación de abordajes según la sintomatología del paciente se impone como conducta en pos de alcanzar el éxito terapéutico.

## b) Farmacoterapia

El tratamiento farmacológico del paciente con un trastorno de la personalidad, tal como mencionáramos en los párrafos precedentes, debe orientarse a restablecer la autonomía del individuo. En tal sentido el uso racional de psicofármacos, -respetando las dosis, tiempos de uso y correcta asociación síntoma-indicación- es una herramienta que además de brindarle alivio sintomático al paciente, contribuye en el mejoramiento de su funcionamiento cotidiano.

Las indicaciones farmacoterapéuticas en los trastornos de ansiedad deben considerarse con una orientación sintomática. Vale decir, los psiquiatras no medicamos el trastorno sino los síntomas que emergen como displacenteros o invalidantes de su desenvolvimiento cotidiano.

En el trastorno de la personalidad evitativa la sintomatología que suele motivar la consulta del paciente se despliega en torno a la ansiedad, la angustia y las dificultades en su desempeño social. Esta signo-sintomatología encuentra plena indicación para la prescripción de antidepresivos (IRSS – paroxetina) complementado por benzodiacepinas de vida media larga (clonazepam). El plan terapéutico recomendado es de dosis efectivas 9 a 12 meses de IRSS y clonazepam por 6 semanas con una reducción del 25% de la dosis diaria quincenalmente.

El trastorno de la personalidad dependiente se presenta frente al psiquiatra en diferentes momentos de su acontecer vital. Los síntomas depresivos y de ansiedad – independientemente o asociados- representan el objetivo a tratar. La combinación de IRSS – benzodiacepinas resulta ser una indicación pertinente para estos síntomas.

El trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad puede requerir atención médica ante la predominancia de síntomas de ansiedad que signifiquen un impedimento para el desarrollo del paciente. La elección de un antidepresivo (IRSS – fluoxetina-) en combinación con una benzodiacepina es una indicación correcta.

## Conclusiones

Los trastornos de la personalidad del grupo C representan un conjunto de entidades con características sintomáticas particulares que suelen ser motivo de atención profesional cuando resultan ser un escollo para el normal desarrollo de la vida del individuo. Si bien la presentación frente al profesional puede aparentar un cuadro sindromático característico, no debe perder de



vista que se trata de conductas relacionadas con la personalidad del individuo, por lo tanto, estructurales y emergentes de su forma vital. En tal sentido, las expectativas

terapéuticas deben orientarse a optimizar el funcionamiento del individuo y restablecer su autonomía personal.

---

### Referencias bibliográficas

- Schneider K. "Patopsicología Clínica". Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1975.
  - Jaspers K. "Psicopatología General". Editorial Fondo de Cultura 1993.
  - DSM 5. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". American Psychiatric Association. Washington DC, 2014.
  - Marchant N. – Monchablón Espinoza A "Tratado de Psiquiatría Editorial Grupo Guis 2005.
  - Arroyo M. – Roca Bennasar M. "Trastornos de la Personalidad" Ed. Masso 1998.
-

# Trastorno del control de los impulsos y urgencias

## Compra impulsiva (patológica)

María Norma Claudia Derito

### Introducción

El trastorno en el control de los impulsos abarca una variedad de conductas que suelen terminar en consecuencias dañinas, tanto para el individuo que la padece, como para el entorno familiar y, a veces, también para la sociedad. Pero son especialmente perjudiciales para quien las presenta.

Los seres humanos nos manejamos en la cotidianeidad, con mayor impulsividad de la que nosotros creemos. La mayoría de las conductas que desarrollamos durante el día, son impulsivas y son reacciones a los sucesos del ambiente, que tienden a la autoprotección, siendo psicológicamente comprensibles. Son más escasas las conductas reflexivas, planificadas y llevadas a cabo con una finalidad determinada.

Cuando corro el colectivo porque veo que está parado en la esquina y lo pierdo, corro para alcanzarlo y en ese impulso no mido las consecuencias, como que puedo resbalarme y caerme, o romperme el tendón de Aquiles, como le pasó a mi esposo cuando pegó una corrida impulsiva al perder el colectivo.

Debemos ubicar los impulsos dentro de las funciones psíquicas que los contienen y los explican, es por ello que definimos los impulsos dentro de los fenómenos de la voluntad.

### Voluntad

La definición de voluntad se torna engorrosa, dado que a través del tiempo diferentes autores, partiendo de Platón hasta el siglo XX, han tratado de explicar este fenómeno desde tres enfoques diferentes: el ético, el filosófico y el psíquico. Berrios (2) en su artículo "*Will and its disorders: a conceptual history*" nos guía en la evolución histórica de los síntomas psiquiátricos. Dentro de los filósofos clásicos (1), Platón consideraba que las acciones humanas, necesitaban para ser efectivas de la integración la inteligencia y la voluntad con las emociones. Por lo tanto, de este modo los deseos y los apetitos se relacionaban con las emociones, mientras que la voluntad lo hacía con las razones y el pensamiento.

Para Aristóteles, tanto el deseo como la voluntad intervenían en las acciones y, por lo tanto, eran motores, pero insistía que la voluntad era del orden de lo racional.

Según Berrios y Gili, la concepción de que la voluntad estaba gobernada por la inteligencia como un deseo racional predominó en esta época, aunque en el siglo XVIII también fue apoyada por Kant.

Las escuelas cristianas medievales diferenciaban la voluntad como una capacidad ejecutiva y, por otra parte, el raciocinio para deliberar y tomar decisiones. Para los filósofos empiristas como Locke la voluntad es

el poder que decide cada acción particular o el dominio de la acción. En cambio, para Condillac la fuerza de voluntad se origina en el objeto o en la misma sensación, concepción totalmente opuesta a Locke.

De hecho, (13) en la historia de la división de la psique siempre ha pesado más la división tripartita en afectos, inteligencia y voluntad, y los distintos pensadores las han integrado o separado según las épocas y la filosofía imperante en cada una de ellas. Pero a nosotros lo que nos interesa es la voluntad como fenómeno psíquico pasible de sufrir alteraciones en algunos de sus componentes (impulso, instinto y voluntad).

### Diferencias entre impulso, instinto y voluntad

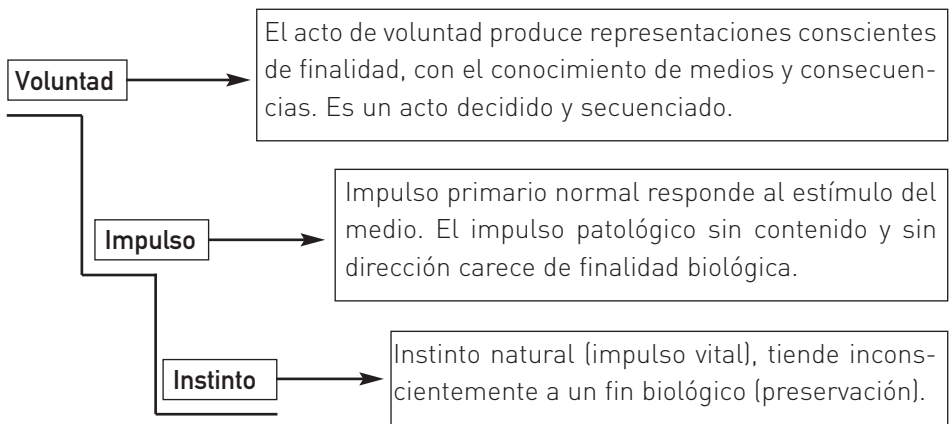
En principio, creo importante volver a mencionar que la impulsividad, en mayor o menor medida, considerada un *continuum*, es un fenómeno normal que forma parte de la personalidad, probablemente más ligada a lo constitucional. Sin la presencia del impulso vital, el ser humano al igual que

los animales, no podría sobrevivir. Necesitamos del impulso vital, no solamente para sostener nuestra supervivencia como especie y como individuo, sino también para emprender proyectos, luchar contra los inconvenientes reales o imaginarios que se anteponen a nuestros fines, y seguir adelante hasta llegar a la meta o finalidad, en general, en lo más profundo ligada a lo biológico. Pero puede surgir como impulso de poder, de pertenencia, de defensa, etc.

Cuando el impulso se dispara sin motivo comprensible, sin meta, y no en protección del individuo, sino para ponerlo en riesgo de peligro, con consecuencias negativas, es patológico y es síntoma de trastorno mental.

Siguiendo el pensamiento de Jaspers (9) con respecto a las vivencias del impulso y la voluntad, se refiere a la fenomenología, es decir, a lo realmente experimentado por el sujeto. En ese sentido coloca instinto, impulso y voluntad como una serie ascendente de fenómenos, separados porque a

TABLA 1



cada uno de ellos se agregan elementos esencialmente nuevos (Tabla 1).

Impulsos, instintos, y representaciones de finalidad, aparecen juntos como motivos en lucha. Pero los actos instintivos, impulsivos y voluntarios son solo superficialmente diferenciables, ya que se mezclan e influncian entre sí, unos con intenciones justamente contrarias a los otros. Si bien estos comportamientos provienen del interior del individuo, no dejan de estar influidos por el entorno. Por lo tanto, se entabla una lucha entre ellos que después de evaluaciones y ponderaciones, resulta en una decisión.

Como dice Jaspers es "*quiero*" o "*no quiero*". *"Esta conciencia de voluntariedad, junto con la vivencia de la excitación del instinto y junto con la vivencia de la escapatória o evasión, también de la contraposición, no es un fenómeno reductible"*.

- Entiendo que en el momento que se establece esta lucha a nivel inconsciente, la vivencia del individuo es de desasosiego, inquietud angustiosa, que puede tomar segundos hasta que se producen alguno de estos hechos:

- El instinto natural o impulso vital normal surge y se transforma después de valoraciones, se descarga sin lucha sin decisión, pero bajo el control oculto de la personalidad, propio del ser humano, con una finalidad que no deja de ser biológica. El instinto busca su objeto.

- El instinto natural (impulso vital) patológico aflora sin pasar por la conciencia. En

el ser humano ese proceso es diferente que en los animales, en ellos es rígido y obedece a un solo fin la preservación de la especie o la preservación del individuo. En el ser humano el instinto natural se complejiza, dado que obran sobre él presiones que devienen del hecho de que la persona es un ser social, un ser cultural que ha establecido reglas de convivencia, que han ido modificando, de alguna forma educando, la manifestación de los instintos. Cuando surgen se tienen que armonizar con vivencias afectivas, psicosomáticas, sociales y espirituales. De hecho, si aflora sin pasar por la conciencia, no se encontraría bajo el control oculto de la personalidad, ni obraría como un acto de voluntariedad, en este caso sería patológico.

- Las acciones impulsivas normales son fenómenos que no pueden ser contenidos, ni contenibles, ni controlables. Si estas acciones son comprensibles teniendo en cuenta el sujeto presa del impulso y el entorno, podemos decir que son acciones impulsivas normales, que "*son las acciones más comunes de la vida cotidiana*", y podrían haber sido reprimidas. Las acciones impulsivas encuentran primero un objeto (casual).

- Las acciones impulsivas patológicas surgen en un individuo y son incomprensibles e imposibles de reprimir.

- Las acciones de la voluntad son aquellas que pasan por la conciencia, tienen una finalidad determinada y el individuo, reflexiona sobre los medios necesarios para llevarlas a cabo y evalúa todos los

posibles resultados, después de realizar ese trabajo toma una decisión y se pone en marcha.

## Trastorno en el control de los impulsos

Desde hace más de cien años (16) que se describen las conductas impulsivas que terminan en consecuencias desagradables para el individuo que las presenta, pero no se identificaba el problema como una entidad nosológica independiente.

Los trastornos del control de los impulsos de las primeras épocas de la psiquiatría se incluían en el grupo de las monomanías. La cleptomanía era considerada por Kraepelin como un impulso patológico, pero el jugador patológico no era considerado un enfermo, sino un vicio más emparentado con lo moral (tal como se concibe en "El Jugador" de Fiódor Dostoievski). Recién en el DSM-III de 1980, los ludópatas y la tricotilomanía fueron incluidos en el trastorno del control de los impulsos.

La esencia del trastorno es fenomenológicamente el impulso irresistible a realizar un acto a la vez gratificante y perjudicial para el individuo.

El acto impulsivo tiene dos componentes:

1. La imposibilidad de resistir al impulso como una fuerza interna que surge y se exterioriza sin posibilidad de ser reprimida.
2. La precipitación a los estímulos. La presencia del objeto dispara el acto fuera de toda lógica, sin intervención de la voluntad.

## Impulso patológico como síntoma

Antes de considerar el trastorno en el control de los impulsos como una entidad independiente, la impulsividad se encon-

traba como conducta anormal de importancia formando parte las personalidades anormales y psicopatías. Especialmente, en el trastorno límite de la personalidad, las personalidades asociales, las histriónicas y las explosivas de Schneider (15).

Por otra parte, el impulso anormal es un síntoma que puede formar parte de complejos sintomáticos de enfermedades mentales mucho más complicadas, de las que habría que distinguir:

- Actos impulsivos incomprensibles en el marco de alteraciones de la claridad de la conciencia, como es el caso de la confusión mental, los estados crepusculares y cualquier trastorno orgánico intra y extracorporal, intra o extracerebral que altere la lucidez de conciencia. Tal es el caso del delirium tremens, los estados crepusculares epilépticos o histéricos, embriaguez aguda, etc.

- Actos impulsivos incomprensibles como síntoma perteneciente al complejo sintomático de una psicosis, como sería el caso de impulso suicida, tanto en una depresión endógena, como en una psicosis aguda o en esquizofrenia. La manía presenta esencialmente conductas impulsivas, por su incapacidad de reflexión dada la aceleración de las funciones psíquicas, más allá de la alegría patológica.

En todos los tipos de esquizofrenia, aparecen actos impulsivos inexplicables e incomprensibles para el objeto del acto, pero también para el paciente que no puede dar cuenta del acto. Tenía una paciente catatónica negativista con la que era imposible sostener un diálogo, o lograr alguna interacción con otras personas,

pero eventualmente, de tanto en tanto cuando alguien pasaba a su lado (quien quiera que fuese) sacaba el brazo a una velocidad increíble y le pegaba una trompada al objeto que obraba como estímulo. Luego, se daba vuelta y seguía en su mundo haciendo caso omiso de las quejas y el susto de las personas presentes. La trompada la podía pegar en cualquier parte del cuerpo del desafortunado, porque no tenía nada de intencional.

- Actos impulsivos incomprensibles que dañan al individuo, pero que son justificados o no reconocidos por este se dan en el marco de los trastornos de la personalidad. El impulso surge como una fuerza interna incontenible que se expresa en una conducta, las más de las veces como búsqueda de riesgo, o calmar el desasosiego que causa la frustración de un deseo perverso, de manipulación, o simplemente de inquietud que flota en el individuo hasta que se expresa con un impulso anormal cuando choca con un objeto o situación que propicia la descarga. No reflexiona ni mide consecuencias, calma la zozobra por un momento, pero no tarda mucho en que una nueva situación dispare la intranquilidad, una vivencia de desagrado.

- Actos impulsivos en un individuo que padece trastorno del control de los impulsos. En este caso el impulso patológico se presenta en un individuo, que por lo demás, puede tener una personalidad regularmente bien adaptada al entorno y que desarrolla estas conductas en una sola área de la vida. Que determinan un daño a sí mismo y a su entorno. Por lo general, suelen escon-

der o disimular estas conductas que saben perjudiciales, porque tienen conciencia de ello, y del daño que se causan a sí mismos y a su entorno, pero que cuando chocan con la presencia del objeto, o cuentan con tiempo libre como para que la representación del objeto se presente, se despierta la sensación de inquietud, zozobra, desagrado que solo se calma con dar rienda suelta al impulso que les es imposible reprimir. Una vez llevada a cabo la acción, el sujeto siente una sensación de gratificación, de calma, de agrado, que dura muy poco tiempo. Cuando vuelve a la realidad, toma conciencia de daño infringido a su economía, a su salud, a sus afectos, e ingresa en la etapa de arrepentimiento, de culpa, que muchas veces termina en una depresión, cuando ya no encuentra la forma de seguir disimulando las pérdidas. Cuando el entorno ha tomado conciencia de la incorregibilidad de las conductas, pese a las promesas y juramentos del enfermo, terminan tomando distancia y dejándolo solo con su drama. Es el momento en el que "tocan fondo" y muchas veces es en esta etapa en la que solicitan ayuda profesional.

### **Genética de la impulsividad Sistema dopaminérgico**

En los estudios genéticos (12) llevados a cabo sobre los trastornos de la personalidad, son interesantes los que se centraron en la personalidad antisocial. En 1996 se comenzó con dos publicaciones que relacionaban un marcador de ADN, para el gen de un determinado neuroreceptor (DRD4, receptor D4 de la dopamina) y el rasgo de la personalidad "*búsqueda de novedades*" (Ebstein et al., 1995, Benjamin et al., 1996).

La búsqueda de novedades es uno de los cuatro caracteres incluidos en la teoría del temperamento desarrollada por Cloninger [Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993], que es muy similar a la búsqueda impulsiva de sensaciones, estudiada por Zuckerman [1994]. Los individuos con puntuaciones altas para búsqueda de sensaciones se caracterizan por ser impulsivos, buscadores, volubles, excitables, de genio vivo y extravagantes.

Cloninger dice que en la búsqueda de novedades están implicadas variaciones determinadas genéticamente en la transmisión de dopamina.

El papel más claro de la dopamina en la impulsividad es su intervención en el "estado de recompensa", que básicamente está controlado por el sistema dopaminérgico. La acción normal de este neurotransmisor en la región mesolímbica es especialmente en el núcleo accumbens (lugar de recompensa), que tiene como función liberar dopamina para mantener la homeostasis del "lugar de recompensa", actuando especialmente sobre el receptor D<sub>2</sub> de la dopamina. Normalmente, la dopamina mantiene regulado el sistema, para mantener nuestros impulsos normales. Liberada la dopamina al sector intersináptico actúa sobre los receptores post sinápticos (D<sub>1</sub>-D<sub>5</sub>), incrementando una sensación de placer, de bienestar.

La disminución de liberación de dopamina por el núcleo acumbens, sería el origen de la impulsividad y de las conductas adictivas. Genéticamente estaría relacionado con el gen que codifica el DRD2, receptor D2 de la dopamina, la ausencia o disminución de este tipo de receptores aumenta el

riesgo de varias conductas adictivas, impulsivas, compulsivas, alcoholismo, violencia y comportamiento antisocial [11].

### Sistema serotoninérgico

La serotonina es un neurotransmisor originado en los núcleos del rafe, tiene una función reguladora sobre las distintas partes del cerebro que intervienen especialmente en el control de las emociones como la corteza, la amígdala y el hipocampo. Los estudios demostraron que la serotonina es la mayor moduladora del comportamiento emocional, incluyendo ansiedad, impulsividad y agresividad [17].

La serotonina también interviene en la cognición, los procesamiento sensoriales y la actividad motora, dado que la serotonina dirige la actividad y la interacción de otros sistemas de transmisión. Según diversos estudios se concluyó que las variaciones genéticas del sistema serotoninérgico, están relacionadas con el incremento de la impulsividad, agresividad y asociadas a la depresión. Estarían directamente relacionados el gen que codifica el receptor 5HT2A.

El receptor 5HT2A se encuentra en la corteza cerebral y músculo liso. Estos receptores asociados a proteínas G promueven la actividad de la fosfolipasa C y generan los segundos mensajeros inositol trifosfato (IP3) y diacilglicerol (DAG) es excitatorio.

El receptor 5HT2A interviene en la contracción muscular y del músculo liso de las arterias. También estarían implicados otros receptores de la serotonina. Tienen como funciones regular [3]:

- Ansiedad

- Apetito
- Cognición
- Imaginación
- Aprendizaje
- Memoria
- Humor
- Sistema de recompensa
- Sueño
- Termorregulación
- Vasoconstricción

### El gen de la MAOA

La MAO-A es (8) una enzima que descompone los llamados neurotransmisores monoaminas, (noradrenalina, serotonina y dopamina). Una disfunción en su acción o su ausencia en ciertas áreas del cerebro puede alterar la regulación de las emociones y la inhibición conductual. Se evaluó el papel del gen MAOA en diversos tipos de comportamiento antisocial, como la violencia hacia la pareja o los síntomas relacionados con una personalidad antisocial (participación en actividades ilegales, impulsividad excesiva, carencia de remordimientos, etc.) y se llegó a la conclusión de que se encuentra relacionado a las altera-

ciones genéticas de la MAOA, pero que las modificaciones en el gen también podrían deberse a violencia infantil.

### Neuroanatomía de la impulsividad

En la actualidad (14) la RNM de cerebro y los estudios funcionales nos acercan a la posibilidad de saber qué sectores del cerebro están implicados en las conductas impulsivas e impulsivo agresivas (no hablamos de agresividad premeditada).

La mayoría de los trabajos experimentales señalan, por lo menos, tres regiones encefálicas comprometidas en la regulación de las conductas impulsivas:

a. El núcleo *accumbens* perteneciente al estriado límbico actúa como centro modulador de las conductas en las que interviene la recompensa y el refuerzo.

b. La *región basolateral del núcleo amigdalino*, como centro modulador de las conductas afectivas inmediatas.

c. La *región orbitaria de la corteza prefrontal*, como centro integrador de las capacidades de inhibición de los impulsos y de la capacidad del cálculo de riesgos.

Estas tres regiones se conectan prefe-

TABLA 2

Regiones anatómicas estudiadas en:	La caracterización de la impulsividad
<b>Corticales</b>	-Corteza prefrontal ventromedial (áreas 10, 11 y 12 de Brodmann)
<b>Subcorticales</b>	-Hipotálamo: región ventromedial -Amígdala: región basolateral -Estriado: núcleo <i>accumbens</i> (porción ventral del cuerpo estriado)
<b>Mesencefálicos</b>	-Área ventral tegmental -Núcleo dorsal del rafe

Modificado de Ros Montalvan, Peris Díaz, Gracia Marco "Impulsividad". pp.44.



rentemente con el área ventral tegmental del mesencéfalo y los núcleos del rafe (Tabla 2).

### **Núcleo *accumbens***

La lesión parcial selectiva en la región central del núcleo *accumbens*, en modelos animales, produce una conducta impulsiva persistente. Se ha detectado la hiperactividad de este núcleo en deseos de consumo en adictos, en situaciones experimentales de juegos por ganancias y en emociones inesperadas. Este núcleo recibe aferencias dopaminérgicas del núcleo tegmental ventral del mesencéfalo, y las eferencias son transmitidas por el GABA (ácido gammaaminobutírico) y son inhibitorias proyectando a la corteza prefrontal, globo pálido y con vuelta al área tegmental ventral para autorregularse.

La disminución de dopamina implica disminución de liberación de GABA lo que explicaría la desinhibición de la impulsividad.

### **Región basolateral de la amígdala**

La lesión bilateral, en animales de experimentación y en humanos, se manifiesta por ausencia de respuestas agresivas. En cambio, la estimulación de la región basolateral se caracteriza por conductas agresivas no dirigidas. Y, de hecho, en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal se observa una agresividad periictal no planificada (5). Desde el punto de vista de los neurotransmisores implicados es una región compleja, posee receptores GABA y eferencias GABAérgicas, así como gran número de neuropéptidos, y receptores para endorfinas y cannabinoides. Las aferencias provienen de la corteza olfatoria e hipocampal

y de núcleos subcorticales talámicos e hipotalámicos. Además, existen conexiones con la corteza anterior del cíngulo. Las eferencias se dirigen al hipotálamo, estriado, núcleo dorsomedial del tálamo y núcleo basal de Meynert, el principal núcleo colinérgico del procencéfalo basal.

La región amigdalina se encuentra en contacto con las regiones encefálicas que intervienen en los procesos de regulación endócrina, autonómica y motora, por lo tanto, ejerce un control directo de las respuestas ante cualquier estímulo emocional.

### **Región orbitaria de la corteza prefrontal**

El estudio de la relación en la lesión de la corteza orbitofrontal anterior y la conducta impulsiva agresiva tiene una larga historia (caso Phineas Gage). La lesión provoca una respuesta impulsiva inmediata ante los estímulos, sin poder medir las consecuencias.

Desde el punto de vista anatómico, la corteza prefrontal orbitaria se divide en una región anterior que contiene células granulares, y una región posterior que es agranular. Las conexiones son lo más importante (tabla 3).

### **Área tegmental ventral**

Esta región junto con el núcleo *accumbens* (4) se encuentran implicadas en la inhibición de conductas emocionales y respuestas agresivas.

El ATV posee neuronas dopaminérgicas, y junto a la sustancia negra, cuentan con la mayor acumulación de dopamina del encéfalo. Las eferencias van al estriado para el control motor y por el fascículo telencefálico medial interviniendo en el control de los impulsos. Las aferencias le llegan del

núcleo dorsal del rafe y del núcleo *accumbens* y son gabaérgicas.

Esta región de la corteza [7] recibe todo tipo de estímulos tanto internos, ambientales como externos y realiza una función integradora que permite y condiciona la planificación de acciones futuras, y medir sus posibles consecuencias.

La impulsividad patológica puede desprenderse de cualquier cortocircuito que ocurra en esta complicada red de conexiones.

### Compra patológica y urgencias

Se trata de un trastorno en el control de los impulsos que puede presentarse como entidad aislada, pero con más frecuencia formando parte como síntoma de un trastorno de la personalidad, especialmente las formas, *borderline*, histriónica, narcisista y antisocial. También se la puede encontrar formando parte de una psicosis,

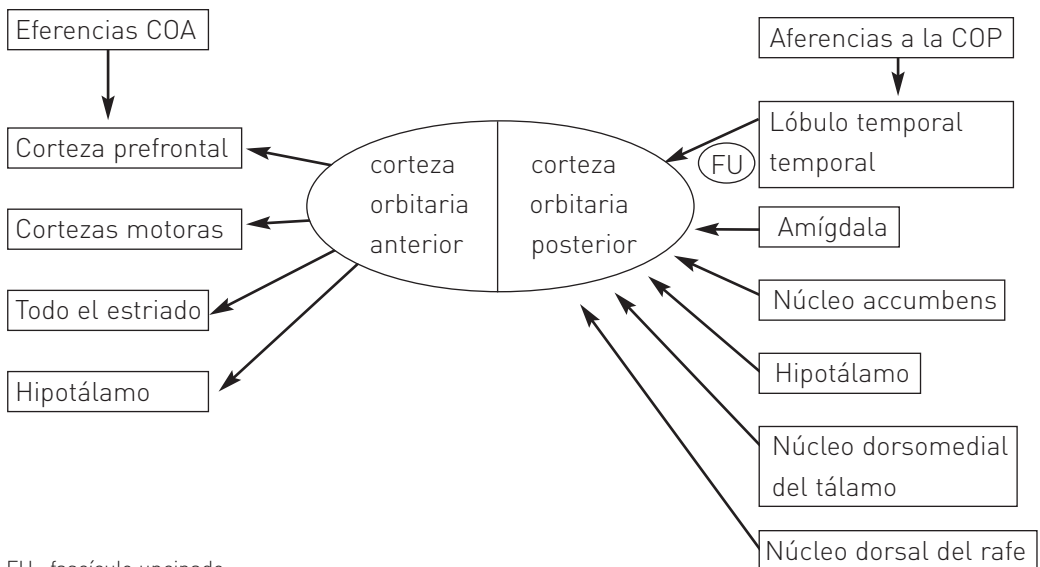
como una fase hipomaniaca o maniaca, como compensación de una depresión reactiva, o también la he visto en algunas esquizofrenias, como la parafrenia afectiva en brote megalómano hostil. Es por esto que describiré cómo se presenta a la urgencia cada uno de estos casos.

### Compra impulsiva en el trastorno del control de los impulsos

Se define como trastorno puro del control de los impulsos, como un bajo umbral para el paso a la acción, y una enorme dificultad para valorar las consecuencias negativas de ese comportamiento, a corto y a largo plazo. El otro problema es que no aprenden de la experiencia, a pesar de los inconvenientes que les acarrea su conducta, no pueden controlarla, ni inhibirla.

Es difícil determinar cuándo la compra impulsiva es un síntoma, porque también

TABLA 3



está valorada desde el relativismo cultural. En las sociedades desarrolladas se empuja al consumo, porque es una forma de mantener viva la industria y el empleo. En los países en vías de desarrollo, llevados por esa política, pero careciendo de los medios para sostenerla, se traduce en un problema para el individuo que se deja sugerir por los medios de propaganda. Pero el comprador impulsivo no necesita que lo empujen, su necesidad de adquirir y acumular bienes materiales innecesarios, es endógena y aflora ante cualquier objeto que obre de estímulo.

Ya en la antigüedad, se mencionan reinas o reyes o caballeros de fortuna que adquirían y acumulaban objetos valiosos como joyas, ropas, castillos, objetos de arte y otras muchas cosas, sin importarle las necesidades del pueblo. Tal el caso de María Antonieta de Austria, casada con Luis XVI y reina de Francia. Sus gastos desmedidos, el derroche en compras cuantiosas de ropas, joyas y adornos fue una de las causas de la indignación del pueblo, que pasaba necesidades, siendo uno de los factores de la caída de Luis XVI, dando lugar a la revolución francesa de 1789.

Las primeras descripciones en psicopatología de la compra desmedida, las hicieron Bleuler y Kraepelin y la llamaron oniomanía.

Frankenburg y Yurgelun-Tood [6] "*se refieren a un trastorno consistente en conductas que llevan a un gasto excesivo, especialmente en ropas, calzado y cosméticos, a lo que además de dinero, gastan gran parte de su tiempo, con un afán en ello, de imitar personajes famosos, a pesar de no contar con los medios económicos*

*para hacerlo*". Lo interesante es que a los pocos días pierden todo el interés en el objeto adquirido.

### Entrevista del paciente comprador compulsivo

Cuando el paciente llega a la guardia, generalmente relata los síntomas por los que consulta, problemas de pareja, económicos y laborales, pero es raro que hable espontáneamente de la causa de los problemas. Lo más frecuente es que alerten sobre síntomas de la serie depresiva, como angustia, disconformidad con la situación actual (laboral, familiar, de pareja, etc), desasosiego, incomodidad, alteraciones del sueño, a veces, también alteraciones de la ingesta alimentaria, no encuentran nada que pueda alegrarlos o hacerles sentir placer. Esto nos indica que el impulso no aparece solo en un cielo sereno, ya son personas que presentan disturbios emocionales, o de adaptación aunque no se definan específicamente como un determinado trastorno de la personalidad.

En muchos casos sale a relucir los problemas económicos, de los que hacen cargo a la pareja por no ganar lo suficiente, o bien ellos que se sacrifican excesivamente en obtener dinero. Cuando surge el dinero en medio del relato es de regla preguntarle con respeto cuáles son sus movimientos económicos, ganancias y gastos, balance mensual, para ver cómo pueden resolver su economía. Si no se insiste en este tema es probable que lleven la queja a su pareja egoísta, al trabajo mal remunerado, etc. hechos que pueden ser ciertos, pero no significa que aparte se invierta mal el dinero o el tiempo con que se cuenta. Llegar el

momento de preguntar: ¿en qué gasta usted el dinero? A partir de este momento entramos en el terreno resbaladizo, porque lo que a cualquier persona le parece una exageración fuera de contexto, para el comprador impulsivo es haber comprado lo que deseaban y que en el momento que se presenta el estímulo visual, aparece conjuntamente con la vivencia de que poseer ese bien es absolutamente necesario. Lo considera un problema, pero no una enfermedad. Por ejemplo, ve en una vidriera un pullover rojo con determinado adorno, inmediatamente comienza a hacer un paneo de todas las prendas rojas que posee, y ninguna resulta tan adecuada como esa para lucir con el pantalón blanco que compró la semana pasada. Ante el objeto se incrementa una ansiedad patológica y la idea de la compra se transforma en una idea fija con un monto de ansiedad intolerable en aumento que dispara el impulso de la compra. En el momento que se realiza la compra, se vivencia una sensación de bienestar y gratificación sumamente placentera, casi de alivio, de felicidad que dura el tiempo que permanece la persona en el negocio. Apenas camina unas cuadras del lugar comienza otra vez un leve desasosiego que va en aumento cuando comienza a pensar en el gasto efectuado, y en que después de todo el objeto no se ve tan apetitoso y adecuado como en la vidriera. En casa se lo prueba y revive algunos momentos de gratificación, pero lo más frecuente es que con el correr de los días el objeto pierda interés y también es posible que sea colocado en un lugar y nunca sea utilizado.

Una paciente de mi consultorio, compra-

dora impulsiva de ropa, al punto que su propia hija le dio de baja a las tarjetas de crédito de la madre, se mudó. Me relataba que cuando hizo la mudanza aparecieron cantidad de abrigos, vestidos y otras prendas que permanecían colgadas en el guardarropa con las etiquetas colocadas, porque se había olvidado de esas compras y nunca les había dado uso, ni siquiera una puesta.

Otro paciente, comprador impulsivo de internet, al que también su padre le retiró las extensiones de las tarjetas de crédito, compraba por internet cantidad de elementos de carpintería, albañilería, etc., cuando veía los anuncios aumentaba la ansiedad y se imponía la idea de la necesidad imperiosa de poseer ese instrumento para arreglar las ventanas de la casa. Lo compraba y luego quedaba en el galpón, olvidado, porque nunca se disponía a arreglar las ventanas.

Lo único que obtienen de esta conducta es durante el escaso tiempo en el que se descarga el impulso, es cuando aparece la sensación de gratificación y relajación, casi se podría decir que son los únicos momentos que estos pacientes reconocen como placenteros, por ello es que se produce la tendencia a repetir el acto en cuanto un objeto aparece como la solución de su inestabilidad emocional casi permanente.

La primera acción que hay que tomar con estos pacientes es hacerles reconocer que se trata de una enfermedad, y que generan un círculo vicioso:

**Angustia y desasosiego** → Aparición del objeto que despierta el deseo → La idea fija de que su obtención solucionará un problema que solo en ese momento aparece como importante → Aparición del

impulso y concreción de la conducta impulsiva → Sensación de relajación, gratificación, placer → Se produce la compra → En casa se observa el objeto que ya no parece tan necesario como antes, ni tan brillante como se veía previo a adquirirlo → Toma de conciencia del descalabro económico provocado. Culpa y vergüenza → Angustia y desasosiego, inestabilidad emocional → Vuelta al estado de ánimo anterior al hecho → pérdida de interés en el objeto que no es raro que quede guardado sin utilidad.

En la medida en que lo económico y familiar sufren más los embates de estas conductas, el paciente se siente cada vez más solo e indefenso, recriminado por sus familiares (padres, parejas, hijos), más problemas laborales. Es frecuente que recurran a préstamos, y tengan serios problemas con tarjetas de crédito impagas, que terminan en embargos de sueldo y hasta propiedades.

La compra impulsiva termina siendo tan dañina para el que la padece, como el juego patológico, y otras adicciones.

De modo que quien llega a la guardia es una persona con depresión, ansiedad y serios problemas económicos, familiares y laborales.

## Tratamiento

**Tratamiento psicoanalítico:** Medow (10) habla de reforzar las defensas para reducir la presión de la descarga. También es importante al inicio del tratamiento que el paciente reconozca los sentimientos de odio, ya que con frecuencia se expresan como sentimientos de culpa y autopunitivos que dan salida a estos impulsos autodestructivos.

La actitud del terapeuta no debe ser moralista ni enjuiciadora cognitiva.

**Tratamiento cognitivo:** este tipo de tratamiento actúa sobre el pensamiento, el comportamiento, la emoción, el entorno y los factores biológicos. Partiendo de estos factores, intenta modificar los factores desencadenantes y de mantenimiento de las perturbaciones percibidas por el paciente.

## Tratamiento farmacológico de la impulsividad

Antipsicóticos: los de primera generación no son recomendables por el bloqueo de dopamina en el estriado, pudiendo agravar el problema. Están más indicados los de segunda generación que no bloquean la dopamina en el estriado, sino que apuntan más al mesolímbico. Serían más beneficiosos como sedantes, entre ellos risperidona, quetiapina y hay buenas experiencias con clozapina.

## Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y agonistas serotoninérgicos

Para muchos investigadores, la impulsividad está asociada a bajos niveles de los metabolitos de la serotonina. Los agonistas serotoninérgicos probados en animales, redujeron las conductas impulsivas más que las agresivas. Los antidepresivos tricíclicos demostraron su efectividad, si son específicos en cuanto a actuar sobre la serotonina y no sobre la noradrenalina, en la reducción de conductas impulsivo agresivas, como así también los IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa) son de difícil manejo por su tendencia dual.

Los más indicados son los ISRS (inhibido-

res selectivos de la recaptación de serotonina), que tienen un perfil más benigno de efectos secundarios, y mayor margen de seguridad en su uso. Resultando también positivo su uso en trastornos de personalidad con impulsos y agresividad, como así también en las depresiones con irritabilidad. Se efectuaron estudios especialmente con fluoxetina y citalopran.

### Anticonvulsivos: su uso en la impulsividad

Existen estudios que demostraron la utilidad de la carbamacepina, la fenitoina y el ácido valproico en la terapéutica del paciente impulsivo.

En cuanto a los nuevos aparecidos en el mercado como gabapentina, lamotrigina, y topiramato, no están tan probados científicamente, pero su uso experimental aparenta arrojar buenos resultados. Si bien no actúan directamente sobre la serotonina, provocan una disminución de la actividad glutamatérgica que se correlaciona con un aumento de la actividad serotoninérgica.

Estrategias terapéuticas en impulsividad/agresividad (Tabla 4).

### Conclusiones

Si pensamos la compra impulsiva como una entidad nosológica independiente, creo que también debemos aceptar que si bien la esencia del problema es la compra impulsiva, esta viene acompañada de un complejo sintomático que termina en el impulso inmanejable por el paciente de comprar. Pero el impulso no aparece en un cielo sereno, sino que semiológicamente, está rodeado por un complejo sintomático especialmente afectivo que establece un círculo vicioso en la búsqueda de una gratificación momentánea, pero que luego vuelven a establecerse los síntomas afectivos agodistónicos. Claro que estos se acrecientan en la medida en que el paciente desajusta más su adaptación social y familiar, llevándolo a una depresión reactiva a los desajustes que se fueron generando en su vida, por las conductas impulsivas que no puede manejar. Por ello consulta por la depresión, apareciendo lo de la compra compulsiva en un segundo plano, cuando en realidad fue lo que disparó la carrera a la autodestrucción.

**TABLA 4**

Condición	Tratamiento
Agresividad impulsiva	ISRS, litio, anticonvulsivos
Inestabilidad emocional	Litio. Anticonvulsivos
Déficit de atención, hiperactividad	Desipramina, bupropión, estimulantes
Lesión cerebral	Bloqueantes $\beta$ , anticonvulsivos
Agresividad psicótica	Antipsicóticos atípicos
Otros (atracones, compras, etc.)	ISRS, anticonvulsivos

Adaptado de: Kavoussi RK, Coccaro EF, Psychopharmacological treatment of impulsive aggression. En Maes M Coccaro EF editors. Neurobiology and clinical Views on aggression and impulsivity. New York: Wiley, 1998. p 205. En Ros Montalban S. Peris Días M Gracia Marco R. Impulsividad; edit. Ars Médica; Barcelona. 2004.

## Referencias bibliográficas

- 1. Berrios German, Historia de los síntomas de los trastornos mentales, edit. Fondo de Cultura Económica de España. 2008.
  - 2. Berrios G.E Gili M. "Will and its disorders: a conceptual history". First Published; March 1, 1995.
  - 3. Carní, Jordi; Farré, Magí. Mecanismos de enfermedad: Adicción a drogas. The new england journal of medicine. 4 de Septiembre del 2003. N Engl J Med 2003;349:975-86.
  - 4. Domesick VB; Neuroanatomical organization of dopamine neurons in the ventral tegmental area. Ann N Y Acad Sci 1988; 537:10-26.
  - 5. Elliot FA. Violence: the neurological contribution: an overview; Arch. Gen Neurol: 1992; 49:595-603.
  - 6. Frankenburg y Yurgelun-Tood; The dressing disorder; Am J Psychiatry 1984; 1: 141-7.
  - 7. Fuster JM. Synopsis of function and disfunction of the frontal lobe. Acta Psychiatr Scand 1999. 395 (Suppl)7-51.
  - 8. Isabelle Ouellet-Morin, Sylvana M. Côté, Frank Vitaro, Martine Hébert, René Carboneau, Eric Lacourse, Gustavo Turecki and Richard E. Tremblay. Effects of the MAOA gene and levels of exposure to violence on antisocial outcomes. The British Journal of Psychiatry (2015). DOI: 10.1192/bjp.bp.114.162081.
  - 9. Jaspers Karl Psicopatología general; edit. Beta Buenos Aires. 1980. pp142-144.
  - 10. Medow PW Psychoanalysis and Violence. Modern Psychoanalysis 1997; 22 3-15.
  - 11. Noble EP. Adicction and its reward procces through polymorphisms of the D2 dopamine receptor gene: a review. Eur Psychiatry 2000; 15: 79-89.
  - 12. Plomin R, De Fries J, McClearn G, Mc Guffin P; Genética de la Conducta, edit. Ariel, Barcelona marzo 2002.pp 275-277.
  - 13. Ros Montalban S. Peris Días M Gracia Marco R. Impulsividad; edit. Ars Médica; Barcelona. 2004pp 5-8.
  - 14. Ros Montalban S. Peris Días M Gracia Marco R. Impulsividad; Cap Rivas García "Neuroanatomía de la impulsividad" edit. Ars Médica; Barcelona. 2004; 4.1:43-47.
  - 15. Schneider K "Las personalidades psicopáticas", ediciones Morata. Madrid 7º edición 1974.
  - 16. Vallejo Ruiloba, Leal Cercós; Tratado de Psiquiatría; edit. Marban; Madrid. 2012, 108: 1504-1515.
  - 17. Westenberg HG, Murphy DL, De Boer JA. Advances in the neurobiology of anxiety disorders. New York: Wiley, 1996.
-

# Piromanía

Christian Luis Cárdenas Delgado

La desviación tendencial que implica la producción deliberada de focos ígneos no integra un campo uniforme en la psicopatología clínica. La conducta incendiaria puede formar parte de las condiciones clínicas más diversas, no obstante, se ha sugerido prudencia ante la búsqueda de explicaciones psiquiátricas de casos donde la conducta es meramente desconcertante, dado que esto tiende a “medicalizar” una conducta socialmente problemática (1). En la tentativa de caracterizar al incendiario patológico el DSM-V propone la categoría diagnóstica de “piromanía” cuya validez ha sido cuestionada, en parte debido a la escasez de estudios sistemáticos (Tabla 1).

Existen múltiples términos que conducen a confusión y complican la delimitación conceptual entre lo jurídico y lo psiquiátrico. No todos los incendiarios cometieron el delito de incendio, y entre estos, la mayoría no cumple los criterios diagnósticos de piromanía. En resumen, el acto incendiario es una conducta, el incendio es un delito y la piromanía es una categoría diagnóstica psiquiátrica. El acto incendiario (*firesetting*) es un concepto amplio que incluye acciones accidentales [quedarse dormido con un cigarrillo] e intencionales – con o sin intención criminal – (2). Otros autores definen al acto incendiario como cualquier acción problemática que implique la ignición de una propiedad o del medio ambiente fuera de los límites sociales y culturales estable-

cidos. Existen actividades regladas culturalmente que incluyen fogatas, hogueras, cremación e incineración de residuos que no son compatibles con un acto incendiario deliberado. Por el contrario, sí se incluye dentro de la conducta incendiaria la producción imprudente de focos ígneos sin la debida consideración de las consecuencias, pero no aquellos que se producen dentro de los límites culturales descriptos y donde accidentalmente se pierde el control (3).

El Código Penal Argentino agrupa bajo el Título VII del Libro II los “Delitos contra la seguridad pública” las figuras cuya forma genérica sería el estrago, mientras que el incendio, la explosión, la sumersión, etc. resultan la especie. La noción de seguridad se relaciona con el concepto de que tanto los bienes materiales, los inmateriales como así también las personas, el ganado, los bosques, las mercaderías, los archivos, entre otros, deben encontrarse exentos de soportar situaciones que pudieran ponerlos en peligro o amenazarlos en su integridad. Es por ello que la mayoría de las acciones contenidas en este Título se refieren a aquellas conductas idóneas de generar peligro. En este sentido, se entiende el peligro como la probabilidad o contingencia de que suceda algún mal; es la probabilidad de que ocurra un evento dañoso (4) (Tabla 2).

En los casos de las figuras contenidas en la redacción de los artículos 186, 187, 188 y



189, el delito no quedaría configurado si no se evidenciara la producción de un peligro común, más allá del medio empleado. Para conformar la acción típica de incendio, la ignición debe estar asociada a la idea de peligro. Si bien la noción de incendio no está definida en el código, doctrinariamente se ha aceptado la noción de “fuego peligroso” para indicar la existencia de la fuerza del fuego que adquiere una entidad tal que escapa al control de aquel que lo generó (4).

Raramente, la categoría diagnóstica de piromanía se mantuvo sin modificación de sus criterios diagnósticos en las últimas décadas. Esto es llamativo dada la confusión sustancial que existe sobre la naturaleza y extensión de la piromanía dentro de la población incendiaria (5). Estas inconsistencias se deben a la falta de estudios epidemiológicos orientados a validar el trastorno, limitados por la baja prevalencia

estimada en la población adulta y por la reticencia de los individuos a manifestar su proclividad a cometer incendios (6). La evidencia disponible se ocupa mayormente de caracterizar a la población incendiaria en el ámbito forense, representada por los amplios criterios de exclusión del trastorno según consta en el DSM V (criterios E y F), lo que convierte a la piromanía en una rareza clínica.

### Aspectos históricos

El término “piromanía” fue acuñado por el psiquiatra francés Charles Chrétien Henry Marc en su trabajo *“Consideraciones médico legales sobre la monomanía y particularmente sobre la monomanía incendiaria”* (1833). La concepción inicial del trastorno como una monomanía incendiaria se hizo eco de la doctrina esquiroliana de las monomanías, visión que admitía la

TABLA 1

#### Criterios diagnósticos de la piromanía (15)

A. Provocación de incendios de forma deliberada e intencionada en más de una ocasión.
B. Tensión o activación emocional antes del acto.
C. Fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y su contexto situacional (p.ej. parafernalia, usos, consecuencias).
D. Placer, gratificación o alivio al provocar incendios, o al presenciar o participar en sus consecuencias.
E. No se provoca un incendio para obtener un beneficio económico, ni como expresión de una ideología sociopolítica, ni para ocultar una actividad criminal, para expresar rabia o venganza, para mejorar las condiciones de vida personales, ni en respuesta a una idea delirante o a una alucinación, ni como resultado de una alteración del juicio (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor, discapacidad intelectual –trastorno del desarrollo intelectual-, intoxicación por sustancias).
F. La provocación del incendio no se explica mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maníaco o un trastorno de la personalidad antisocial.

TABLA 2

**Delitos contra la seguridad pública (4)**

<p>Art. 186. - El que causare incendio, explosión o inundación, será reprimido:</p> <p>1º Con reclusión o prisión de tres a diez años si hubiere peligro común para los bienes;</p> <p>2º Con reclusión o prisión de tres a diez años el que causare incendio o destrucción por cualquier otro medio:</p> <p>a) De cereales en parva, gavillas o bolsas, o de los mismos todavía no cosechados;</p> <p>b) De bosques, viñas, olivares, cañaverales, algodonales, yerbatales o cualquiera otra plantación de árboles o arbustos en explotación, ya sea con sus frutos en pie o cosechados;</p> <p>c) De ganado en los campos o de sus productos amontonados en el campo o depositados;</p> <p>d) De la leña, o carbón de leña, apilados o amontonados en los campos de su explotación y destinados al comercio;</p> <p>e) De alfalfares o cualquier otro cultivo de forrajes, ya sea en pie o emparvados, engavillados, ensilados o enfardados;</p> <p>f) De los mismos productos mencionados en los párrafos anteriores, cargados, parados o en movimiento;</p> <p>3º Con reclusión o prisión de tres a quince años, si hubiere peligro para un archivo público, biblioteca, museo, arsenal, astillero, fábrica de pólvora o de pirotecnia militar o parque de artillería;</p> <p>4º Con reclusión o prisión de tres a quince años, si hubiere peligro de muerte para alguna persona;</p> <p>5º Con reclusión o prisión de ocho a veinte años, si el hecho fuere causa inmediata de la muerte de alguna persona”.</p>
<p>Art. 187: “Incurrirá, según los casos, en las penas señaladas en el artículo precedente, el que causare estrago por medio de sumersión o varamiento de nave, derrumbe de un edificio, inundación, de una mina o cualquier otro medio poderoso de destrucción.”</p>
<p>Art. 188: “Será reprimido con prisión de uno a seis años el que, destruyendo o inutilizando diques u otras obras destinadas a la defensa común contra las inundaciones u otros desastres, hiciere surgir el peligro de que éstos se produzcan.</p> <p>La misma pena se aplicará al que, para impedir la extinción de un incendio o las obras de defensa contra una inundación, sumersión, naufragio u otro desastre, sustrajere, ocultare o hiciere inservible materiales, instrumentos u otros medios destinados a la extinción o a la defensa referida.”</p>
<p>Art. 189: “Será reprimido con prisión de un mes a un año, el que, por imprudencia o negligencia, por impericia en su arte o profesión o por inobservancia de los reglamentos u ordenanzas, causare un incendio u otros estragos.</p> <p>Si el hecho u omisión culpable pusiere en peligro de muerte a alguna persona o causare la muerte de alguna persona, el máximo de la pena podrá elevarse hasta cinco años.”</p>

existencia de locuras parciales: el monomaniaco es al tiempo un alienado en lo que concierne a su certeza y cuerdos perfectamente razonantes en todo lo demás. Esquirol había discriminado tres tipos de monomanías: razonantes (delirantes), afectivas e instintivas. La propensión pirómana según Marc, puede responder a una monomanía incendiaria razonante o bien instintiva. La primera se define clínicamente de forma más categórica y es fácil de constatar, ya que la realización del acto incendiario se determina conforme a una motivación psicótica: *“la realización del acto inculcado no deja de fundarse en un razonamiento extravagante y su curación, aún transitoria, no es jamás como en la monomanía y, por lo tanto, como en la piromanía instintiva, el resultado del cumplimiento del acto”* [7]. Por el contrario, la piromanía instintiva se concibe como una desviación de los instintos y tendencias, es decir, un trastorno de la voluntad. La noción de monomanía, y de piromanía instintiva en particular, se inscribe en la dificultad de la escuela alienista para calificar patológicamente una nueva área de comportamientos que escapa a la clásica señalización de la locura por el delirio [8].

El alienista prusiano Christian Heinrich Adolph Henke, profesor de medicina forense en Erlangen-Nuremberg, también elaboró el concepto de piromanía a principios del siglo XIX. Fue uno de los primeros psiquiatras en atribuir el impulso incendiario a una perturbación del desarrollo somático y psicosexual, frecuentemente asociado con trastornos menstruales y reproductivos durante la pubertad [9]. Vogel fue quien empezó a dudar de la autenticidad del diag-

nóstico y postuló que el trastorno mental piromaniaco solo podría alegarse cuando coexiste un impulso incendiario incoercible con una falta de motivación criminal [9].

Legrand du Saulle también señaló la importancia de diferenciar entre los pirómanos - afectos de una inclinación instintiva por el fuego y de una avidez irresistible de incendiar sin motivo- de los maníacos o imbeciles que cometen actos incendiarios deliberados para satisfacer una venganza o procurarse un medio de evasión. A su vez, los dementes y los idiotas devienen incendiarios por falta de discernimiento o por imprudencia, y en más de una ocasión los delincuentes pueden aprovecharse de su estado de insensatez para favorecer sus rapiñas. El autor propuso la categoría de *alienados incendiarios no monómanos*, extensiva a todos aquellos enfermos (maníacos, dementes, imbeciles e idiotas) que se declaran culpables de incendios en el interior de asilos o casas de salud [10].

El médico británico James Cowles Prichard consideró inicialmente los casos de incendiarios como una manifestación de la “locura moral” (*moral insanity*) aunque luego reclasificó a la piromanía como una forma de “locura instintiva”, influido por los desarrollos sobre el tema de los autores continentales [9].

Hacia la segunda mitad del siglo XIX surgió la controversia sobre la validez del diagnóstico de piromanía y, por lo tanto, sobre la imputabilidad penal de los actos incendiarios. Sin la prueba de una lesión orgánica, los impulsos incendiarios eran atribuidos a la moral individual y considerados una preocupación no médica, legalmente punible [11]. Eventualmente el desarrollo

de la teoría psicoanalítica permitió la reemergencia de la piromanía como entidad clínica. Freud (1932) consideraba que en los mitos ígneos el fuego representaba un símbolo de la libido. El calor irradiado por el fuego simboliza la excitación sexual mientras que la llama, con su forma y movimiento representa un falo activo (12). Surge del análisis del vínculo entre el fuego y el agua que los psicoanalistas sugieren que los pirómanos están fijados en una fase uretral o fálico-uretral del desarrollo psicosexual (13).

La primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I) identificó a la piromanía como una reacción obsesivo-compulsiva. En 1968, el DSM-II no la incluyó, aunque reapareció en el DSM-III y luego en el DSM-IV como un trastorno del control de los impulsos no clasificado en otros apartados, junto con el juego patológico, la cleptomanía, el trastorno explosivo intermitente y la tricotilomanía (14). En el DSM-V se la incluyó en el capítulo de Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta (15).

## Clínica

La conducta destructiva es aquella cuyo resultado es una lesión total o parcial de la integridad física o psicológica de una persona u objeto (16). Encuadrar una conducta en una categoría diagnóstica psiquiátrica exclusivamente sobre la base de su resultado dañoso pasaría por alto la dinámica psicopatológica que expresa. La piromanía se caracteriza por la repetida conducta de planear y provocar incendios sin motivación y como respuesta a un impulso no controlable. Antes de provocar el incendio el piró-

mano está excitado emocionalmente y después se siente fascinado y atraído por las llamas. Existe un interés en todo lo relacionado con el fuego y las actividades y equipos de los bomberos. Sienten placer, gratificación o alivio cuando provocan incendios y también cuando los observan o de alguna manera participan de su extinción, aunque ellos no hayan intervenido (17). Un estudio realizado en el ámbito forense reportó que la mayoría de los pirómanos experimentan una elevación de la tensión o *arousal* afectivo antes del incendio, particularmente cuando consumen alcohol. Dado que la intoxicación por sustancias es uno de los criterios clínicos de exclusión según el DSM, algunos autores consideran que esto debería reconsiderarse (18).

El trastorno a menudo comienza en la adolescencia tardía o en la adultez joven y tiende a cronificarse si no es tratado. Aquellos sujetos que en su evolución dejan de cumplir criterios para piromanía, parecen reemplazarla por otro trastorno adictivo o impulsivo. Este cambio (*switching*), así como la alta tasa de trastornos impulsivos y adictivos comórbidos de la piromanía lleva a plantear si existe una neuropatología en común subyacente a diferentes conductas caracterizadas por la búsqueda de gratificación (*rewardseeking*) (19).

Un estudio de Grant y Kim realizado en 21 adolescentes y adultos que cumplen criterios de piromanía (DSM-IV) encontró que la mayoría de los participantes reportaron placer en la provocación de incendios, aunque manifestaron vergüenza y *distress* luego del mismo. Esto es similar a los que se describió como los aspectos nucleares de los trastornos del control de los impulsos:

(1) dedicación repetitiva o compulsiva a la conducta a pesar de sus consecuencias adversas, (2) Control disminuido sobre la conducta problemática, (3) estado de anhelo (*craving*) o impulso apetitivo previo a la realización de la conducta problemática, (4) cualidad hedónica durante el desarrollo de la conducta problemática. Existen aspectos fenomenológicos compartidos con otros trastornos del control de los impulsos: la mayoría de los pirómanos reportaron un aumento progresivo de la intensidad y frecuencia de conductas incendiarias, lo que remite a la tolerancia descrita en los trastornos por abuso de sustancias. Asimismo, se describió que las conductas incendiarias disminuyen la ansiedad en los pirómanos, un efecto similar ocurre con la realización de conductas ludópatas y cleptómanas (19).

Es fundamental un adecuado diagnóstico diferencial entre la piromanía y los actos incendiarios o sabotajes por motivos políticos o que buscan un beneficio secundario al acto. En la mayoría de los trabajos no se establecen diferencias demasiado rigurosas entre auténticos pirómanos y otro tipo de incendiarios (17). Una posible causa de la rareza de la piromanía podría deberse al método de muestreo epidemiológico. La mayoría de los estudios se enfocan en la conducta incendiaria y en el delito resultante de estrago, más que en el diagnóstico psiquiátrico de piromanía (20). De hecho, la mayoría de las personas con piromanía no cometieron el delito de estrago. Posiblemente prendan fuego en sus hogares en un ámbito controlado (19).

Este trastorno se ha asociado con el alcoholismo, el retraso mental, las disfunciones sexuales y rasgos de resentimiento y

frustración crónica. Se interpreta que el acto incendiario es una forma de dar salida a la ira causada por los sentimientos de inferioridad social, física o sexual (17). Un estudio observacional encontró una asociación entre conductas incendiarias y una combinación de timidez y agresividad. Es frecuente encontrar antecedentes de dificultades interpersonales, pobres habilidades sociales, rumiación hostil y rechazo de los pares (21).

La verdadera tasa de enfermedad mental en incendiarios es difícil de establecer y oscila entre el 10-20% hasta el 60%. Las comorbilidades más frecuentes son trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos y retraso mental. La prevalencia reportada de trastornos de la personalidad entre incendiarios varía del 25 al 66%. Las caracteropatías más frecuentemente encontradas son antisocial y *borderline* (14).

Desde el punto de vista neurobiológico distintos estudios realizados en incendiarios encontraron bajas concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) y 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) asociados con irritabilidad e impulsividad, mientras que una alta concentración de testosterona libre se asoció con agresividad, recelo, búsqueda de sensaciones y socialización reducida (22, 23).

## Tratamiento

No existen estudios controlados que examinen la eficacia de la farmacoterapia o de la psicoterapia en este trastorno. La indicación de psicofármacos debe regirse por los estándares de una prescripción *off label* donde se consideren cuidadosamente los

beneficios esperados y riesgos inherentes al tratamiento. La elección del psicofármaco debería basarse en las comorbilidades psiquiátricas presentes, sin embargo, ciertas categorías diagnósticas como las caracteropatías o la discapacidad intelectual a su vez carecen de un tratamiento psicofarmacológico aprobado por las agencias reguladoras.

La mayoría de la evidencia surge de reportes de casos. Se reportó efectividad para la combinación de olanzapina y ácido valproico (24) y de topiramato junto con terapia cognitivo conductual (25). Un estudio documentó la respuesta al tratamiento en 21 pacientes (14 adultos y 7 adolescentes) con diagnóstico de piromanía según el DSM IV. De los 21 pacientes, 14 habían recibido tratamiento para trastornos psiquiátricos y solo 2 recibieron tratamiento específico para la piromanía. Se reportó una remisión parcial o completa de los síntomas piromaniacos en 6 de los 14 casos. Las

drogas usadas incluyeron topiramato, escitalopram, sertralina, fluoxetina y litio. En 3 de los casos recurrieron los síntomas cuando se discontinuó el tratamiento (19). De todas maneras, en reportes de casos aislados se encontraron resultados inconsistentes con algunos de los psicofármacos mencionados (13).

Se desarrollaron otros tratamientos orientados a la conducta incendiaria. Los tratamientos conductuales incluyen métodos como educación sobre el manejo seguro del fuego, técnicas de relajación, terapia aversiva, refuerzos positivos y programas de prevención (13). La recuperación de la piromanía es más probable en niños y adolescentes. Otros recursos en esta población incluyen entrenamiento de los padres, habilidades de comunicación, entrenamiento en resolución de problemas, reestructuración cognitiva y psicoterapia individual y familiar (26).

---

## Referencias bibliográficas

- 1. Prins H. Offenders, Deviants or Patients? Third Edition. London: Taylor & Francis; 2005.
- 2. Burton PR, McNiel DE, Binder RL. Firesetting, arson, pyromania, and the forensic mental health expert. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2012; 40(3):355-65.
- 3. Doley R, Dickens G, Gannon T. *The Psychology of Arson: A Practical Guide to Understanding and Managing*. New York: Routledge; 2016.
- 4. Torres S, Castelnuovo M. Art. 186 a 189 Incendio y otros estragos. *Revista Pensamiento Penal*. Código Penal comentado de acceso libre. Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/>

system/files/cpcomentado/cpc37787.pdf

- 5. Doley R. Pyromania: Fact or Fiction? Br J Criminol (2003) 43 (4): 797-807.
- 6. Burton PR, McNiel DE, Binder RL. Firesetting, arson, pyromania, and the forensic mental health expert. J Am Acad Psychiatry Law. 2012; 40(3):355-65.
- 7. Marc CCH. Considérations médico-légales sur la monomanie et particulièrement sur la monomanie incendiaire. Ann. Hyg. Publ. Méd. Lég. 10, 367-484.
- 8. Castel R. El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo. Buenos Aires: Nueva Visión; 2009.
- 9. Andrews J. From stack-firing to pyromania: medico-legal concepts of insane arson in British, US and European contexts, c. 1800-1913. Part I. Hist Psychiatry. 2010 Sep;21(83 Pt 3): 243-60.
- 10. Legrand du Saulle H. La folie devant les tribunaux. París: Librairie F. Savy; 1864
- 11. Geller JL, Erlen J, Pinkus RL. A historical appraisal of America's experience with "pyromania"-a diagnosis in search of a disorder. Int J Law Psychiatry. 1986; 9(2):201-29.
- 12. Freud S. Sobre la conquista del fuego. Obras completas. Volumen XXII - Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras (1932-1936). Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1978.
- 13. Grant JE, Potenza MN. The Oxford Handbook of Impulse Control Disorders. New York: Oxford University Press; 2012.
- 14. Aboujaoude E, Koran LM. Impulse Control Disorders. New York: Cambridge University Press; 2010.
- 15 American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- 16 Eichelman B, Hartwig A. The Carolina Nosology of Destructive Behavior (CNDB). J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1990 Summer; 2(3):288-96.
- 17. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4a edición. Barcelona: Masson; 1998.
- 18. Lindberg N, Holi MM, Tani P, Virkkunen M. Looking for pyromania: characteristics of a consecutive sample of Finnish male criminals with histories of recidivist fire-setting between 1973 and 1993. BMC Psychiatry. 2005 Dec 14;5:47.
- 19. Grant JE, Won Kim S. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity of pyromania. J Clin Psychiatry. 2007 Nov; 68(11):1717-22.
- 20. Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Sixth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2014.
- 21. Harvey J, Rogers A, Law H. Young people in forensic mental health settings: Psychological thinking and practice. Basingstoke: Palgrave, Macmillan; 2015.
- 22. Virkkunen M, Rawlings R, Tokola R, Poland RE, Guidotti A, Nemeroff C, Bissette G, Kalogeras K, Karonen SL, Linnoila M. CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. Arch Gen Psychiatry. 1994 Jan;51(1):20-7.
- 23. Virkkunen M, Nuutila A, Goodwin FK, Linnoila M. Cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels in male arsonists. Arch Gen Psychiatry. 1987 Mar; 44(3):241-7.
- 24. Parks RW, Green RD, Girgis S, Hunter MD, Woodruff PW, Spence SA. Response of pyromania to biological treatment in a homeless person. Neuropsychiatr Dis Treat. 2005 Sep;1(3):277-80.
- 25. Grant JE. SPECT imaging and treatment of pyromania. J Clin Psychiatry. 2006 Jun; 67(6):998.
- 26. Sperry L. Mental Health and Mental Disorders. An Encyclopedia of Conditions, Treatments, and Well-Being. Greenwood Press; 2015.

# Tricotilomanía

Federico Rebok

## Definición

La tricotilomanía es un desorden repetitivo y focalizado en el cuerpo, que puede presentarse en ambos sexos, en niños, adolescentes y adultos (habitualmente después de la pubertad), y que se caracteriza por la necesidad imperiosa de arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida. El trastorno fue descrito por primera vez por Hallpea, en 1889. Hasta el DSM-IV-TR se lo clasificó como un trastorno del control de los impulsos, pero en el DSM-5 se lo incluyó en el grupo del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados (junto con el trastorno de excoriación, por ejemplo) (1).

## Características clínicas

Clínicamente, el paciente puede arrancarse el pelo en cualquier parte del cuerpo, aunque las localizaciones más frecuentes suelen ser el cuero cabelludo (la más frecuente), las cejas y los pestañas (menos frecuentemente, vello axilar, facial, púbico o de región perirrectal). La localización puede ser siempre la misma, o ir cambiando con el tiempo. Puede aparecer en forma de episodios breves repartidos durante todo el día o en períodos menos frecuentes, pero más sostenidos. Existe una sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se

intenta resistir la práctica de ese comportamiento. Existen dos subtipos de tricotilomanía: (i) en el subtipo automático, el arrancamiento de pelo ocurre durante actividades sedentarias, tales como yacer en cama, mirar televisión o leer; (ii) en el subtipo focalizado, en cambio, ocurre cuando se buscan intencionalmente los pelos que se van a arrancar. Este último subtipo podría permitirle al paciente distraerse de pensamientos o sentimientos displacentes (1, 2).

En la tabla 1 se enumeran los criterios diagnósticos para tricotilomanía.

El paciente con tricotilomanía puede, además, realizar conductas complementarias entre las que se encuentran morder el pelo o incluso ingerirlo (tricofagia), lo cual puede llevar a una complicación seria que es la formación de un tricobezoar (bola de pelos) (2). El trastorno también puede presentarse en comorbilidad con el TOC, el Tourette y otros trastornos como el trastorno por excoriación (2).

Existen múltiples instrumentos validados para cuantificar el grado de severidad de esta enfermedad. Entre ellas, destacan: *The Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale* y *The Psychiatric Institute Trichotillomania Scale*. Además, puede utilizarse la clásica *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, como en el trastorno obsesivo-compulsivo (3, 4).



TABLA 1

**Criterios diagnósticos para tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) (1)**

<b>Tricotilomanía (312.39)</b>
A. Arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida.
B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo.
C. Arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. El hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., una afección dermatológica).
E. El hecho de arrancarse el pelo no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal).

**Tratamiento**

En general, los pacientes se muestran reacios a la derivación a un psicólogo o psiquiatra. En general, se prefiere la terapia cognitivo-conductual por sobre la psicofarmacoterapia.

Un metaanálisis mostró que la terapia conductual es eficaz en el tratamiento de esta patología, con una magnitud de efecto grande, en comparación con los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina,

cuya magnitud de efecto es moderada. La clorimipramina, un antidepresivo tricíclico con claro efecto serotoninérgico, podría ser más eficaz, aunque presenta mayores tasas de abandono debido a sus efectos colaterales (5).

La N-acetilcisteína, un modulador glutamatérgico, también podría ser de utilidad en esta patología, aunque los datos resultan contradictorios (6).

**Referencias bibliográficas**

- 1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V), American Psychiatric Association, Arlington 2013.
- 2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima revisión. Ginebra, 1994.
- 3. O'Sullivan RL, Keuthen NJ, Hayday CF, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 2. reliability and validity. *Psychother Psychosom* 1995; 64:146.
- 4. Winchel RM, Jones JS, Molcho A, et al. The Psychiatric Institute Trichotillomania Scale (PITS). *Psychopharmacol Bull* 1992; 28:463.
- 5. McGuire JF, Ung D, Selles RR, et al. Treating trichotillomania: a meta-analysis of treatment effects and moderators for behavior therapy and serotonin reuptake inhibitors. *J Psychiatr Res* 2014; 58:76.
- 6. Bloch MH, Panza KE, Grant JE, et al. N-Acetylcysteine in the treatment of pediatric trichotillomania: a randomized, double-blind, placebo-controlled add-on trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52:231.

# Abordaje en la urgencia de las parafilias: el par sadismo masoquismo

Ezequiel Cortese

## Resumen

El sadismo sexual y el masoquismo sexual, entendidos como parafilias, representan dos constelaciones clínicas de difícil presentación espontánea en la consulta, condicionando una desestimación en su búsqueda durante la anamnesis. No obstante, pueden a menudo representar un riesgo, lo que justifica un capítulo de este libro.

Para un correcto manejo de las situaciones de riesgo, es necesario una evaluación en la urgencia que tenga en claro que la regla, más que la excepción, es que estos cuadros irrumpen en un terreno psicopatológico de predisposición, y que las fantasías y conductas que suponen, se asocian inexorablemente a la excitación sexual, siendo el medio casi exclusivo de su obtención, además de ser fijas y de repetirse de manera estereotipada.

## Sadismo sexual Definiciones

El término sadismo fue definido por Krafft-Ebbing en su *Psychopathia Sexualis*, de 1886. Textualmente decía: "... *El sadismo es la experiencia de sensaciones sexuales placenteras (incluido el orgasmo) producidas por actos de crueldad, castigo corporal afligido por la propia persona u observado en otros... También puede con-*

*sistir en un deseo innato de humillar, lastimar, herir o incluso destruir a los demás con el fin de crear placer sexual en uno mismo...*" (1).

Actualmente la definición no cambió en esencia, siendo conceptualizado como el placer sexual obtenido ante el padecimiento emocional y físico del otro, expresado en fantasías, deseos, impulsos, o conductas (2) (3).

Este rasgo se encuentra en un *continuum*, siendo patológico y por ende recolectado como trastorno por el DSM-V, cuando genera malestar y disfunción en el individuo, o cuando se transforma en conducta imponiéndoselo al otro sin su consentimiento, deviniendo un delito.

Justamente en la definición canónica del DSM-V se encuentra el criterio clínico (A), que es la definición de sadismo sexual, mientras que el criterio (B) es el que determina cuando ese rasgo deviene en trastorno (3). El cuadro 1 muestra el trastorno de sadismo sexual considerado por este manual.

Ahora bien, para evitar confusiones, es menester adentrarnos en la definición de otros conceptos emparentados.

Por un lado, también se designa con el apelativo sadismo, a aquellos individuos con marcados rasgos psicopáticos de la personalidad. El sadismo psicopático, al

que se hace mención, debe ser entendido más bien como un constructo de personalidad, y no como una fantasía o conducta desviada de sus fines sexuales “normales”. En estas personalidades psicopáticas, en donde sobresale la falta de empatía, la cosificación del otro, la ausencia de culpa y vergüenza, la racionalización de conductas disociales, entre otros aspectos, la agresividad/violencia esta puesta al servicio de subyugar, dominar, o manipular al semejante. El objetivo de lo anterior, es obtener

una gratificación material o ejercer un control de la situación, sin que necesariamente exista una excitación sexual en el ejercicio de dicha práctica.

En ambos terrenos sobresale la desmesura de la agresividad predatoria que busca satisfacerse, solo que en los primeros el dominio sexual de la víctima se asocia a excitación sexual, mientras que, en los segundos, se trata de someter al semejante en tanto ejercicio del poder, no vinculándose con una activación sexual al agredirlo<sup>1</sup>.

**CUADRO 1**

**Definición del trastorno de sadismo sexual según el DSM-V**

<b>Trastorno de sadismo sexual 302.84 (F65.52)</b>
A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del sufrimiento físico o psicológico de otra persona, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
Especificar si: <ul style="list-style-type: none"><li>- En un entorno controlado: este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de dedicarse a comportamientos sexuales sádicos es limitada.</li><li>- En remisión total: el individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.</li></ul>

1. Parecieran que ambas condiciones emergen de un terreno de base semejante, solo que, en los sádicos sexuales está presente la excitación sexual asociada al ejercicio de un dominio destructivo de la víctima. Si se piensa que el fin del sadismo sexual es alcanzar el clímax sexual a través de subyugar, denigrar, y torturar a la víctima, pareciera una entidad diferente al sadismo psicopático, ahora si consideramos que esta excitación sexual es secundaria y el verdadero objetivo es dominar, parecería una variante de la psicopatía. A pesar de este intrínquilis, al que contribuye también la dificultad de evaluar “la excitación sexual”, en tanto se debe confiar en el relato de estos individuos, existe algo en común y que es inobjetable, la desmesura de sus actos. Esta última, da cuenta de la falta de límites, muy en especial aquellos de talante afectivo, como lo son los sentimientos de culpa o de remordimiento, la vergüenza, o el asco, y no solo la reflexión cognitiva moral, la cual más bien es un producto de la irrupción de los primeros en el proceso de toma de decisiones y emisión de juicios.

Por supuesto que es común que el sadismo sexual y el psicopático se superpongan, solo que de manera asimétrica. La mayoría de los sádicos sexuales puntúan alto en las escalas que miden psicopatía, como la PCL-R, no obstante, gran parte de los psicópatas sádicos, no tienen sadismo sexual.

Asimismo, tanto el sadismo sexual o parafilico, como el sadismo psicopático, no deben confundirse con el reino de los trastornos de la personalidad, aunque alguno de estos son el principal terreno en donde los anteriores asientan.

Por ejemplo, la mayoría de los psicópatas, medidos con técnicas psicométricas, se incluyen dentro de los trastornos de la personalidad sádica (ya no existe en el DSM-IV y V), trastornos de la personalidad antisocial (TAP), o trastornos de personalidad del espectro psicótico (esquizoide, esquizotípico, y paranoide). Sin embargo, también pueden ser psicópatas adaptados y exitosos, que no son abarcados por los trastornos descritos en el DSM, a pesar de ostentar rasgos sádicos<sup>2</sup>.

Otro tema involucra, a si estamos frente a un trastorno de sadismo sexual o, a conductas sádico sexuales aisladas que pueden aparecer en el seno de un trastorno esquizofrénico, o bipolar, y hasta pueden manifestarse en enfermedades orgánicas, desde epilepsias hasta injurias encefálicas traumáticas, o demencias, entre otras, como un signo más en el contexto de un síndrome determinado.

Para empantanar aún más el terreno, otro termino problemático, es el de agresor u ofensor sexual. Gran parte de los estudios sobre trastorno de sadismo sexual se hace sobre población carcelaria o en libertad condicional por haber cometido un delito sexual, lo cual implica un sesgo, ya que por ejemplo no se consideran los individuos con trastorno de sadismo sexual que no cometen agresiones sexuales y que se sienten molestos por presentar estas manifestaciones, que según el manual DSM es una sub-categoría posible dentro de este diagnóstico.

Por otro lado, intuitivamente se puede pensar que todos los agresores sexuales, padecen un trastorno de sadismo sexual, y, sin embargo, muchos estudios señalan que la incidencia es muy baja, mientras que otros la acercan al 80% (4). Tal discrepancia nos hace pensar en lo abstruso de todo este panorama y la poca validez del trastorno así delimitado; es que el problema radica en cómo mensurar si la búsqueda de la "excitación sexual" ha sido el móvil de este tipo de delitos, si para ello es necesario confiar en la palabra de estos agresores acerca de su experiencia íntima, cuando la mayoría de ellos puntúan alto para psicopatía, y por ende ostentan un gusto por mentir inescrupulosamente. Es verdad que se trata de soslayar este obstáculo a través de medidas objetivas, como lo son datos en la escena del delito o crimen, o en estudios fisiológicos que mensuran la res-

2. Piénsese en el jefe despótico, o aquellos hombres de negocios insensibles que llegan a ser CEOs de grandes empresas, o las amas de casa crueles y dominantes, así como también los líderes religiosos que defienden con una pulcritud atormentadora los preceptos de su credo, o esos docentes severos y exigentes que se regodean denigrando a sus alumnos, supuestamente por no estar a la altura de los conocimientos demandados, entre otros ejemplos. Todos ellos pueden ser psicópatas sádicos, y sin embargo estar adaptados a su medio, sin infringir la ley, y hasta pueden llegar a ser modelos para su comunidad (6).

puesta fálica, como la pletismografía peniana o falometría, no obstante, la mayoría de los estudios de campo no lo han utilizado, lo que, sumado al uso de diferentes variables y criterios diagnósticos para definir trastornos, tornan imposible la empresa de obtener generalizaciones empíricas válidas a partir de todos ellos (5). Entonces, para entender mejor este complicado panorama, de antemano sabiendo lo imposible de su solución, algunos teóricos (7) (8) entienden que el sadismo sexual y el sadismo psicopático, son dos dimensiones distintas, que se superponen, compartiendo factores etiopatogénicos. De esta manera las conductas sexuales sádicas pueden observarse en un rango poblacional más grande, pero para ser trastorno o asociarse a los delitos de agresión sexual, es necesario que los rasgos de sadismo psicopático estén presentes.

Otra controversia en lo que respecta a la definición sadismo sexual, se circunscribe a la cuestión del fin, si es la gratificación sexual o el ejercicio del dominio, al utilizar como medio el sufrimiento psíquico o físico del otro. Quizás en este punto debamos anteponer una visión dimensional de la cuestión, ubicándose algunos sádicos sexuales en el extremo de la búsqueda de la excitación sexual, mientras que, en otros, esta última es consecuencia de la consecución de la dominación y degradación de la víctima, verdadero fin de su perverso hábito.

En referencia a la condición pretérta, no es difícil colegir que la misma pueda ser fruto de la superposición con la dimensión psicopatía, concatenándose ambas de manera tal que se termina potenciando la

gravidad del cuadro, dado que los agresores sexuales recluidos, incluyendo los asesinos seriales, gozan de sendos trastornos en la mayoría de los casos. Es oportuno señalar al respecto, las palabras de un sádico sexual y asesino serial, Mike Debardeleben, al definir su perversión, tal cual la recolecta el artículo de Soria Verde y Monserrat (4). Textualmente, dijo: *"...El deseo de infligir dolor en los demás no es la esencia del sadismo. Es un impulso esencial: tener el dominio completo sobre otra persona, convertirla en un objeto indefenso a nuestra voluntad, convertirse en su gobernante absoluto, ser su Dios, para hacer con ella lo que uno quiera. Humillarla, esclavizarla, son métodos para alcanzar este objetivo, y el objetivo radical más importante es hacerla sufrir, ya que no existe mayor poder sobre otra persona que el de infligir dolor en ella para obligarla a someterse a sufrir sin que sea capaz de defenderse. El placer en la completa dominación sobre otra persona es la verdadera esencia del sadismo..."*.

Entonces, es muy interesante observar la clínica del sadismo sexual en un *continuum*, que va desde las fantasías sádicas que no se actúan, pasando por los que las practican, pero en el contexto del consentimiento brindado por el partenaire, los que dan un paso más y las ejecutan sin la anuencia de la víctima, pero no logran lesionarlas gravemente, hasta el extremo, en donde se ubican los violadores violentos, o algunos asesinos seriales. Como puede apreciarse nuevamente, las dos primeras condiciones no son un trastorno de sadismo sexual, a no ser que el individuo sienta malestar por presentarlas, lo que da cuen-

ta de cierta capacidad para experimentar vergüenza, culpa, o asco, en cambio, las dos últimas, indefectiblemente implican este trastorno, pudiendo ser la psicopatía el ingrediente que así las instituye.

En las líneas subsiguientes se intentará trazar una hoja de ruta de cómo diagnosticar y evaluar esta parafilia, con el objeto de brindarle al clínico herramientas que le permitan captar el principal riesgo que pueden representar estos pacientes, los delitos de agresión sexual.

### Clínica del sadismo

Si bien la definición del sadismo es unívoca, las manifestaciones de esta pueden expresarse en diferentes ámbitos y de distintas maneras.

Hirschfeld, definía dos categorías de sadismo sexual, el sadismo menor, del otro grave, lo cual se corresponde con las consideraciones actuales del DSM-V. El cuadro 2 recolecta las principales características de cada uno.

Un rasgo clínico de capital importancia en estos pacientes, es su afición por las fantasías sexuales de tenor sádico, en la cual se somete, controla y veja a una víctima. Esta fantasía, promueve, mantiene y orienta la conducta sádica, contribuyendo a la superación del umbral a partir del cual se pasa al acto. Posteriormente, este último potencia la actividad fantasiosa, estableciéndose un circuito de retroalimentación difícil de sofocar. Es por ello que algunos estudios muestran que la fantasía se encuentra en mayor magnitud en los asesinatos sexuales seriales, rondando el 90%, y en un 20% de los que cometieron un solo hecho de esta índole (4).

Algunas teorías conjeturan que las fantasías son maneras de regular la excitabilidad o arousal, además del estado emocional, siendo una manera de auto-estimularse. Así las fantasías van cobrando mayor placer y también tolerancia, por lo que *a posteriori* para despertar igual activación, se deben agravar, hasta el extremo del

#### CUADRO 2

##### El sadismo menor y mayor de Hirschfeld

	Sadismo menor	Sadismo mayor
<b>Definición</b>	-Este se manifiesta en relaciones sexuales consentidas, donde se asocia a prácticas sadomasoquistas con el <i>partenaire</i> , siendo del tipo dominación/sumisión.	-Involucra el ejercicio de una conducta sexual no consentida, que se impone al <i>partenaire</i> , generando graves lesiones o la muerte. Se busca el completo control y dominación de la víctima.
<b>Características</b>	-Verbalizaciones degradantes, mordazas y vendaje de ojos, ataduras, flagelación, humillación, escatofilia, etc.	-Palizas, tortura, quemaduras, cortes, piquerismo (apuñalamiento descontrolado), violación, asesinato, vampirismo, necrofilia.

pasaje al acto [4]. guible, que combina rasgos masoquistas  
Asimismo, existe un tipo de sádico distin- (comorbilidad cercana al 20%), los cuales

**CUADRO 3**

**Las características del sádico sexual criminal, según Brittain**

	<b>El sádico sexual criminal de Brittain:</b>
<b>Desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Relación ambivalente con la madre.</li><li>-Padre autoritario y severo (castigo físico).</li><li>-Socialmente aislado y con pocas habilidades interpersonales.</li></ul>
<b>Personalidad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Introspectivo, solitario, obsesivo, hipocondríaco, vanidoso, rara vez se muestra abiertamente violento y esconde con recelo sus sentimientos agresivos.</li></ul>
<b>Sexualidad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Se siente sexualmente inferior al resto de los hombres, a menudo sufre impotencia.</li><li>-Existe historia de travestismo, fetichismo y experiencias homosexuales.</li><li>-Tiene un mundo rico de fantasías sexuales.</li></ul>
<b>Hábitos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Se siente atraído por la posición de poder frente a otras personas y seres vivos.</li><li>-Se siente excitado por la crueldad y violencia de las películas, libros y cualquier otro medio audiovisual.</li><li>-Muestra un interés bizarro en hombres lobo, vampiros, brujería, tortura y nazismo.</li><li>-Tiene un gran interés por las armas de todo tipo.</li><li>-De forma habitual, existe un historial de tortura hacia los animales en la infancia y/o adolescencia, pudiendo desarrollarse incluso en la etapa adulta.</li></ul>
<b>Historia médica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Poco o ningún antecedente psiquiátrico (no hay antecedentes de esquizofrenia, aunque si pueden desarrollar ansiedad y depresión como resultado de su lucha interior por vencer sus impulsos agresivos y sádicos).</li></ul>
<b>Crimen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Tiende a pasar a la acción cuando pierde la autoestima, ya que planear los crímenes los hace sentir seres superiores.</li><li>-Se siente mejor y regresa a la normalidad emocional tras el crimen.</li><li>-Suele matar mediante asfixia, múltiples puñaladas o como consecuencia de graves lesiones en tórax, genitales y recto.</li></ul>
<b>Pronóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-A menudo se comporta como un prisionero ejemplar, pero en su interior está esperando la mínima oportunidad para volver a actuar.</li></ul>

asumen el rol de la víctima, auto-infligiéndose castigos y torturas semejantes a los efectuados a las personas que martirizaron, de manera tal de revivenciar el placer generado cuando se concretó tal accionar, potenciando las fantasías onnipotentes de poder y control. El anterior tipo, se corresponde con la descripción del Grandiose Sadism, de Knoll y Hazelwood (4).

Como se mencionó, es frecuente la coexistencia del terreno psicopático, convergiendo los rasgos sádicos sexuales con los sádicos psicopáticos. No obstante, también es frecuente la comorbilidad con la dimensión psicoticismo, siendo este dato de vital importancia, puesto que las características del tipo sádico sexual más grave, del estilo de los que cometen crímenes, comportan estos rasgos. La anterior pintura ha sido muy bien descripta por Brittain (ver cuadro 3), al caracterizar al sádico sexual que comete delitos y crímenes, en donde casi el 50% de estos pacientes tienen una personalidad esquizoide/esquizotípica (4) (9).

Por último, si bien no es sentenciado con firmeza en los manuales DSM, si lo es en la psiquiatría clásica y la tradición psicoanalítica, el hecho de que el verdadero sadismo sexual implica una fijación, y una repetición estereotipada de las fantasías y conductas

que implica, además de que esta práctica es casi la vía exclusiva de obtener la gratificación sexual.

### Evaluación diagnóstica

Como se viene sosteniendo en este capítulo, las fantasías sádico sexuales o los juegos consentidos en donde estas se actúan, no son objeto de consideración, en tanto no son un trastorno, así como tampoco representan un riesgo y por ende una urgencia.

Es sumamente raro que los pacientes con fantasías, o conductas sádicas consensuadas, se presenten por *motu proprio* a la consulta del psiquiatra por sentir culpa, vergüenza o repugnancia. Menos es el caso de aquellos en donde su comportamiento sexual desviado se ejecuta sin consentimiento involucrándose en delitos.

La pregunta que se suscita, entonces es, cual es el riesgo que estos trastornos implican y como se mensura la gravedad del mismo, lo que en definitiva involucra al abordaje en la urgencia de estos.

Por ello, para establecer una adecuada evaluación de esta condición, a los fines anteriormente expuestos, es menester trazar una bitácora en la cual se plasmen los pasos diagnósticos a perseguir. El cuadro 4 menciona a estos últimos.

#### CUADRO 4

##### Pasos en la evaluación diagnóstica del sadismo sexual

Pasos de la evaluación diagnóstica
1. Clínica y escalas.
2. Comorbilidad o trasfondo psicopatológico.
3. Diagnóstico diferencial.
4. Estimación del riesgo.
5. Manejo en la urgencia



### Clínica y escalas

El primer paso en la evaluación diagnóstica, como siempre es la clínica. En lo que respecta a este trastorno, remitirse a las líneas anteriores en donde se describe este aspecto.

Dentro de este punto, es menester diferenciar con el juicio clínico, si nos encontramos en el perímetro de las meras fantasías, o frente a un hábito sádico sexual circunstanciado por prácticas sadomasoquistas consentidas con el *partenaire*, sendas condiciones que no representan un desorden. O, si estamos frente a un verdadero trastorno por sadismo sexual. Esta disyuntiva, bien se soslaya considerando los criterios diagnósticos del manual DSM, y una adecuada anamnesis. El cuadro 5 señala la información fundamental a recabar en la anamnesis [10] [11].

En los últimos años, con el auge del paradigma de la medicina basada en la evidencia, que desde el ámbito anglosajón se derramo al mundo, las regularidades clínicas captadas deben atravesar la mirada del tribunal de la estadística. Así se explica la moda de validar escalas para mejorar el diagnóstico clínico. Más allá de las críticas que se les pueden oponer, y con justa razón, estas escalas pueden ser útiles para apoyar la mirada clínica e indagar sobre aspectos que en ocasiones la memoria y el escaso tiempo nos lo hacen desconsiderar.

Para no atosigar con este tema, se hace mención a una escala validada que parte del estudio pionero realizado por Marshall y Hucker [12]. El cuadro 6 recolecta los descriptores del trastorno de sadismo sexual, siendo los primeros cinco ítems los más

#### CUADRO 5

##### Principales aspectos a considerar en la anamnesis de un paciente con sadismo sexual

Principales puntos a considerar en la anamnesis
- Características demográficas: incluyendo estar en contacto con niños en caso de pedofilia.
- Información sobre conductas sexuales y fantasías desviadas y no desviadas: tipo, frecuencia de actividad sexual y fantasías, presencia o ausencia de relaciones sexuales o fantasías de violencia. Frecuencia masturbadora, consumo de pornografía sádica-masoquista, y prácticas sádicas con prostitutas.
- Historia psiquiátrica pasada y actual.
- Antecedentes de ofensas sexuales y no sexuales anteriores.
- Antecedentes de abuso sexual o físico.
- Historia de tratamiento previo de la conducta parafílica.
- Número y tipo de parafilias asociadas.
- Registro de comorbilidad con eje 1 o eje 2 de la clasificación DSM (especialmente adicciones o trastornos de la personalidad).
- Comorbilidad con enfermedades somáticas.
- Presencia de impulsividad e hipersexualidad.

significativos y los últimos dos, los de menor peso.

Sobre este esbozo de escala, el trabajo metodológico aplicado por Nitschke y colaboradores, estableció la validación de la escala de sadismo sexual severo (SESAS). La misma reproduce los primeros cinco ítems del prototipo de escala anterior, agregando algunas consideraciones novedosas. Los últimos estudios le dan una sensibilidad del 56% y una especificidad del 90% cuando se toma como punto de corte un puntaje de 7 o más (13). Esta escala solo

viene a complementar el juicio clínico, y, por ende, con esta precaución, se justifica su consideración (14). El cuadro 7 señala los 11 ítems de la escala SESAS.

### Comorbilidad y terreno psicopatológico subyacente

Este desorden no existe en estado puro, prácticamente, presentándose en diferentes terrenos psicopatológicos, o si se quiere, orbitado por múltiples condiciones comorbidas.

Dentro de este panorama, se torna

#### CUADRO 6

##### Los 17 ítems propuestos por Marshall y Hucker para fundar una escala validada del trastorno por sadismo sexual (12)

Escala de sadismo sexual
El ofensor se excita sexualmente por actos sádicos.
El ofensor ejerce poder/control/dominación sobre la víctima.
El ofensor humilla o degrada a la víctima.
El ofensor tortura o participa en actos de crueldad contra la víctima.
El ofensor mutila las partes sexuales del cuerpo de la víctima.
El ofensor tiene antecedentes de asfixiar a parejas durante el sexo, de manera consentida.
El ofensor ejerce violencia infundada hacia la víctima.
El ofensor tiene antecedentes de crueldad dirigida a otras personas o animales.
El ofensor hiere injustamente a la víctima.
El ofensor intenta asfixiar, o tiene éxito en estrangular, a la víctima.
El ofensor guarda como "trofeos", partes del cuerpo o pertenencias de la víctima (por ejemplo, pelo, ropa interior, DNI).
El ofensor mantiene registros del delito cometido, diferentes de los "trofeos".
El ofensor planea cuidadosamente el delito.
El ofensor mutila partes no sexuales del cuerpo de la víctima.
El ofensor tiene antecedentes de esclavizar a sus parejas durante el acto sexual, de manera consentida.
La víctima es secuestrada o confinada.
Evidencia de ritualismo en el delito.

**CUADRO 7**

**La escala validada SESAS, con 11 ítems. El punto de corte postulado es de 7 (13)**

<b>Escala de sadismo sexual severo (SESAS)</b>
1. El ofensor se excita sexualmente durante su acto.
2. El ofensor ejerce poder/control/dominación sobre la víctima.
3. El ofensor humilla o degrada a la víctima.
4. El ofensor tortura a la víctima o participa en actos de crueldad contra la víctima.
5. El ofensor mutila las partes sexuales del cuerpo de la víctima.
6. El ofensor ejerce violencia infundada hacia la víctima.
7. El ofensor guarda “trofeos” de la víctima.
8. El ofensor mutila partes no sexuales del cuerpo de la víctima.
9. La víctima es secuestrada o confinada.
10. Evidencia de ritualismo en el delito.
11. Inserción de objetos en los orificios corporales de la víctima.

**CUADRO 8**

**Los criterios de psicopatía de Cleckley**

<b>Criterios de Cleckley para describir la psicopatía (1941)</b>
1. Encanto externo y notable inteligencia.
2. Inexistencia de alucinaciones y otras manifestaciones de pensamiento irracional.
3. Ausencia de nerviosismo.
4. Indigno de confianza.
5. Mentiras e insinceridad.
6. Falta de sentimientos de culpabilidad y de vergüenza.
7. Conducta antisocial, sin aparente remordimiento.
8. Razonamiento insuficiente y falta de capacidad para aprender de la experiencia vivida.
9. Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.
10. Gran pobreza de reacciones afectivas.
11. Pérdida específica de intuición.
12. Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales.
13. Comportamiento fantástico.
14. Amenazas de suicidio raramente cumplidas.
15. Vida sexual impersonal, trivial y poco integrada.
16. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.

obligatorio constatar la presencia de psicopatía como dimensión clínica, trastornos de personalidad, y otros desordenes psiquiátricos, incluyendo otras parafilias, sin olvidarse de los antecedentes de patologías clínico-neurológicas, traumatismos, y consumo de sustancias.

## Psicopatía

La definición moderna de psicopatía se debe especialmente a Cleckley (ver cuadro 8) y Hare (1984). Para estos, el núcleo de la psicopatía es la carencia de respuesta emocional dirigida hacia el prójimo, una especie de déficit en la experimentación y comprensión del significado de la vivencia emocional, que algunos autores conceptualizaron como un tipo de demencia semántica circunscripta. De hecho, este es el prin-

cipal criterio diferencial con respecto a la delincuencia ordinaria y las conductas antisociales, cristalizado como ausencia de sentimientos de culpa y vergüenza, además de las relaciones interpersonales irresponsables (15) (16).

Hare (ver cuadro 9), por su parte, elabora una escala de estimación compuesta por 20 ítems, denominada Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) en la que se incluyen dos factores que conforman la psicopatía, personalidad por un lado y desviación social por el otro. El primero hace referencia a los aspectos afectividad y relaciones interpersonales, mientras que el segundo, a problemas de conducta, irresponsabilidad e impulsividad, implicando una socialización comprometida (15) (16).

### CUADRO 9

#### La escala PCL-R con los descriptores clínicos de la psicopatía

Factor 1 (Personalidad)	Factor II (Desviación social)	Ítems adicionales que no pertenecen a los factores:
1. Locuacidad/encanto superficial.	3. Necesidad de estimulación.	11. Conducta sexual promiscua.
2. Grandioso sentimiento de autovalía.	9. Estilo de vida parásito.	17. Muchas relaciones maritales breves.
4. Mentira patológica.	10. Escaso autocontrol.	20. Versatilidad delictiva.
5. Manipulador.	12. Precocidad en mala conducta.	
6. Falta de remordimiento / culpa.	13. Sin metas realistas.	
7. Afecto superficial.	14. Impulsividad.	
8. Crueldad/falta de empatía.	15. Irresponsabilidad	
16. No acepta responsabilidad de sus actos.	18. Delincuencia juvenil	
	19.Revocación de la libertad condicional.	

Otras perspectivas extienden la psicopatía en un *continuum*, con dos polos representados, en un extremo por los psicópatas agresivos, en donde los actos impulsivos y violentos se dan con más frecuencia, y en el otro, los estables, en donde prevalecen los actos de fraude y violencia instrumental (15).

Interesante es la diferenciación de Eysenck, entre psicópata primario, que se corresponde con las definiciones de Cleckley, de psicópata secundario, en donde el proceso de socialización es el que está perturbado, pudiendo sentir empatía

con el semejante, sentimientos de culpa y de vergüenza. Esta diferenciación permite distinguir los sociópatas, los cuales conforman el grueso del trastorno antisocial de la personalidad, como se verá, de los verdaderos psicópatas (15).

Asimismo, la definición de psicópata se acerca a la de trastorno sádico de la personalidad, categoría diagnóstica, que desapareció en el DSM-IV, aunque algunos autores de la talla de Millon (6), todavía definen como entidad distinguible del trastorno antisocial de la personalidad. En el siguiente

**CUADRO 10**

**El trastorno sádico de la personalidad, según el DSM-III-TR**

Trastorno sádico de la personalidad DSM-III-TR
A- Un patrón patológico de conducta cruel, vejatoria y agresiva que empieza al principio de la edad adulta y que se manifiesta por la presencia repetida de al menos cuatro de las siguientes características: (1) Haber utilizado la crueldad física o violencia con el fin de establecer una relación dominante (no solo para alcanzar algún objetivo no interpersonal como puede ser golpear al alguien con el fin de robarle). (2) Humillar o dar un trato vejatorio a alguien en presencia de otros. (3) Tratar o castigar con excesiva dureza a algún subordinado; por ejemplo, a un niño, un alumno, un detenido o un paciente. (4) Divertirse o disfrutar con el sufrimiento físico y psicológico de otros (incluidos los animales). (5) Mentir con el fin de causar daño o herir a otros (no solo para lograr algo). (6) Conseguir que otros hagan la propia voluntad atemorizándoles (desde la intimidación hasta causar verdadero terror). (7) Restringir la autonomía de la gente con la que se tiene una relación más estrecha; por ejemplo, no dejar que la esposa salga de casa sin compañía o que la hija adolescente haga ningún tipo de vida social. (8) Fascinación por la violencia, las armas, las artes marciales, las heridas o la tortura.
B. La conducta descrita en A no se ha dirigido únicamente hacia una persona (por ejemplo, la esposa o un niño) ni ha tenido como único fin la excitación sexual (como en el sadismo sexual).

te título se tratará el tema.

En resumen, la importancia de considerar la psicopatía en la evaluación del sadismo sexual, radica en que, cuando este último aflora en este terreno, sus manifestaciones se agravan y con mayor frecuencia se cometerán delitos. Además, la psicopatía puede ser el nexo del sadismo sexual con otros trastornos mentales que están atravesados por esta dimensión.

### Trastornos de personalidad

A continuación, se mencionarán los principales trastornos de personalidad asociados al sadismo sexual.

### Trastorno sádico de la personalidad (TSP)

Los rasgos que conforman la condición psicopatía, tal como fue tratada en líneas anteriores, son compatibles en gran medida con los postulados para el trastorno sádico de personalidad (17), aunque no completamente. El cuadro 10 menciona los criterios diagnósticos propuestos para el TSP, en el DSM-III-TR, antes de que sea quitado en el DSM-IV (6).

Autores distinguidos en el tema, como Millon, siguen defendiendo a este trastorno. El cuadro 11 recolecta los criterios diagnósticos según este autor (6).

Algunos estudios señalan que más del

**CUADRO 11**

#### El trastorno sádico de personalidad, según Millon (6)

Trastorno sádico de la personalidad
<p>Nivel comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reacciones agresivas, explosivas, súbitas, e injustificadas.</li> <li>- Búsqueda de novedades, sin sopesar riesgos.</li> <li>- Insensibilidad al castigo.</li> <li>- Tendencia marcada a coaccionar, competir, y humillar al semejante.</li> <li>- Despliega un comportamiento cruel, rudo y brutal.</li> </ul>
<p>Nivel fenomenológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognitivamente rígidos y dogmáticos.</li> <li>- Autoritarios, prejuiciosos e intolerantes socialmente.</li> <li>- Valora desmesuradamente sus aspectos de personalidad crueles, omnipotentes, y dominadores.</li> <li>- Representaciones objetales perniciosas, traducción de relaciones tempranas crueles, exigentes, o francamente insensibles.</li> </ul>
<p>Nivel intrapsíquico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mecanismo defensivo de aislamiento: cosificación, falta de empatía e insensibilidad en la relación con el otro, sin sentimientos contradictorios, o de culpa y vergüenza.</li> </ul>
<p>Nivel biofísico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ánimo hostil, excitable.</li> <li>- Desea perseguir y hacer daño al semejante deliberadamente.</li> </ul>

40% de los desórdenes sádicos de la personalidad (TPS) tienen sadismo sexual. Otros dicen que alcanzan el 75%, pero esta relación es de carácter asimétrico. Existe un gran porcentaje de sádico sexuales que no son TPS, asociándose mucho más a otros, como lo son los histriónicos, *borderline*, narcisista, y fundamentalmente el esquizoide. De todas maneras, estos estudios se realizaron en individuos encarcelados que cometieron delitos sexuales, y por ende, de gravedad máxima (9) (18).

En definitiva, existe una relación estrecha entre las definiciones de trastorno sádico de la personalidad del DSM-III-TR y de Millon, con la presencia de rasgos psicopáticos marcados y de trastorno de sadismo sexual, en especial en individuos peligrosos que habitualmente cometen delitos sexuales graves, que van desde lesiones, violaciones o hasta asesinatos seriales (17).

Trastorno antisocial de la personalidad (TAP):

Los datos en crudo muestran que los pacientes con trastorno de sadismo sexual tienen una comorbilidad cercana al 40% con TAP; pero si se considera a la inversa,

es minúsculo el porcentaje.

Para clarificar, es menester hacer mención a la confusión terminológica existente entre el TAP, según la definición canónica por el DSM-V, con la psicopatía.

Como se expuso, la definición de psicópata se apoya en rasgos de la personalidad, como lo son los síntomas afectivos e interpersonales, y no, como en el manual DSM, en donde el hincapié está puesto en la conducta observable antisocial, aunque la última versión trata de subsanar esta inequidad (15) (16). De esta manera, muchos antisociales, no son psicópatas, y muchos psicópatas no muestran conductas antisociales como para reunir criterios de antisocial de acuerdo con el manual DSM. Se sabe que, casi el 90% de los delincuentes psicópatas cumplen con los criterios (TAP), pero solo entre el 15% al 25% de estos reúne criterios de psicopatía según la *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) (16) (19).

Con el objeto de ordenar este panorama, es útil diferenciar entre psicópata primario, de otro secundario o sociópata, como se mencionó, lo cual en términos de la concepción de Hare no presentan tan perturbada la esfera afectiva y de relaciones

**CUADRO 12**

**Rasgos de personalidad de los sociópatas**

Características de los sociópatas
- No le importan normas sociales, pero sí las de su subgrupo.
- Puede mantener lealtad, empatía y normas morales con un subgrupo de pertenencia, aunque no con el resto de la sociedad.
- Puede llegar a desarrollar relaciones estables.
- Remordimientos para con sus pares de grupo, aunque tal vez no para con el resto de la sociedad.
- Desorganizado al realizar sus conductas antisociales.

interpersonales, circunvalándose la disfunción de las conductas sociales. Estos individuos, el grueso del TAP, están más influenciados por factores medioambientales, y no biológicos como los psicópatas, en donde un medio de apoyo primario inexistente, con cuidados negligentes e insensibles, sumado a aspectos socioeconómicos y ámbitos de vinculación asociados al delito, determinan esa conducta que habitualmente converge en incidentes contra la sociedad en su conjunto y el semejante. El cuadro 12 recoge las características de los sociópatas.

Se puede colegir entonces, que la verdadera relación se da entre el sadismo sexual y la psicopatía, y no con el TAP en sí mismo, el cual es más bien una condición heterogénea en donde la psicopatía explica un 15% al 25% de los mismos.

La figura 1 muestra la relación entre el trastorno de personalidad antisocial, psicopatía y sadismo sexual, en donde a pesar

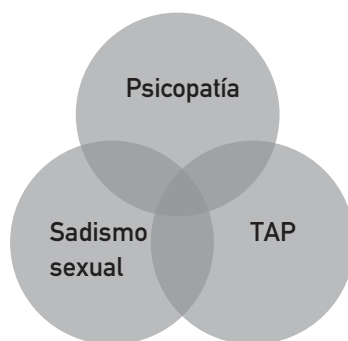
de sus diferencias, se grafican sus intersecciones y la importancia de las mismas a la hora de evaluar el riesgo y encarar el tratamiento.

### Trastornos de personalidad del espectro psicótico

La comorbilidad entre sadismo sexual y los trastornos de personalidad esquizoide, esquizotípico y paranoide, suman todos juntos una magnitud cercana al 50% (9) (18). No obstante cabe aclarar que la relación inversa es minúscula, es decir, son pocos los trastornos de personalidad del espectro psicótico con sadismo sexual.

Asimismo, la presencia de este terreno en un sádico sexual es un marcador de riesgo, en conjunción con la puntuación alta en psicopatía o la presencia de un TSP, pronosticando mayores pasajes al acto, mayor gravedad de los mismos, y mayor reincidencia. Esta asociación significativa con la prepsicosis, ya había sido vislumbrada

**FIGURA 1**



Relación entre psicopatía, sadismo sexual (SS) y trastorno antisocial de la personalidad (TAP). No todos los psicópatas tienen rasgos de sadismo sexual o un TAP, existiendo algunos adaptados al medio que no incurrir en delitos y hasta pueden ser exitosos en la sociedad. Gran parte de los TAP no son psicópatas, cuadrando mejor en la definición de sociópatas. Mientras que, en lo que respecta al sadismo sexual, habitualmente los trastornos de sadismo sexual tienen rasgos psicopáticos, antisociales o ambos. Esta última condición, sumado a rasgos o trastornos de personalidad del espectro psicótico, determinan un coctel explosivo, ubicándose en esta intersección los agresores sexuales más peligrosos y una parte de los asesinos seriales.



da por los trabajos de Brittain, en donde el aislamiento social y la frialdad emocional se conjugaban con el sadismo sexual en un coctel explosivo, como mostraban los asesinos seriales estudiados por este autor (4) (9).

### Otros trastornos de la personalidad y parafilias

Existe evidencia de comorbilidad con trastorno de personalidad narcisístico, histriónico y *borderline*. No obstante, estos estudios no consideraron el rasgo psicopatía, que se sabe puede estar presentes en estos desordenes, por lo que posiblemente la asociación con los mismos no sea directa, sino a través del dominio clínico de la psicopatía (9).

Con respecto al trastorno *borderline*, más que el desorden de sadismo sexual, pueden irrumpir conductas sádicas, en el contexto de una identificación traumática con el agresor (20).

Por otro lado, en población de agresores sexuales, la comorbilidad de sadismo sexual con otras parafilias es la regla. Muy en especial el fetichismo, el travestismo, y la pedofilia.

### Otros trastornos psiquiátricos comórbidos

Hay reportes de comorbilidad con trastornos bipolares, esquizofrenia y ADHD, también con trastornos de ansiedad y depresión (6).

### Patologías clínico-neurológicas, consumo de sustancias y lesiones cerebrales

No existen estudios suficientes que investiguen la relación entre conductas sádicas sexuales o desorden de sadismo sexual, y la presencia de una condición clínico neurológica, endocrinológica, lesiones

cerebrales o de efectos de psicotrópicos.

Existen estudios que ligan tendencias sadomasoquistas con lesiones bilaterales amigdaló-hipocámpales. Estas están emparentadas con el trastorno del espectro autista, por lo que podía explicar algunos hallazgos sobre incremento de incidencia de parafilias en esta población (21).

Por otro lado, lesiones orbitofrontales y de otras estructuras de la línea media frontal, también fueron asociadas a conductas sádicas sexuales, incluidas en el síndrome de desinhibición conductual y aplanamiento ético, que caracteriza al compromiso de estas áreas, por lo que parecen una manifestación más de un síndrome y no un trastorno en sí mismo. Asimismo, en agresores sexuales que desplegaron conducta sádica, se describió con mayor probabilidad el hallazgo de una dilatación de la proyección temporal de los ventrículos laterales del lado derecho, sugestivo de compromiso de las estructuras temporales, en especial las mediales y límbicas (22).

Un trabajo (23) halló una mayor incidencia del cariotipo XYY en agresores sexuales encarcelados, con sadismo sexual y psicopatía determinada por la escala de Hare (PCL-R). Por otro lado, un *case report* de un individuo con anomalías cromosómicas, del tipo XXXY, con un síndrome de Klinefelter y una conducta de agresión sexual repetida, constató un incremento por 4 de los niveles de testosterona plasmática (24).

Desde un punto funcional, un estudio reciente que evalúa el nivel de activación temporo-frontal de agresores sexuales con sadismo sexual al observar escenas de dolor ajeno, constató en estos un incre-

mento en la activación amigdalina, implicada en la estimulación sexual, en comparación con agresores sexuales sin sadismo sexual, así como también una mayor activación en la ínsula anterior. Estos autores coligen una hipersensibilidad ante el dolor ajeno, que se asocia a excitación sexual, en donde la hiperactivación de la ínsula anterior podría implicar la consciencia del dolor que experimenta una mente ajena, pudiendo propiciar esta, una retroalimentación positiva a nivel amigdalino, aunque la dirección opuesta tampoco se puede descartar (25).

### Diagnóstico diferencial

Como se expresó con anterioridad, el trastorno de sadismo sexual se presenta en comorbilidad como regla y no excepción, por ende, la presencia de psicopatía, trastornos de la personalidad, esquizofrenia o trastornos anímicos, no son óbice para su

diagnóstico en simultáneo.

No obstante, la presencia de los anteriores, en especial de psicopatía, trastorno antisocial de la personalidad o trastornos de la personalidad del espectro psicótico, en el contexto de violencia generalizada que puede incluir aspectos de índole sexual añadidos, no necesariamente significa la presencia de un trastorno sádico sexual, ya que para que este se cumpla es necesario una excitación y satisfacción sexual añadida al ejecutar esos actos violentos y crueles. También, la ejecución de actos violentos generales, incluyendo algunos de connotación sexual sin excitación agregada, en los cuales no se deja entrever un rasgo sádico sexual, sino más bien la satisfacción por dominar y denigrar a una víctima, pueden desenvolverse en el campo de un individuo con sadismo sexual, que en esas oportunidades no mostró su faceta parafílica. Los anteriores reparos siempre son

### CUADRO 13

#### Entidades y situaciones a diferenciar del trastorno de sadismo sexual

Diagnóstico diferencial del trastorno de sadismo sexual
- Conductas violentas determinadas por odio o venganza, que en ocasiones puede acompañarse de mutilación y daño de genitales. Por ejemplo, crímenes pasionales.
- Conductas crueles y agresivas ejercidas en el contexto de interrogatorios en los cuales se ejerce la tortura como método de obtención de información.
- Las conductas crueles y violentas ejercidas por psicópatas o trastornos sádicos de la personalidad, las cuales persiguen el sometimiento y sumisión de la víctima. Este accionar carece de componente sexual, no existiendo una voluptuosidad sexual al efectuarlo.
- Asimismo, es menester diferenciar de los crímenes o actos crueles cometidos en grupo, en los cuales se potencia la violencia y en donde pueden existir actos de violación. En este tipo de condición, la crueldad manifiesta es más bien un mensaje dirigido a terceros, con la finalidad de establecer el dominio territorial. La búsqueda de excitación sexual con estas actitudes bestiales, no representa el móvil principal.

necesarios de considerar a la hora de establecer el diagnóstico en comorbilidad o diferencial.

Por otro lado, se torna un imperativo diferenciar las conductas sádico sexuales consentidas de las no consentidas, así como también, las fantasías, del pasaje al acto sin la autorización del *partenaire*. En relación a este último punto, se debe tener en cuenta a la hora de evaluar el consentimiento, que muchas víctimas lo dan por estar coaccionadas y amedrentadas, de manera que les resulta imposible denunciar el perverso accionar del sádico sexual y el pacto de silencio que le impone.

El cuadro 13 enuncia otras situaciones a atender para diferenciar del trastorno de sadismo sexual, además de las ya

mencionadas.

### Evaluación del riesgo

Fundamentalmente, como se mencionó, el riesgo que supone esta condición es la comisión de delitos contra la integridad sexual, lo cual es más frecuente cuando el sadismo sexual se da en constelación con rasgos psicopáticos marcados, y con la dimensión psicótica implicada en los trastornos de personalidad del antiguo clúster A del DSM-IV [26].

No obstante, los principales factores de riesgo de agresiones sexuales que fueron analizados y detectados se aplican a las parafilias en su conjunto. Como puede ser de utilidad su atención a la hora de evaluar a los sádico sexuales, se los describe en el

#### CUADRO 14

##### Factores de riesgo en parafilicos para el pasaje al acto

Principales factores de riesgo para la actuación de agresiones sexuales en las parafilias en general
- Trastornos psiquiátricos comórbidos: trastornos de la personalidad, abuso de alcohol o sustancias.
- Tipo de parafilia: por ejemplo, la pedofilia tiene mayor riesgo de pasaje al acto.
- Edad temprana de aparición de parafilia.
- Antecedentes personales de abuso sexual o físico.
- Historial previo de delitos sexuales.

#### CUADRO 15

##### Escalas para medir riesgo de agresiones sexuales en parafilicos

Principales escalas para medir riesgo en parafilias
-Static-99.
Evaluación rápida del riesgo para la recidiva por delito sexual.
Guía de evaluación del riesgo de delincuentes sexuales (SORAG).
Riesgo de violencia sexual-20.
Estable 2000.

CUADRO 16

## Rasgos típicos del agresor sexual

Características	Agresores sexuales
<b>Socio-demografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-90-70% raza blanca.</li> <li>-50% clase media y casados.</li> <li>-Media de edad: 30 a 40 años.</li> <li>-75% estabilidad laboral.</li> <li>-30% contacto con las fuerzas (militares).</li> <li>-50% acceso a estudios terciarios.</li> <li>-50% antecedentes policiales.</li> <li>-La mayoría con coeficiente intelectual normal.</li> </ul>
<b>Desórdenes asociados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-85% presentan algún trastorno de la personalidad.</li> <li>-40% comorbilidad con trastorno antisocial de la personalidad.</li> <li>-35% comorbilidad con trastorno de personalidad sádico.</li> <li>-45% comorbilidad con trastorno esquizoide de la personalidad.</li> <li>-45% trastorno de la personalidad dependiente.</li> <li>-40-80% trastorno de abuso de sustancias en especial alcohol.</li> </ul>
<b>Antecedentes del desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Frecuente antecedente de trauma infantil, físico, verbal y sexual.</li> <li>-Conductas disociales durante la adolescencia (cercana al 50%), como ser tenencia de armas, robos, mentiras, tortura a animales, y conducta inapropiada relacionada con el fuego.</li> <li>-40% con trastornos en control de esfínteres.</li> <li>-25% antecedentes de trastorno de hiperactividad con déficit atencional.</li> <li>-80% problemas de adaptabilidad escolar.</li> <li>-50% antecedentes de aislamiento social.</li> <li>-Más del 50% presentaban fantasías sádico sexuales en adolescencia.</li> </ul>
<b>Anomalías neuroimágenes<sup>3</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-55% anomalías del lóbulo frontal derecho.</li> <li>-33% alteraciones inespecíficas del cerebro.</li> </ul>
<b>Manifestaciones anímicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-95% distimia depresiva.</li> <li>-85% ánimo disfórico.</li> <li>-45% ansiedad.</li> </ul>
<b>Desórdenes conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sadismo sexual entre el 5% al 80% (5).</li> <li>-Otras parafilias (20 al 40%): travestismo, voyerismo, exhibicionismo, froteurismo, pedofilia, meritofilia (<i>bondage</i>) o el placer de estar atado<sup>4</sup>, aunque también de atar al <i>partenaire</i> para someterlo.</li> <li>-Coleccionismo de objetos relacionados con la sexualidad, constituyendo en algunos casos un rasgo fetichista (ejemplo: lencería, material pornográfico, cuerdas, armas blancas y de fuego, etcétera).</li> </ul>
<b>Relación con el otro sexo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cerca del 80% presenta impotencia, dificultades para relacionarse con el otro sexo y misoginia.</li> </ul>

3. Un estudio reciente, realizó RMN funcional ante la presentación de estímulos dolorosos infligidos a una persona: en sádicos sexuales, hubo mayor activación de la amígdala izquierda, mayor puntuación de dolor ante las imágenes mostradas, y mayor activación en la ínsula anterior ante mayor puntuación del dolor causado en el otro de acuerdo con las imágenes. Asimismo, la unión temporo-parietal derecha, estaba más activa, la cual está implicada en tareas de mentalización. Esto es interpretado como medidas de hiperarousal sexual ante estímulo doloroso en el otro, con un mayor reconocimiento de ese afecto y una reflexión que se concentra en ese estado mental de padecimiento que aqueja a la víctima (25).

4. Algunos sádicos practican el shibari, arte japonés que explota el erotismo relacionado con atar o hacerse atar, obteniendo una gratificación del orden sexual, que en el caso de los parafilicos que lo practican tiene una finalidad sádica.

cuadro 14 [10].

La mayoría de las escalas que sirven a esta función de evaluar riesgo se aplican a la parafilia en general. El cuadro 15 menciona las principales escalas al respecto, las cuales también se pueden utilizar con los trastornos de sadismo sexual [10].

También se recomienda hacer un paneo de las características del evaluado y cotejarlas con los rasgos típicos de los agresores

sexuales. Esta consideración se torna obligatoria en la evaluación de los individuos que se presentan con fantasías, impulsos, o han cometido actos de carácter sádico sexual, con el mismo objeto de predecir riesgo. El cuadro 16 indica los aspectos típicos del ofensor sexual.

En este contexto es útil estimar algunas estadísticas sobre los agresores sexuales. Solo el 2 al 5% despliegan conductas sádi-

#### CUADRO 17

##### Indicadores de pasaje al acto de sádico sexuales

Indicadores previos al pasaje al acto delictivo o criminal en parafilias sádicas
- Objetos inanimados y símbolos: ejemplo, actos sádicos dirigidos a muñecas, figuras, o dibujos.
- Fotografías y prensa: cortar y pegar imágenes o incluir dibujos que imaginariamente consuman sus pulsiones sádicas. Estas pueden ser coleccionadas en álbumes que promueven y azusan el proceso fantasioso previo, potenciando la excitación sexual, articulándose a menudo con actividad onanista. Por otro lado, las lecturas de revistas forenses sirven para la planificación fantaseada de un crimen sexual, sea una violación, un asesinato, etc.
- Consumo desmedido de pornografía, con temática sádica o parafílica en general.
- Colección de prendas de vestir: especialmente lencería, para ayudar a la escenificación de las fantasías. No es inhabitual el robo de prendas de las víctimas previas al pasaje del acto parafílico en sus diferentes variables criminales.
- Crueldad dirigida a animales.
- Prostitutas: para comenzar a poner en práctica sus fantasías. Detrás de esta elección está la justificación de que, al pagar los servicios, las prostitutas deben consentir ante cualquier tipo de vejámenes.
- Parejas sentimentales consentidoras: comienzan a ensayarse las fantasías en <i>partenaires</i> que voluntariamente acceden al lugar de ser humilladas, vejadas y sometidas a los impulsos sádicos. Estos individuos manipulan a su <i>partenaire</i> preparando el terreno para desinhibirlos gradualmente de manera tal que sus abusos sean naturalizados. En igual dirección se encuentran las prácticas de humillación y degradación de la víctima, que demueven su autoestima, fomentando la obediencia automática.
- Autoerotismo: los sádicos pueden practicar con ellos mismos las conductas que luego aplicarán a otros, como la flagelación, el electrochoque. Esto se ve en aquellos con rasgos masoquistas. El objetivo es perfeccionar la técnica para generar los efectos fantaseados.

co-sexuales parafílicas definidas según criterios del DSM-IV, sin embargo, si se utilizan criterios diagnósticos de Krafft Ebing, alcanza el 50% la prevalencia de sadismo sexual y otros estudios mencionan tasas cercanas al 80% entre los agresores sexuales en población carcelaria (26). Asimismo, según el DSM-IV, el 10% de los violadores y 30% de los delitos sexuales seguidos de asesinato son perpetrados por individuos con parafilia sádica. Por otro lado, en referencia al trastorno de la personalidad sádica de Millon, llega al 68% la presencia de esta parafilia.

En definitiva, se remarca que un gran porcentaje de estos agresores no presentan un trastorno sádico sexual, aunque cabe agregar que no deben representar el extremo del 5% como algunos trabajos concluyen, ni tampoco el 80% de otros. La comorbilidad en esta categoría de agresores es la regla, por lo que si se reúnen criterios de sadismo sexual, este seguramente no será el único desorden.

Más específicamente aplicados al terreno del sadismo sexual y no a las parafilias en general se encuentran algunos estudios llevados a cabo por el FBI de los EE. UU. (4), que permitieron describir indicadores de posible pasaje al acto de fantasías sádicas, que, por otro lado, pueden terminar en homicidios (ver cuadro 17).

### **Abordaje en la urgencia**

El riesgo implicado en este trastorno determina que el abordaje en la urgencia se centre en prever la posibilidad de cometer un delito contra la integridad sexual, puesto que raramente estos pacientes atentán contra su propio bienestar.

De todas maneras, como puede irrumpir en terrenos variados no se descarta que estos individuos puedan tener episodios depresivos con ideación suicida, crisis de impulsividad y violencia generalizada, o descompensaciones psicóticas breves. Todas las anteriores condiciones, por más que sean inusuales, ameritarán un abordaje compatible para lo cual se remite al lector a los capítulos donde se las trata.

Por supuesto, que al hablar de delitos contra la integridad sexual, el profesional de la salud está obligado a hacer una denuncia si se topa con una confesión.

Una vez detectado el trastorno y establecido el riesgo, se debe aplicar un tratamiento psicológico y psicofarmacológico. Cabe agregar que no se disponen de muchos estudios que aporten una evidencia empírica indubitable, acerca de cómo proceder en esta circunstancia.

### **Tratamiento psicológico y farmacológico**

Los principales objetivos del tratamiento son, por un lado, controlar las fantasías y comportamientos parafílicos, y así disminuir el riesgo de delitos sexuales y, por el otro, intentar disminuir el nivel de angustia del sujeto parafílico en el caso de que las fantasías e impulsos le generen malestar.

Con respecto a los abordajes psicoterapéuticos, la evidencia es escasa o nula, no existiendo ensayos clínicos que prueben la efectividad terapéutica. Existe evidencia de un modesto efecto en la reducción de recidivas con la utilización de técnicas cognitivo-conductuales. Parecería que el efecto positivo es de corto alcance, diluyéndose al poco tiempo de la suspensión de las sesiones (10). El objetivo de esta perspectiva es

controlar la conducta parafílica, y no enfocarse en el déficit de empatía o en el entrenamiento de habilidades sociales [11]. Por otro lado, otros enfoques, como el tratamiento orientado a la perspicacia, las comunidades terapéuticas, u otros programas psicosociales, no parecen tener efectos [10].

Con respecto al tratamiento psicofarmacológico, ningún ensayo clínico controlado y aleatorizado, documentó la eficacia de los antidepresivos, los antipsicóticos o los estabilizadores del estado de ánimo, en los comportamientos parafílicos, existiendo más bien informes anecdóticos o reportes de casos. Menos aún hay información específica acerca de cómo tratar con fármacos el trastorno de sadismo sexual.

No obstante, como la comorbilidad es la regla, esta familia de fármacos es utilizada asiduamente para el tratamiento de los desórdenes psiquiátricos asociados, favoreciendo el tratamiento del trastorno sádico sexual. La mayoría de los estudios describen mejorías mínimas con ISRS, en los casos de parafilias moderadas [10].

En algunas parafilias graves con hipersexualidad, incluyendo algunos trastornos de sadismo sexual, puede ser útil el uso de antiestrógenos, como el acetato de medroxiprogesterona o el acetato de ciproterona. Asimismo, pueden ser beneficiosos los análogos de la GNRH, como el triptorelina y el leuprorelina, los cuales generan un efecto de castración química, utilizándose en asociación con los primeros la mayoría de las veces [10].

Estas últimas familias de fármacos requieren de una evaluación clínica-endocrinológica exhaustiva y un seguimiento

estricto, dado los efectos adversos abundantes y severos asociados, además de requerir un consentimiento informado.

Se estima que la duración del tratamiento para las parafilias graves se extiende de dos a cinco años, y para las moderadas, menos de dos años. En caso de reaparecer las fantasías, se debe reiniciar el tratamiento farmacológico [10].

Para algunos especialistas en el tema como Thibaut, el *gold* estándar es uso de antiestrógenos y terapia cognitiva conductual [27].

## Trastorno masoquista

### Definición

El término masoquismo fue definido por Krafft-Ebbing en su *Psychopathia Sexualis*, de 1886. Textualmente decía: "Por masoquismo entiendo una peculiar perversión de la vida psíquica sexual, en la cual el individuo afectado, en el sentimiento y pensamiento sexuales, está dominado por la idea de ser completa e incondicionalmente sometido a la voluntad de una persona del sexo opuesto; de ser tratado por esta persona como por un amo, humillado y abusado. Esta idea está impregnada de sentimientos lascivos; el masoquista vive en fantasías donde crea situaciones de este tipo y a menudo intenta realizarlas. Con esta perversión su instinto sexual se halla a menudo más o menos insensible a los encantos normales del sexo opuesto; incapaz de una vida sexual normal es psíquicamente impotente. Esta impotencia psíquica no se debe, de ninguna manera, a un temor al sexo opuesto, sino más bien al hecho de que el instinto sexual encuentra una satisfacción adecuada en la desviación de lo

normal- en la mujer, con seguridad, pero no en el coito.” (1).

Actualmente, la definición no cambió en esencia, siendo conceptualizado como el placer sexual obtenido ante el padecimiento emocional y físico que se ejerce hacia la propia persona, expresado en fantasías, deseos, impulsos, o conductas. La definición canónica del DSM-V, reproduce lo anteriormente expuesto (ver cuadro 18).

Este gusto por ser dominado, humillado, degradado y rebajado a un residuo se expresa en fantasías, que en algunos casos se escenifican, gozando el masoquista de

pericia para manipular a los actores que necesita para concretarlas. Por ende, esta condición, en algunos casos puede ser más activa de lo que se cree.

Al igual que el sadismo sexual, arrecian las confusiones. Necesariamente, el tema se refiere a la excitabilidad sexual fijada a la condición de ser humillado y degradado moralmente, o de ser hostigado hasta el sufrimiento o dolor físico, por un otro que debe reunir ciertas características.

No obstante, los cuestionamientos perduran en referencia a cuál es la verdadera finalidad, ¿se trata de alcanzar el clímax

#### CUADRO 18

##### Definición de trastorno de masoquismo sexual según el DSM-IV

Trastorno de masoquismo sexual 302.83 (F65.51)
A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier otra forma, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
<p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con asfixiofilia: si el individuo busca conseguir la excitación sexual por medio de la restricción de la respiración.</li> </ul> <p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En un entorno controlado: este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de dedicarse a comportamientos sexuales masoquistas es limitada.</li> <li>• En remisión total: no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que el individuo ha estado en un entorno no controlado.</li> </ul>



sexual, lo cual es de difícil mensura, o el hecho de ser domeñado? También es una incógnita si estamos ante un fenómeno independiente o una de las caras de Jano, siendo el reverso del sadismo; o emparentado con esto último, ¿el masoquismo es el goce en una posición de pasividad, o más bien, se asocia a una postura activa?, esta última, subrepticia y sutil, en donde desde el vamos se digitan los actores y el escenario en pos de la realización de una fantasía de esta estirpe.

Por otro lado, es menester trazar una divisoria entre el masoquismo sexual, en donde está implicada la voluptuosidad sexual, del carácter masoquista, más emparentado con el concepto freudiano de masoquismo moral. El desorden de personalidad masoquista fue considerado en el DSM-III, dentro del capítulo de posibles trastornos que necesitaban una mayor investigación empírica, para luego ser desechado en el DSM-IV. Sin embargo, algunos autores lo siguen defendiendo, por lo que se lo tendrá en cuenta a la hora de la evaluación diagnóstica (6).

En ese mismo pantano se encuentran las consideraciones etiopatogénicas. Algunas acercan al masoquismo a la actualización de una relación de apego traumática, otras, a una falla en el procesamiento central del dolor y la consiguiente disociación de sus aspectos afectivos<sup>5</sup> (28), sin obviar las con-

sideraciones psicoanalíticas, entre otras.

Es obligatoria la consideración de las prácticas masoquistas, habitualmente en copulación con las sádicas, que conforman un juego sexual consentido entre parejas, y aquellas otras que conforman solo fantasías que no se vuelcan en los hechos y no generan malestar. Los dos ejemplos anteriores no forman parte del trastorno de masoquismo sexual.

En estas breves líneas se trata de explicitar el terreno farragoso en el que encuentra la definición del masoquismo, la cual corre igual suerte que su complementaria, el sadismo.

En este capítulo solo se considerará al masoquismo en tanto parafilia, por lo cual, obligatoriamente se asocia a una excitación sexual.

## Clínica

Como se mencionó, el desorden de masoquismo sexual necesariamente involucra excitación sexual, la cual exclusivamente o casi, se gesta ante situaciones o personas frente a las cuales se adopta una posición de sumisión, siendo humillados moralmente o fustigados hasta el dolor físico. Es necesario agregar a ciertas prácticas autoeróticas en el círculo del masoquismo, las cuales se tornan rutinarias y se erigen como un medio casi exclusivo de obtener placer, que por sus características

---

5. Un estudio (28) con RMN funcional, señala la importancia del opérculo parietal, como una importante estación de relevo implicada en la atenuación de los aspectos afectivo-motivacionales de la sensación de dolor, en los masoquistas sexuales. Esta disociación puede estar ligada a procesos integrativos contextuales y multisensoriales alterados, en el opérculo, aunque también puede ser consecuencia de un comportamiento adquirido y aprendido a través de años de la práctica. Esto explica cómo las imágenes contextualizadas en un ambiente masoquista atenuan la activación de las áreas que intervienen en los aspectos afectivos del procesamiento del dolor, por ello en estas situaciones el masoquista parece insensible al dolor, asociándose este más bien a una activación sexual.

involucran un riesgo. En este sendero se pueden mencionar a la asfixiofilia, que fue incorporada en el DSM-V como un subtipo de masoquismo sexual, y otras en donde en soledad el individuo se autoflagela, se introduce objetos peligrosos en sus orificios anatómicos, se electrocuta, etcétera.

Como en el sadismo sexual, existe un *continuum* que va desde el polo de la fantasía o la práctica consensuada, hasta el malestar por abrigar tales deseos, su actuación de manera tal que se angustia al *partenaire*, o cuando suponen un riesgo para la integridad de la propia persona. En los últimos tres casos se habla de trastorno de masoquismo sexual y no en los primeros dos.

Las prácticas masoquistas son abundantes. El cuadro 19 señala las más comunes.

### Evaluación diagnóstica

Al igual que el trastorno de sadismo sexual, se debe tener presente siempre que el masoquismo no irrumpe aislado, emando de un terreno psicopatológico, que

de acuerdo con la manera de diagnosticar del manual DSM, se codificará como comorbilidad.

El cuadro 20 indica los pasos a considerar en la evaluación diagnóstica.

### Clínica y escalas

La clínica del trastorno ya fue consignada líneas antes.

A modo de resumen, es necesario seguir una anamnesis ordenada a la hora de evaluar un individuo que se presenta con manifestaciones propias del trastorno de masoquismo sexual (ver cuadro 21).

En relación a las escalas disponibles para evaluar masoquismo, estas son escasas. Una que puede ser útil para la anamnesis es la escala de parafilias de Freund (ver cuadro 22), en la sesión en la cual se evalúa masoquismo [29]. Se trata de unos 11 ítems, en donde se pregunta fundamentalmente por fantasías de tenor masoquista, aunque no indaga si efectivamente se traducen en un comportamiento, por lo

#### CUADRO 19

**Prácticas masoquistas más frecuentes. Recordar que se asocian a excitación sexual, siendo casi el modo exclusivo de obtenerla.**

Prácticas masoquistas más comunes
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser humillado verbalmente, o sexualmente (ser orinado, defecado, etc.).</li> <li>- Ser obligado a practicar sexo.</li> <li>- Ser azotado con fustes, cinturones u otros elementos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser atado e inmovilizado: <i>bondage</i> y sumisión física.</li> <li>- Ser vendado a nivel de los ojos (sumisión sensorial).</li> <li>- Ser cortado, pinchado, o recibir perforaciones (infibulación).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser quemado (habitualmente con cigarrillos o velas).</li> <li>- Ser sofocado.</li> <li>- Prácticas autoeróticas: azotarse, cortarse, autosofocarse (asfixiofilia), quemarse, introducirse objetos peligrosos en el cuerpo, etcétera.</li> </ul>

cual, su valor radica en evaluar de manera más exhaustiva el mundo fantasioso del posible masoquista, y así ser una guía en el proceso de anamnesis.

En igual línea, puede ser útil el cuestionario autoaplicado de Wilson (*Wilson Sex Fantasy Questionnaire* WSFQ; Wilson, 1978). En este hay una serie de ítems que evalúan fantasías sadomasoquistas, además de las impersonales, exploratorias e íntimas<sup>6</sup> (30).

**CUADRO 20**

**Los pasos en la evaluación diagnóstica**

Pasos de la evaluación diagnóstica
1. Clínica y escalas.
2. Comorbilidad o trasfondo psicopatológico.
3. Diagnóstico diferencial.
4. Estimación del riesgo.
5. Manejo en la urgencia

**CUADRO 21**

**Principales puntos a considerar durante la anamnesis**

Principales puntos a considerar en la anamnesis
- Características demográficas: es más frecuente en hombres, caucásicos, mayores de 30 años, con buena situación socioeconómica y laboral.
- Información sobre conductas sexuales y fantasías desviadas y no desviadas: tipo y frecuencia de actividad sexual y de las fantasías, presencia o ausencia de relaciones sexuales o fantasías de carácter sádico. Frecuencia masturbatoria y de prácticas autoeróticas masoquistas, en especial asfixiofilia. Consumo de pornografía masoquista.
- Historia psiquiátrica pasada y actual.
- Características del estilo de apego: es más frecuente un estilo de apego indiferente.
- Antecedentes de abuso sexual o físico.
- Historia de tratamiento previo de la conducta parafilica.
- Número y tipo de parafilias asociadas: en especial travestismo, fetichismo y sadismo sexual.
- Registro de comorbilidad con eje 1 o eje 2 de la clasificación DSM (especialmente adicciones o trastornos de la personalidad <i>borderline</i> ).
- Comorbilidad con enfermedades somáticas.
- Presencia de impulsividad e hipersexualidad.

6. La Wilson Sex Fantasy Questionnaire (WSFQ, Wilson, 1978) es una medida de las fantasías sexuales, autoaplicada. Presenta 40 ítems, con 4 subtipos de fantasías de 10 elementos cada una, representando una gama amplia de temas sexuales que van desde lo normal, hasta lo riesgoso. Estas cuatro subescalas, generadas por análisis factorial son: exploratoria (fantasías de promiscuidad, sexo grupal, intercambio de pareja), intimidad (por ejemplo, fantasías de besar apasionadamente, masturbación y sexo oral), Impersonal (p. ej., fetichismo, sexo con extraños, mirar cuadros obscenos, etc.), y sadomasoquista (por ejemplo, azotar o ser azotado, ser obligado a tener relaciones sexuales). Tienen un puntaje total que mide el impulso sexual, que es producto de la suma de todos los ítems.

**CUADRO 22**

**Escala de masoquismo de Freund. No tiene un punto de corte, y solo debe considerarse a los fines prácticos para una mejor evaluación del cuadro. A mayor puntaje, mayor posibilidad de desorden de masoquismo sexual.**

<b>Escala del masoquismo (Freund, Steiner &amp; Chan, 1982)</b>	
1. Si usted fue insultado o humillado por una persona que la atrae sexualmente, ¿esto aumentó su atractivo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí (1)</li> <li>- No (0)</li> <li>- Inseguro (0)</li> </ul>
2. ¿Ha imaginado que estaba siendo humillado o maltratado por alguien que le haya generado excitación sexual?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí (1)</li> <li>- No (0)</li> </ul>
3. ¿Ha imaginado que ha sido herido por alguien hasta el punto de sangrar, y eso lo excitó sexualmente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí (1)</li> <li>- No (0)</li> </ul>
4. ¿Ha imaginado que alguien le estaba causando dolor y eso lo excitaba sexualmente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí (1)</li> <li>- No (0)</li> </ul>
5. ¿Ha imaginado que alguien lo ahogaba y eso lo excitó sexualmente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí (1)</li> <li>- No (0)</li> </ul>
6. ¿Ha imaginado que se ha ensuciado (defecarse, orinarse) y eso lo excitó sexualmente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí (1)</li> <li>- No (0)</li> </ul>
7. ¿Ha imaginado que su vida estaba siendo amenazada alguna vez y eso lo excitó sexualmente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí (1)</li> <li>- No (0)</li> </ul>
8. ¿Ha imaginado que alguien le estaba imponiendo una pesada carga de trabajo o de tensión física y eso lo excitó sexualmente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí (1)</li> <li>- No (0)</li> </ul>
9. ¿Ha imaginado una situación en la que tuvo problemas para respirar (asfixiarse) y lo excitó sexualmente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí (1)</li> <li>- No (0)</li> </ul>
10. ¿Ha imaginado que lo amenazaban con un cuchillo u otro instrumento afilado y eso lo excitó sexualmente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí (1)</li> <li>- No (0)</li> </ul>
11. ¿Ha imaginado que alguien lo estaba atando y eso lo excitó sexualmente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí (1)</li> <li>- No (0)</li> </ul>

## Comorbilidad y trasfondo psicopatológico

Como se señaló, el masoquismo sexual emana de un terreno predisponente. Si bien no hay muchos estudios al respecto, se deben considerar el trastorno de la personalidad *borderline*, la dimensión psicopatía y psicotismo. Las anteriores dos condiciones se deben estimar en función de estudios que señalan una comorbilidad del trastorno masoquista con sadismo sexual de casi 20% en agresores sexuales, la mayoría de los cuales están dotados de rasgos psicopáticos o presentan trastornos de personalidad del espectro psicótico (esquizotípico, esquizoide, paranoide).

El campo propicio que mayor evidencia recluta para el desarrollo de fantasías y prácticas hasta el grado de desorden masoquista es el del trastorno *borderline* (TLP).

Un estudio [31] muestra que la prevalencia de trastorno de masoquismo sexual (TMS) en TLP es cercana al 10%, siendo también unas 10 veces más prevalente en estos pacientes en comparación con otros trastornos de la personalidad. Asimismo, en esta población, el TMS se asoció a mayores antecedentes de abuso sexual infantil, estilos de apego hostiles e indiferentes, mayor puntuación en las escalas de búsqueda de sensaciones, y en los factores exploratorio/impersonal en escalas de fantasías sexuales<sup>7</sup>, que los pacientes con TLP sin masoquismo sexual. Además, a mayor desinhibición sexual, mayor severidad en las manifestaciones de masoquismo sexual entre los pacientes TLP. Parecería que, en este grupo de pacientes, los antecedentes de abuso sexual, un estilo de apego indife-

rente y una gran desinhibición son factores de riesgo para adoptar una posición masoquista [31].

Por otro lado, existe evidencia de que las fantasías sadomasoquistas y las prácticas de esta índole, son más frecuentes en el campo de la psicopatía [32], por lo que una evaluación de esta dimensión es oportuna (ver cuadros 8 y 9).

Asimismo, se debe considerar la presencia de trastornos de la personalidad del clúster A del DSM-IV-tr. Sin dudas, su presencia da cuenta de una mayor gravedad de las manifestaciones masoquistas, con mayor riesgo de daño ante estas prácticas, y mayor comorbilidad con sadismo sexual, ingredientes que se han observado en agresores sexuales peligrosos.

## Diagnóstico diferencial

Es un paso obligado diferenciar las fantasías o conductas masoquistas que no generan malestar subjetivo o son consensuadas cuando se practican con un *partenaire*.

Asimismo, es necesario diferenciar las conductas masoquistas aisladas, que pueden verse en muchos otros trastornos (trastornos del espectro depresivo, esquizofrenia), de un desorden de masoquismo sexual, donde las mismas se ejecutan rígidamente y con una fijeza significativa, asociándose siempre a la voluptuosidad sexual. Piénsese, por ejemplo, las conductas de autoflagelación o de castración en algunos pacientes esquizofrénicos, las que pueden dar a confusión. En este último caso, su conexión con vivencias o con creencias delirantes, el carácter aislado, la

7. Ver referencia 8.

ausencia del móvil de alcanzar la excitación sexual, sumado al resto de la constelación de síntomas y signos psicóticos característicos, allanan el camino hacia un adecuado diagnóstico diferencial.

Hay que estimar la presencia de un trastorno masoquista de la personalidad, o rasgos caracterológicos de esta índole, en tanto en el manual DSM-V no se encuentra incluido. Como se mencionó, está emparentado con el concepto de masoquismo moral de Freud, siendo una conjunción de rasgos conductuales, cognitivos y afectivos que se mantienen rígidamente en el tiempo, en los cuales sobresale el gusto por relacionarse con personas o hallarse en situaciones que producen frustración, maltrato y denigración de uno mismo. El cuadro 23 recolecta los principales atributos.

No hay evidencia de correlación entre masoquismo sexual y masoquismo carac-

terológico, aunque algunos estudios trazan un paralelismo dada la propensión que existe entre culparse y dañarse físicamente, que en los últimos puede ser más significativo (33). No obstante, en el desorden caracterológico descripto, no se encuentra como criterio definitorio la excitación sexual al ser humillado y sentirse un despojo, por lo cual, la utilidad de considerar esta etiqueta diagnóstica vetusta, es para no confundirse terminológicamente con el masoquismo sexual. Actualmente, gran parte de estos individuos se incluyen dentro de los trastornos dependientes de la personalidad, trastorno límite de la personalidad y trastornos distímicos.

El espectro depresivo también es un ámbito a reparar, ya que los sentimientos de culpa y la baja autoestima se acompañan de ideas de ser una basura que merece ser humillado, buscándose situaciones

#### CUADRO 23

##### El trastorno de la personalidad masoquista (6)

<b>Nivel conductual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fracasan deliberadamente en concretar sus objetivos.</li> <li>-Postura de insatisfacción e incapacidad de disfrutar de la vida.</li> <li>-Se presentan como sencillos, humildes, e incapaces.</li> </ul>
<b>Comportamiento interpersonal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Eligen personas y situaciones que producen frustraciones, maltrato, o desprecio.</li> <li>-Se hacen humillar, explotar, y denigrar.</li> <li>-Se distancian de quienes los apoyan y quieren ayudarlos.</li> <li>-Frustran los intentos de ayuda del otro.</li> </ul>
<b>Cognitivamente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Inseguros, con tendencia a boicotearse.</li> <li>-Autoimagen: degradada, desmerecedora de reconocimiento.</li> <li>-Se humillan, se desprecian, se consideran impotentes, pero a la vez, se consideran serviles, consagrando su vida a sacrificarse por el otro.</li> </ul>
<b>Ánimo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Distímico angustiado.</li> <li>-Tendencia a experimentar culpa y vergüenza de sí mismos.</li> <li>-Rechaza situaciones que puedan generar satisfacción.</li> </ul>

propicias para que ello ocurra. La diferencia estriba en que, en el trastorno depresivo con ideación melancólica, estas fantasías y conductas de autoflagelación, son aisladas y se dan en un trasfondo depresivo delirante, durando lo que dura el episodio anímico.

Lo mismo para el trastorno distímico, en donde la baja autoestima y el gusto por culparse adquiere por momentos la forma de un goce de difícil renuncia, sin embargo, está más asociado al masoquismo caracterológico que al sexual, pudiéndose diferen-

ciar de acuerdo con los mismos puntos señalados para este último.

A modo de resumen, el cuadro 24 señala los principales atributos a atender para el diagnóstico de desorden de masoquismo sexual, de manera tal que se facilite el proceso de diagnóstico diferencial.

### Manejo en la urgencia y estimación de riesgo

El principal riesgo en estos pacientes es el posible daño que se autoinfligen o se hacen generar, pudiendo poner en juego la

**CUADRO 24**

**Rasgos característicos del trastorno de masoquismo sexual**

<b>Masoquismo sexual</b>
- Excitación sexual en la humillación y denigración, psicológica, o en el padecimiento físico.
- Las fantasías o prácticas masoquistas representan la vía exclusiva o casi, para obtener gratificación sexual.
- Fijación y estereotipia de las prácticas o fantasías masoquistas elegidas. Se aplican repetitivamente y siempre igual, como si se tratase de una modalidad ritualista.
- Desaprensión e indiferencia por otros modos de obtener satisfacción sexual.
- Frecuente asociación con otras parafilias. En especial, fetichismo, travestismo y sadismo.
- Rol activo en la pasividad: manipulación de los personajes y escenas para realizar sus fantasías sexuales masoquistas.

**CUADRO 25**

**Principales mecanismos de la asfixiofilia**

<b>Mecanismos de la privación de oxígeno en la asfixiofilia</b>
- Comprensión torácica.
- Comprensión de cuello.
- Nudos en el cuello con corbatas u otros elementos (mecanismos de ahorcamiento).
- Ligaduras con sogas en el cuello (mecanismos de ahorcamiento).
- Bolsas de plástico.
- Máscaras.
- Productos químicos (nitritos volátiles que por efecto vasodilatador periférico generan hipoxia cerebral transitoria).

propia vida. De todas maneras, en estos individuos, es infrecuente que las prácticas de esta índole alcancen este estatus.

Las prácticas que mayor riesgo implican, son aquellas en las que interviene la sofocación o asfixia como media de adquirir placer sexual. En el DSM-V esta modalidad masoquista, autoerótica o en pareja es incorporada como una subvariante que debe codificarse cuando se realiza el diagnóstico de trastorno de masoquismo sexual, dada su envergadura. El cuadro 25 menciona los principales modos en los cuales se cristaliza esta práctica [2].

Por lo general, cuando se ejecutan en soledad, estas actuaciones cuentan con mecanismos de rescate o reaseguro, de manera tal que, ante una pérdida de la consciencia, automáticamente y luego de un tiempo se desarman [2] [34]. No obstante, las fallas de estos mecanismos explican casi entre 250 y 1000 fallecimientos por año en los EE. UU. [34].

Habitualmente la práctica de asfixiofilia se acompaña de una parafernalia variada, como el bondage, el uso de látex, consoladores y equipos de cuero, entre otros, además de ser la regla el acompañamiento de otras parafilias, como por ejemplo, el travestismo, el sadismo sexual, sobresaliendo el fetichismo [34] [35].

La gran mayoría de quienes ejecutan este hábito son hombres, con una proporción de va de 50-100 a 1, con respecto a las mujeres [35].

Como corolario de lo expuesto, si existen fantasías masoquistas indagar por prácticas de asfixiofilia.

No hay que desestimar otros escenarios

masoquistas y otros adminículos que pueden representar un riesgo potencialmente mortal, como lo son la introducción de objetos cortantes en orificios anatómicos, sofocación e hipertermia por látex, cuando este cubre todo el cuerpo, y electrocución [34].

Por otro lado, como existe un porcentaje de trastorno de masoquismo sexual que se da en comorbilidad con sadismo, cuando están presentes ambos se aplican iguales consideraciones que el trastorno sádico de la personalidad.

## Tratamiento

Una vez resuelto el episodio de urgencia se debe iniciar un tratamiento psiquiátrico y psicológico.

No existe evidencia para indicar abordajes terapéuticos definidos, reduciéndose la mayoría a psicoeducación y tácticas para reducción de riesgos.

El tratamiento psicofarmacológico se aplica a las comorbilidades, como el trastorno depresivo, o el trastorno límite.

## Conclusiones

El sadismo sexual y el masoquismo sexual son constelaciones clínicas en las cuales están libidinizados intensamente los roles de dominio y de sumisión.

Ambas no se presentan como entidades aisladas, asociándose fundamentalmente a trastornos de personalidad sádico y antisocial, en los cuales los rasgos psicopáticos son más pronunciados, o al trastorno *borderline*, sin obviar a los trastornos de personalidad del antiguo clúster A del DSM-IV.

En la evaluación es indispensable considerar el terreno psicopatológico desde donde afloran, y diferenciarlo de las fantasías



sadomasoquistas y los comportamientos de igual tenor que no generan malestar, riesgo, o no se ejecutan sin consentimiento. Asimismo, es menester considerar que no se trata de conductas aisladas, justamente porque los rasgos casi patognómicos de estos trastornos son la fijeza, la repetición estereotipada, y la exclusividad como medio de obtención de la gratificación sexual.

Por otro lado, no hay que desestimar la comorbilidad entre ambos, la cual puede llegar al 20%, y con el resto de las parafilias, lo cual es más bien la regla. De hecho, lo más común en el nivel de las fantasías, es que los sádicos tengan fantasías masoquistas y a la inversa.

Estos datos son significativos a la hora de

evaluar el riesgo, ya que la comorbilidad sadismo masoquismo o un terreno de polimorfismo parafílico, sumado a rasgos psicopáticos y trastornos de personalidad del espectro psicótico son criterios de riesgo para el desarrollo de agresores sexuales peligrosos.

La etiología se desconoce, pero se asocia a la psicopatía en los sádicos, y a los patrones de apego traumáticos, en el masoquismo.

Por último, es necesario que se multipliquen estudios con homogeneidad de criterios y metodologías de evaluación, para obtener evidencia concluyente al respecto, lo cual actualmente es una carencia que repercute negativamente en el desarrollo de guías y protocolos para el diagnóstico y el abordaje terapéutico de estos trastornos.

---

## Referencias bibliográficas

- 1. Krafft-Ebing, R. *Psychopathia Sexualis, ContrarySexual Instinct: a Medico-Legal Study*. Philadelphia: The F. A. Davis Company. London: F. J. Rebman. 1894.
- 2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition (DSM IV). Text Revised. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
- 3. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition: DSM-5 tm. American Psychiatric Publishing, 2013.
- 4. Miguel Soria Verde, Sergio Mora Montserrat. Sadismo sexual, fantasía y crimen en el agresor sádico. *Revista Derecho Penal*. Año II (2013), N° 5. Ediciones ilfojus, p. 369.
- 5. Marshall, WL; Hucker, CJ . Severe sexual sadism: its feature and treatment. En: McNulty, R. D., & Burnette, M. M. (2006). *Sex and Sexuality: Sexual deviation and sexual offenses* (Vol. 3). Greenwood Publishing Group.
- 6. Millon, Theodore; Davis, Roger y colaboradores. *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. 1ª edición 1998. Editorial Masson.
- 7. Carrie A. Robertson. *Sexual Sadism and the Psychopathy Facets as Predictors of General Violence and Sexual Crime Behaviors*. A thesis presented to the Department of Psychology Graduate School of Arts of Sciences Brandeis University Waltham, Massachusetts, August 2011.
- 8. Carrie A. Robertson, Raymond A. Knight. Relating Sexual Sadism and Psychopathy to One Another, Non-Sexual Violence, and Sexual Crime Behaviors *Aggress Behav*. 2014 January ; 40(1): 12-23. doi:10.1002/ab.21505.
- 9. Andreas Hill; Niels Habermann; Wolfgang Berner; Peer Briken. Sexual sadism and sadistic per-

sonality disorder in sexual homicide. *Journal of Personality Disorders*; Dec 2006; 20, 6; ProQuest Psychology Journals pg. 671.

- 10. Florence Thibaut. Pharmacological Treatment of Paraphilias. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. Vol. 49 - No 4 (2012).
- 11. Briken, P; Bourget, D; Dufour, M. sexual sadism in sexual offenders, sexually motivated homicide. En *Sexual Deviation: Assessment and Treatment* Edited by John M.W. Bradford and A.G. Ahmed. *Psychiatric Clinics of North America* Volume 37, Issue 2, Pages 149-256 (June 2014).
- 12. William L. Marshall, Steven. J. Hucker. Issues in the diagnosis of sexual sadism. *Sexual Offender Treatment*, Volume 1 (2006), Issue 2.
- 13. Andreas Mokros, Frank Schilling, Reinhard Eher, Joachim Nitschke. The Severe Sexual Sadism Scale: Cross-Validation and Scale Properties. *Psychological Assessment*. 2012, Vol. 24, No. 3, 764-769.
- 14. Joachim Nitschke, Andreas Mokros, Michael Osterheider, and William L. Marshall. Sexual Sadism: Current Diagnostic Vagueness and the Benefit of Behavioral Definitions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2012, 57(12) 1441-1453.
- 15. María José López Miguel; María del Carmen Núñez Gaitán. Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica* Artículo 1, Número 7 (2009).
- 16. Rafael Torrubia Beltri; Àngel Cuquerella Fuentes. Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. *Rev esp med legal*. 2008; 34 (1):25-35.
- 17. Holt SE, Meloy JR, Strack S. Sadism and psychopathy in violent and sexually violent offenders. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* [1999, 27(1):23-32].
- 18. Peter Berger, Wolfgang Berner, Johanna Bolterauer, Karin Gutierrez, and Katharina Berger. Sadistic Personality Disorder in Sex Offenders: Relationship to Antisocial Personality Disorder and Sexual Sadism. *Journal of Personality Disorders* 1999 13, 2, 175-186.
- 19. Nicolás Iván Martínez López Psicopatía: ¿Cuál es el origen del mal?. *E residente*. Vol. V Número 1-2010: 14-18.
- 20. Howell, E. The Dissociative Mind. Chapter 11: "Good girls," "sexy bad girls," and warriors. *The Role of Trauma and Dissociation in the Creation and Reproduction of Gender*. (2005) Taylor & Francis Group.
- 21. Müller JL. Are sadomasochism and hypersexuality in autism linked to amygdalohippocampal lesion?. *J Sex Med*. 2011 Nov;8(11):3241-9. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01485.x. Epub 2009 Sep 14.
- 22. Marcello Spinella, John White. Neuroanatomical Substrates for Sex Offenses. *International Journal of Forensic Psychology* Volume 1, No. 3 september 2006 pp. 84-94.
- 23. Briken, P., Habermann, N., Berner, W. and Hill, A. (2006), XYY chromosome abnormality in sexual homicide perpetrators. *Am. J. Med. Genet.*, 141B: 198-200. doi:10.1002/ajmg.b.30279.
- 24. Lachman M1, Brzek A, Mellan J, Hampl R, Starka L, Motlik K. Recidivous offence in sadistic homosexual pedophile with karyotype 48, XXXY after testicular pulpectomy. A case report. *Exp Clin Endocrinol*. 1991; 98 (2):171-4.
- 25. Carla L. Harenski, David M. Thornton, Keith A. Harenski, Jean Decety, Kent Kiehl. Increased fronto-temporal activation during pain observation in sexual sadism: Preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 March ; 69(3): 283-292. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1566.
- 26. Myers, W.; Heng Choon (oliver) Chan; Vo, E.; Lazarou, E. sexual sadism, psychopathy, and recidivism in juvenile sexual murderers. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling* J. Investig. Psych. Offender Profil. 7: 49-58 (2010).
- 27. Thibaut y colaboradores. The farmacological treatment of paraphilias En *Sexual Deviation: Assessment and Treatment* Edited by John M.W. Bradford and A.G. Ahmed. *Psychiatric Clinics of North America* Volume 37, Issue 2, Pages 149-256 (June 2014).
- 28. Sandra Kampinga, Jamila Andoha, Isabelle C. Bombaa, Martin Diersa, Eugen Diescha, Herta

Flor. Contextual modulation of pain in masochists: involvement of the parietal operculum and insula. *Pain*; 157, vol.2; (2016) 445–455.

- 29. Ray Blanchard. Paraphilia scales from Kurt Freund's erotic preferences examination scheme. [http://individual.utoronto.ca/ray\\_blanchard/index\\_files/epes.html](http://individual.utoronto.ca/ray_blanchard/index_files/epes.html). march 12, 2009.
  - 30. Jerome V. Baumgartner, Mario J. Scalora, Matthew T. Huss. Assessment of the Wilson Sex Fantasy Questionnaire Among Child Molesters and Nonsexual Forensic Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, Vol. 14, No. 1, January 2002.
  - 31. Frías Á.; González L.; Palma C.; Farriols N. Is There a Relationship Between Borderline Personality Disorder and Sexual Masochism in Women? *Arch Sex Behav*. 2016 Sep 6.
  - 32. Holly M Baughman, Peter K Jonason, Livia Veselka, Philip A Vernon. Four shades of sexual fantasies linked to the Dark Triad. *Personality and Individual Differences* 67:47–51. September 2014 DOI: 10.1016/j.paid.2014.01.034.
  - 33. Inbar Y, Pizarro DA, Gilovich T, Ariely D. Moral masochism: on the connection between guilt and self-punishment. *Emotion*. 2013 Feb;13(1):14-8. doi: 10.1037/a0029749. Epub 2012 Sep 17.
  - 34. Anna Coluccia, Mario Gabbrielli, Giacomo Gualtieri, Fabio Ferretti, Andrea Pozza, Andrea Fagiolini. Case Report. Sexual Masochism Disorder with Asphyxiophilia: A Deadly yet Underrecognized Disease. *Case Reports in Psychiatry*. Volume 2016, Article ID 5474862, 4 pages. (<http://dx.doi.org/10.1155/2016/5474862>).
  - 35. Tatjana Atanasijević, Aleksandar A. Jovanović, Slobodan Nikolić, Vesna Popović, Miroslava Jašović-Gašić. Accidental death due to complete autoerotic asphyxia associated with transvestic fetishism and anal self-stimulation - case report. *Psychiatria Danubina*, 2009; Vol. 21, No. 2, pp 246–251.
-

# Voyeurismo

Demián E. Rodante

El DSM 5 delimita criterios para ocho trastornos parafílicos específicos: el trastorno de voyeurismo, el trastorno de exhibicionismo, el trastorno de frotteurismo, el trastorno de masoquismo sexual, el trastorno de sadismo sexual, el trastorno de pedofilia, el trastorno de fetichismo, el trastorno de travestismo, agregando la categoría de “otro trastorno parafílico especificado (2). En la tabla 1 se encuentran los criterios del trastorno de voyeurismo del DSM 5 (Tabla 1).

Por otro lado, este sistema clasificatorio permite indicar si el comportamiento se desarrolla “en un entorno controlado” – este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en

ámbitos en lo que la oportunidad de un comportamiento voyeurista es limitada- (2). El trastorno se considera “en remisión total” cuando el individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros ámbitos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno controlado (2).

Respecto al criterio B de trastorno de exhibicionismo, y dada la diferenciación necesaria entre parafilia y trastorno parafílico (ver exhibicionismo), Långstrom propone un mínimo necesario de tres episodios de conducta voyeurista para el diagnóstico de un trastorno de voyeurismo (5).

TABLA 1  
Criterios diagnósticos de trastorno de voyeurismo según DSM V (2)

<b>Criterio A</b> Durante un periodo de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de la observación de una persona desprevenida que está desnuda, desnudándose o dedicada a una actividad sexual, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
<b>Criterio B</b> El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
<b>Criterio C</b> El individuo que experimenta la excitación y/o que actúa con un deseo irrefrenable tiene como mínimo 18 años.

A diferencia de otros trastornos parafilicos como el de exhibicionismo, el individuo deber ser mayor de 18 años al momento de establecer el diagnóstico [2].

El *core* sintomático central del voyeurismo es la excitación sexual autoreportada producida por espiar a otras personas teniendo sexo [5]. Al igual que el exhibicionismo, el trastorno de voyeurismo relaciona positivamente con el sexo masculino,

trastornos psicológicos, menor satisfacción con su vida, consumo de alcohol y drogas de abuso, y con la hipersexualidad -interés o actividad sexual global mayor incluyendo mayor número de parejas sexuales, mayor activación sexual autonómica, mayor frecuencia de masturbación y uso de pornografía, y mayor probabilidad de tener una pareja sexual del mismo sexo- [4, 5].

Respecto al contexto en el que se desarro-

TABLA 2

Algoritmo de recomendaciones de tratamiento de acuerdo con la severidad del trastorno parafílico según la WFSBP

Nivel de tratamiento	Descripción de severidad de parafilia	Recomendación terapéutica
1	Parafilias que no impactan en el deseo o actividad sexual convencional.	Psicoterapia cognitivo conductual.
2	Parafilias con un impacto menor en el deseo o actividad sexual convencional ( <i>"hand off" paraphilias</i> ).	ISRS (sertralina o fluoxetina) en dosis similares a las utilizadas en TOC.
3	Parafilias con moderada reducción en el deseo o actividad sexual convencional ( <i>"hand on" paraphilias con contacto físico sin penetración o sadismo</i> ).	Dosis bajas de análogos esteroideos antiandrogénicos (MPA o CPA) coadyuvante de ISRS.
4	Parafilias con severa reducción en el deseo o actividad sexual convencional o riesgo de violencia sexual sin sadismo.	Dosis plenas de análogos esteroideos antiandrogénicos (intramuscular mensual en caso de no adherencia).
5	Parafilias con supresión casi total del deseo o actividad sexual normativa con riesgo de violencia sexual o con fantasías o conductas de sadismo o violencia física.	Agonistas GnRH a largo plazo.
6	Casos catastróficos (supresión total del deseo o actividad sexual normativa).	Análogos esteroideos antiandrogénicos en combinación con agonistas GnRH.

MPA= acetato de medroxiprogesterona; CPA= acetato de ciproterona

[Modificado de 8].

lla el voyeurismo, experimental *hiperarou-sal* (excitación) sexual al ver a otras personas teniendo relaciones sexuales o involucrados en alguna actividad sexual, puede ser “accidental” o “planeado”. El primero, al ser menos planeado no cumpliría criterio para trastorno de voyeurismo (5).

De acuerdo con algunos estudios en población clínica y no clínica, la conducta de voyeurismo es la conducta sexual potencial que más comúnmente quebranta la ley (1, 4). Respecto a su prevalencia, algunos autores encontraron que un 8% de los entrevistados reportaron que al menos en una ocasión se han excitado sexualmente espiando a otras personas practicando actividades sexuales (4). A pesar de esta considerable prevalencia, la investigación al respecto es extremadamente limitada (6). Esto puede deberse a que el manejo de la conducta voyeurista puede ser menos

difícil y no elicit las mismas emociones negativas como lo hacen otros trastornos parafílicos (5).

La evidencia respecto al tratamiento farmacológico de todos los trastornos parafílicos es limitada (3). En el caso del trastorno de voyeurismo, un trastorno parafílico de gravedad leve a moderada, los ISRS son el tratamiento farmacológico de elección (7). Sin embargo, la intervención farmacológica deber ser siempre parte de una estrategia de tratamiento que incluya psicoterapia conductual –terapia combinada– (3, 7). Las recomendaciones para el abordaje de los trastornos parafílicos son más agresivas cuanto más severo es el trastorno e implica mayor riesgo para el individuo así como para la sociedad (3, 8). El algoritmo de recomendaciones según la *World Journal of Biological Psychiatry* (WFSBP) se encuentra detallado en la tabla 2.

---

## Referencias bibliográficas

- 1. Abel G, et al. Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1988;16(2), 153-168.
  - 2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
  - 3. Holoyda BJ, Kellaher DC. The Biological Treatment of Paraphilic Disorders: an Updated Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Feb;18(2):19.
  - 4. Långström N, Seto MC. Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey. *Arch Sex Behav*. 2006 Aug;35(4):427-35.
  - 5. Långström N. The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Arch Sex Behav*. 2010 Apr;39(2):317-24.
  - 6. Mann et al. Voyeurism: Assessment and treatment. En: *Laws DR & O’ Donohue TO (Eds.), Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment (2nd ed)*; 2008, New York: Guilford Press.
  - 7. Thibaut F. Pharmacological treatment of paraphilias. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2012;49(4):297-305.
  - 8. Thibaut, F., Barra, F. D. L., Gordon, H., Cosyns, P., & Bradford, J. M. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2010; 11(4), 604-655.
-



# Perversiones sexuales

## Paidofilia o pedofilia

María Norma Claudia Derito

### Introducción

La pregunta es porqué introducir este tema como una urgencia de la guardia. Es muy raro que un pedófilo acuda a una guardia a consultar por su desviación sexual, en líneas generales el individuo que carga con este problema no lo vive con culpa, pero sí se esconde de la sociedad porque sabe que es un delito. En pocos casos es vivido con culpa, pero tampoco consultan por eso. Lo que con bastante frecuencia nos llega a la guardia es la víctima:

- Paciente menor de 16 años, niño o niña que ha sido víctima de abuso sexual, sin o con violación (penetración) comprobada, sufrida en algún ámbito en el que desarrolla actividades y viene acompañado de sus padres o tutores.

- Paciente menor de 16 años, que sufre o ha sufrido abuso en el ámbito familiar, por parte de su padre (incesto) o padrastro, o hermanos mayores, con conocimiento o no de la madre. Lamentablemente, suelen ser casos muy frecuentes, en los que los niños se debaten entre el amor y la obediencia al padre, y el miedo de ser los culpables de la destrucción de la familia si piden ayuda. Estas situaciones dejan importantes secuelas en la víctima.

- Paciente mayor de 16 años que consulta por problemas psíquicos, de cualquier tipo

o tenor y que en la entrevista surge una historia de abuso en la niñez y/o preadolescencia que habrá que corroborar.

- Psicosis aguda en mayor de 16 años, en la que una de las manifestaciones es el abuso sexual en la niñez, pasado el episodio se corroborará si era parte de un delirio o los dichos eran veraces.

- Psicosis aguda en niñez o preadolescencia, en la que mencione ser víctima de abuso sexual, esperar que pase el episodio y luego tratar de corroborar si los dichos pudieran ser veraces o formaban parte de una ocurrencia delirante. Tener siempre en cuenta que los niños están mucho más expuestos a abusos de personas de la familia (incesto), [padre, hermanos, tíos, primos, abuelos, etc.] o cercanos a esta (amigos, compañeros de trabajo de los padres, vecinos, personas que por diferentes razones concurren asiduamente al domicilio de la víctima).

- Madre psicótica o padre psicótico con los que se tiene la sospecha de conductas de abuso sobre hijos menores.

- Paciente menor de 16 años, que manifiesta ser abusado sexualmente en el marco en el ámbito educativo, religioso o laico, profesores, maestros, transporte



escolar, etc. sin antecedentes mentales previos.

- Paciente menor de 16 años, que manifiesta ser objeto de abuso sexual en algún ámbito religioso. La pedofilia en la iglesia católica es un problema actual al que la iglesia condena, pero aún no ha dado una solución definitiva.

- Paciente que ingresa con personal policial con solicitud de evaluación psiquiátrica solicitada por un juez que entiende en una causa, procesado por delito de pedofilia. Debemos tener en cuenta, que si se ha tratado de una conducta impulsiva no reiterada en el tiempo, el victimario puede tratarse de un retraso mental, una demencia, esquizofrenia, por imposibilidad de frenar los impulsos; se consideran inimputables.

- Se considera pedófilo al mayor de 16 años que durante más de seis meses logra la excitación sexual con fantasías sobre niños y/o niñas o prepúberes, o que pasa al acto para descargar la tensión sexual, volviendo a producirse el ciclo que lo lleva a un nuevo ataque. No puede obtener satisfacción sexual de otro modo.

Nuestra conducta en la guardia, desde el punto de vista legal, es que al tomar contacto con el menor abusado debemos efectuar la denuncia policial en forma inmediata, no es necesario pedir autorización a sus cuidadores aunque sean los padres, porque es muy frecuente que los abusadores se encuentren en el ámbito familiar, es un delito de instancia pública y en este sentido la ley protege al profesional. Si en cambio

tomamos contacto con una historia de abuso sexual infantil por un adulto, pero el que relata es un paciente mayor de edad, él decide hacer la denuncia o no hacerla, porque pasa a ser un delito de instancia privada. Si la solicitud de evaluación la realiza un juzgado a un individuo acusado de pedofilia, debe llevarse a cabo y elevar el informe al juzgado.

Por lo que con frecuencia (más de la que se supone), en la guardia se toma contacto con la víctima de un pedófilo, y nuestro deber es ubicar al victimario y ayudar a la víctima.

En muchas ocasiones se sospecha el hecho y nos encontramos con una víctima reticente a contar su desgracia, o demasiado pequeña de edad como para poder referir con palabras lo que les sucede, porque si bien lo viven con desagrado y desesperación son impotentes de actuar por su corta edad. Es por eso que debemos estar atentos tanto a las características de la víctima como del victimario.

La paidofilia se encuentra en el grupo de las parafilias (del griego *παρά*, pará: 'al margen de', y *φιλία*, filía: 'amor'), se trata de un patrón de comportamiento sexual, cuyo objeto de placer, se encuentra en objetos, situaciones, actividades o individuos atípicos. El DSM-V tiene especificados ocho desórdenes parafilicos. Se han propuesto varias subclasificaciones de las parafilias.

### Delimitación conceptual

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua, define como pederastía (17) a la acción de violencia sexual contra menores púberes o adolescentes, que textualmente

señala: *"es el abuso deshonesto cometido contra los niños y concúbite entre personas del mismo sexo o contra el orden natural"*, por tanto, aquí se refiere el concepto a dos situaciones diferentes, uno es la relación o preferencia sexual por los niños y la otra se refiere a la conducta propiamente homosexual, sin diferenciación de edades.

El vocablo paidofilia o pedofilia no figuraba hasta la XXI edición en el diccionario señalado, que se supone es la fuente lingüística de nuestro idioma, sin embargo, es recién en la última edición (XXIII) (5) donde aparece ya y, por tanto, se reconoce oficialmente su existencia en el marco del idioma español que dice: *"Atracción erótica o sexual que una persona adulta siente hacia niños o adolescentes"*.

De acuerdo con F. Dorsch (6) el término pederastía proviene del griego *paidos* (niño), y del vocablo *erastes* (amante), amor sexual de hombres adultos hacia los niños o adolescentes, esto era una costumbre aceptada en el imperio romano. G. Davidson y J.M. Neale (3) proponen el vocablo paidofilia (del griego *paidos*: niño y *philia*: amistad) como la acción mediante la cual sujetos adultos obtienen satisfacciones sexuales mediante contacto físico y a menudo sexual con niños de ambos sexos. Por otro lado, P.C. Nathan y J.L. Harris (14) la definen como *"una desviación sexual limitada en gran parte a los hombres y consiste en una relación sexual entre un adulto y un*

*niño"*.

El término paidofilia viene de un tecnicismo derivado de la práctica psiquiátrica, al punto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) (15) en el CIE 10, la comprende como *"la preferencia sexual por los niños, pudiendo ser esta atracción por niños o niñas, indiscriminadamente, de edad prepuberal o de la pubertad temprana"* (Tabla 1).

Según el manual DSM -IV-TR, (7) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría la pedofilia es *una parafilia en la cual la persona siente un intenso y recurrente deseo y fantasías sexuales hacia niños o niñas que aún no han llegado a la adolescencia*. Se entiende en estos casos que se trata de una parafilia cuando el individuo busca exclusivamente (o casi) este tipo de relaciones con gran disparidad de edad. En el caso de buscarlas solo esporádicamente no se hablaría por tanto con propiedad de pedofilia. Aparte de la pedofilia existen la hebefilia y la efebofilia. La primera implica deseo preferente por menores en los primeros años de su adolescencia (generalmente, entre 11 y 14 años, aunque varía según sexo y razas) y la segunda por personas en plena adolescencia (15 a 19 años).

### El grooming en la pornografía infantil

El grooming de menores en internet es un fenómeno que podríamos traducir como *engatusamiento* y que se utiliza para describir las prácticas online de ciertos adultos

TABLA 1

Atracción, deseo	Práctica sexual	Abuso	Objeto	
Pedófilo/a	Sí	Sí o no	Sí o no	Niños, niñas y/o adolescentes
Pederasta	Sí o no	Sí	Sí	Adolescentes o niños y/o niñas

para ganarse la confianza de un (o una) menor fingiendo empatía, cariño, etc. con fines de satisfacción sexual (como mínimo, y casi siempre, obtener imágenes del/a menor desnudo/a o realizando actos sexuales). Está muy relacionado con la pederastia y la pornografía infantil en internet. De hecho el *grooming* es, en muchas ocasiones, la antesala de un abuso sexual.

La única forma de combatir este riesgo para los niños. La base de toda medida de protección de los menores en la red es la educación, no el disponer de unas u otras tecnologías, que siempre pueden fallar. Debemos explicarles a nuestros hijos e hijas cuáles son los peligros de la red y las medidas de protección básicas para evitar cada uno de ellos: en este caso, por ejemplo, no revelar nunca sus datos personales ni sus claves a conocidos de internet. Algunos pedófilos encuentran mayor placer en esta actividad a través de internet, dónde sus inclinaciones anormales pasan más reservadas a su propia intimidad.

El término "paidofilia erótica"(2) fue acuñado en 1890 por Richard von Krafft-Ebing (13) en su obra *Psychopathia Sexualis*, en la que describía los modelos patológicos de las diferentes preferencias sexuales anormales. En este caso se refería a las personas que tienen inclinación erótica por los niños. Según la descripción de sus casos, la considera una perversión sexual que admite los siguientes caracteres comunes:

1- *Se trata de individuos con taras hereditarias.*

2- *La inclinación por las personas impúberes del otro sexo parece ser primaria: (en oposición al libertino); las representaciones se ven acentuadas de manera anormal, mar-*

*cadass por fuertes sensaciones de placer.*

3- *Los actos criminales de los individuos (que mantienen su potencia sexual) consisten en simples palpaciones impúdicas y en masturbación de las víctimas. Esto lleva a la satisfacción del interesado aunque no llegue a la eyaculación.*

4- *Los pedófilos no se excitan con los encantos sexuales de las personas adultas, con las que practican el coito solamente cuando no tienen un niño a su disposición y ello sin satisfacción psíquica.*

Con respecto a estos caracteres, hay que tener en cuenta la época en que fueron escritos (segunda mitad del siglo XIX), y que el libro escrito por Krafft-Ebing, era el primero que reunía todas las perversiones sexuales con descripciones clínicas adecuadas, también es importante destacar que el marco en el que se mueve es la criminalidad de los psicópatas con desviaciones sexuales.

En el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales que la *American Psychiatric Association*; 2014) (10), esta situación viene denominada como Trastorno de pedofilia; 302.2 (F65.4) y se encuentra comprendida dentro de las parafilias. Los criterios diagnósticos del DSM-V son:

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivadas de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes (generalmente, menores de 13 años).

B. El individuo ha cumplido estos deseos

sexuales irrefrenables o fantasías sexuales que causan malestar importante o problemas interpersonales.

C. El individuo tiene como mínimo 16 años y es, al menos, cinco años mayor que el niño/niña del criterio A

Nota: no incluir un niño al final de la adolescencia que mantiene una relación sexual continua con otro individuo de 12 o 13 años.

Especificar si:

Tipo exclusivo (atracción exclusiva por los niños).

Tipo no exclusivo.

Especificar si:

Atracción sexual por el sexo masculino.

Atracción sexual por el sexo femenino.

Atracción sexual por ambos sexos.

Especificar si:

Limitado al incesto.

## Concepto clínico

Debemos considerar al pedófilo un depredador sexual, cuando los crímenes son cometidos como resultado de las prácticas o fantasías sexuales. El agresor sexual tiene un patrón de conducta desadaptada socialmente, siendo de carácter cruel, humillante y agresivo hacia la víctima. Esta conducta está impulsada por fantasías sexuales, recurrentes y persistentes, que incluyen dominación, humillación, y daño tanto físico como psicológico, hasta llegar en algunos casos a la muerte de la víctima.

Es necesario aclarar que cualquier desviación en la forma de mantener relaciones sexuales, cuando es consensuada entre dos adultos y no implica un daño al cuerpo o a la psique en tanto es consentida, no se considera patológica.

También se debe tener en cuenta que la pedofilia se puede presentar en el sexo femenino, y de varias formas. Mujer adulta cuyo deseo sexual es despertado por la presencia de púberes del sexo contrario o del mismo sexo. Puede suceder con los propios hijos, así como niños o prepúberes con los que se toma contacto en otros ámbitos.

Al respecto e ingresados en la guardia del hospital Moyano, casos de mujeres por psicosis reactivas breves, con trastornos graves de la personalidad, que habían sido separadas de sus hijos por haberse comprobado abuso sexual por parte de la madre, hablamos de niños de entre ocho y tres años y de ambos sexos.

También en psicóticas crónicas se detectaron casos de abusos a hijos menores, pero en el contexto de una enfermedad mental son inimputables.

Finalmente, podemos definir como pedófilos a individuos mayores de 16 años, que mantienen actividades sexuales con niños generalmente de 13 años y menos, y que son, por lo menos, 5 años menores que sus agresores. Los pedófilos se sienten atraídos por niños dentro de un marco de edad de terminada. No se la considera una enfermedad mental, es un trastorno de la excitación sexual, solo lográble mediante estímulos particulares y específicos. Al no considerarla una enfermedad mental, es una conducta delictual que es penada por

la ley. La persona que la porta, considera esa forma de excitación sexual como normal, por lo que no consulta ni busca ayuda porque no lo considera un problema.

## Definición del perfil

Pedófilo (18) es el individuo que ha satisfecho sus necesidades o fantasías sexuales durante un período de al menos seis meses con niños prepúberes, generalmente de 13 años o menores. En ocasiones esas fantasías les producen malestar o dificultades interpersonales. Los podemos clasificar según sus preferencias en pedófilos:

- Con atracción sexual por los varones.
- Con atracción sexual por las mujeres.
- Con atracción sexual por ambos sexos.
- Limitada al incesto.
- De tipo exclusivo.
- De tipo no exclusivo.

Todos los pedófilos son abusadores de niños, pero no todos los abusadores son pedófilos.

Tipos de pedófilos:

- Los abusadores sexuales intrafamiliares: suelen actuar de una manera crónica puesto que tienen acceso facilitado a los niños (padrastros, tíos, abuelos, yernos, etc.). Otros abusadores, no son de la familia, pero están muy vinculados a esta, amigos de los padres, padres de sus amigos, profesores, religiosos, etc.

- Abusadores sexuales intrafamiliares: crónicos responsables de incesto.

- Los abusadores esporádicos: descono-

cidos para los niños son más peligrosos y tienden a utilizar la violencia para doblegar al niño.

- El perfil del abusador infantil: es el de un hombre adulto, casado, entre 18 y 70 años; solo el 20% de los pedófilos son menores de 18 años (adolescentes de 16 o 17 años, que abusen de niñas o niños de 10 a 12 años), generalmente no actúan solos, lo hacen en barra o patota.

**Ciclo emocional del agresor sexual:** recordar que el placer del depredador está en el poder de dominación, ligado a sensaciones sexuales y la búsqueda de un contacto compulsivo con la misma. Una vez obtenido el placer, el agresor vuelve a sentirse vacío (Esquema 1).

En el caso del pedófilo, el tener el objeto erótico al alcance de la mano, en una situación de sometimiento primigenio por la indefensión e impotencia en la que se encuentra el niño, por su corta edad. Se acrecienta el sometimiento por la mezcla de amor, respeto y figura de autoridad que representa para el niño el victimario. Las fantasías son repetidamente estimuladas y el ciclo puede acortarse, especialmente en los casos de incesto. El victimario cuenta con el silencio del niño utilizando la intimidación.

El pedófilo cuya preferencia sexual hacia los niños está claramente instalada, no obtiene satisfacción sexual de otra forma, y si bien puede involucrarse en una situación amorosa con un adulto, en general, es para disimular ante la sociedad que saben que

su verdadera inclinación está condenada moral y legalmente, ya que es un delito penado por la ley y la sociedad.

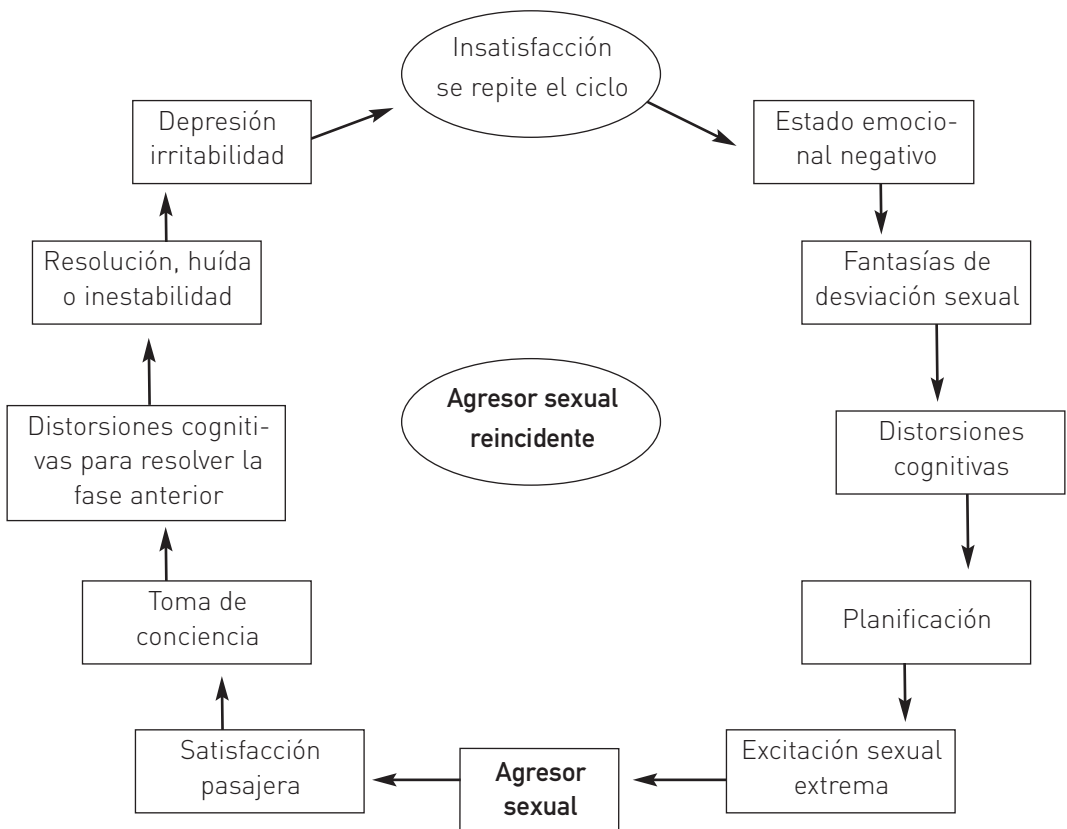
### Estadísticas

Dentro de las parafilias, (9) la pedofilia es especialmente importante. En España tiene prevalencia sobre las demás formas. España es uno de los países más consumidores de pornografía infantil y los casos consumados inundan los despachos de los forenses en ese país. Dentro de la revisión de sentencias del Tribunal Supremo, hecho por la Universidad Complutense de Madrid, la pedofilia ocupa indiscutiblemente el pri-

mer lugar, seguido a distancia por el excibicionismo y otras parafilias. Su importancia radica en la gravedad del hecho y en las secuelas que deja en las víctimas.

El trastorno comienza habitualmente en la adolescencia (al menos las fantasías). Frecuentemente son varones de entre 30 y 40 años los que prefieren la actividad sexual con niños del sexo opuesto. La atracción hacia las niñas es dos veces más frecuente que hacia los niños. Cerca del 11% de los pedófilos son ajenos a sus víctimas, mientras que en un 15% son relaciones incestuosas.

ESQUEMA 1



## Manifestaciones precoces de conductas pedofílicas

Lo habitual es que las fantasías parafilias, que pueden incluir las pedófilas, puedan aparecer desde la infancia. A medida que el individuo crece puede seguir conviviendo con ellas, como una inclinación o gusto que se ha consolidado en la personalidad.

El pase a la conducta puede suceder en cualquier estadio de la vida y convertirse en un problema de adaptación a la sociedad, cuando se convierte en la única forma de alcanzar la excitación sexual, con los problemas legales que puede conllevar, cuando escapa de la esfera íntima. De allí, el foco de atención se dirigió a esta atracción que se caracteriza por un impulso muy fuerte, irrefrenable, llevando a la práctica comportamientos anormales a la sociedad y, en este caso en particular, altamente perjudicial para la víctima. Los actos aislados de pedofilia cometidos por pacientes con retraso mental, alcoholismo, senilidad, no se consideran dentro de las parafilias.

## Cómo se manifiesta la conducta pedofílica

Los estudios científicos (11) son renuentes a reconocer la existencia de una tipología propia del pedófilo. Señalan que se presenta como un rasgo multifactorial, donde entran en juego con similar intensidad y magnitud aspectos mentales, constitucionales, de educación sexual, de control de los impulsos, pero a lo que se le otorga más relevancia es a la historia del sujeto. Se encuentran en todos los estratos sociales y niveles de educación intelectual. Una minoría ajenos a la víctima y la mayoría de los casos cercanos o emparentados con esta.

En la antigüedad, el pedófilo en general

quedaba circunscripto a un círculo íntimo. En la actualidad, internet y la aceptación de algunas conductas sexuales como naturales, han permitido que se expongan mediáticamente, actos penados por la ley, por ejemplo, el turismo sexual pedófilo promocionado por internet. El acceso de los niños al chat, en el cual un adulto oculta su identidad haciéndose pasar por otro niño e induce al primero a desnudarse o a acceder a otros pedido más alevosos. También hay acceso por dinero a pornografía infantil franca, que también se puede concretar en los hechos. Es así que parece haber nacido otro tipo de pedófilo.

## Causas que pueden dar nacimiento a una parafilia

Las fantasías de los pedófilos son anteriores a la eclosión hormonal del niño, es decir, que estas desviaciones en el terreno de la excitación sexual con la existencia de la fantasía son anteriores a la pubertad. La psicología reconoce que no existe una teoría que pueda explicar la causalidad de estas desviaciones. Se acepta entonces la existencia de una policausalidad a temprana edad.

Aún así en el común de los casos se observan algunas experiencias que resultan frecuentes en estos casos, estadísticamente más de lo esperable, por ejemplo:

a) Crecimiento en un entorno familiar y social, con severas prohibiciones a tratar los temas sexuales. Represión con violencia física o verbal de conductas comunes en los niños como juegos de tocamientos. Esto lleva lo sexual, a lo secreto, prohibido, a lo que el niño percibe como algo malo a lo que se debe temer. Esto impide un desarro-

llo sexual normal.

b) Experiencias tales como padres que deciden vestir a su hijo con ropas del otro sexo, para calmar sus expectativas frustradas.

c) La aplicación de violencia o malos tratos adherida a cuestiones de índole sexual, aún de manera indirecta con lo erótico, tales como casos de humillación ante la micción o defecación, etc. poseyendo similar potencial dañino que años anteriores.

d) En todos los casos se agregan familias o entornos, incapaces de brindar afecto, así como las atenciones mínimas para cubrir las necesidades de los niños para un desarrollo higiénico dietético sano y con carencias mínimas.

### **Rasgos de personalidad de los pedófilos**

Se ha observado que los pedófilos son portadores de personalidades inmaduras que se verifica en todos los ámbitos en los que interacciona el sujeto. Suelen establecer vínculos superficiales y poco permanentes. En general, tienen sentimientos de inferioridad que les impiden enfrentar una relación de pareja adulta con sus responsabilidades. Esta baja autoestima es la que hace que se le faciliten las relaciones con niños, a los que pueden dominar sin necesidad de entrar en conductas violentas.

Aún así son personas narcisistas que no reconocen su deseo como algo anormal. Están convencidos que dan amor a los niños y no tienen crítica de su conducta.

Suelen tener una escalada en sus conductas, por lo general, en principio consumen pornografía infantil, luego acceden a actos de abuso ante la oportunidad, hasta que pueden llegar a hechos mucho más

graves (violación seguida de muerte de un menor). Pretenden convencer al menor con tácticas de seducción y juegos para poder manipular al menor.

Finkelhor, (16) especialista en abuso infantil, señala que en la actualidad se deben tener presentes los abusos cometidos por jóvenes mayores en las escuelas secundarias, como descargas de rabia y frustración que depositan en los niños menores más indefensos, que llevan a los menores a los baños para agredirlos sexualmente. Estos casos todavía no se pueden catalogar como pedofílicos, pero representan el 30% de los ataques a menores.

Según Finkelhor, en un pedófilo se deben encontrar la "Teoría de los cuatro factores":

1- La persona adulta debe tener una congruencia emocional con los niños y una compulsión emocional a relacionarse con ellos (p. ej. fallas graves en el funcionamiento familiar que llevan a que un niño se vea compelido a asumir un rol parental).

2- El adulto siente una excitación sexual específica con niños que muchas veces está condicionada desde su infancia (p. ej. casos en que haya sido abusado en la niñez).

3- Existe un bloqueo para establecer relaciones emocionales con personas adultas (p. ej. sujetos con severas disfunciones sexuales de larga duración).

4- Se ha creado un mecanismo de "desinhibición" con respecto a la elección del objeto (p. ej. alcoholismo, drogadicción, víctima discapacitada mental o físicamente, ausencia o falencias marcadas de protector, familias aisladas del medio social).

### **Técnicas de neuroimagen funcional**

La investigación (4) fue llevada a cabo



*"con 24 pedófilos, que admitían su condición y que se sentían atraídos por niños o niñas prepúberes, y que estaban recibiendo tratamiento en nuestro centro. A todos ellos los comparamos con 32 adultos sanos a los que les gustaban bien mujeres, bien hombres".* Así pudieron confirmar que "efectivamente, la respuesta cerebral a los estímulos sexuales, visto con resonancia magnética funcional, contiene información suficiente para identificar a los pedófilos con gran exactitud", defiende el experto De la Camara Egea.

Para ello mostraron a todos los participantes de entre 20 y 50 años una serie de fotografías de genitales de niños y niñas, de menores desnudos o solo de sus caras, así como de adultos en las mismas posturas. "Las imágenes se mostraron solo durante un segundo. En este tiempo, el cerebro reacciona al estímulo antes de que la persona sea consciente realmente de él, por lo que la respuesta no puede ser engañosa. Además, y para asegurarnos de que estaban atentos a las imágenes, las intercambiamos con fotografías sin contenido erótico en las que aparecía un círculo verde. Ellos debían pulsar un botón cada vez que las visualizaran".

Los datos revelan que las áreas del cerebro que "actúan en los mecanismos de recompensa, cuando algo nos gusta, y que están relacionados con la sexualidad, son similares en el grupo de pedófilos que en el grupo control. Lo que sucede es que la respuesta neuronal de los pedófilos ante las imágenes de niños desnudos es distinta de la de personas sanas. En otras palabras, en las personas sanas no se produce estímulo al ver fotos de menores", insiste el director

de la investigación.

Los resultados (1) de estos estudios parecen mostrar que el origen de la pedofilia se puede encontrar, en parte, en alteraciones cerebrales debidas a problemas durante el neurodesarrollo, aunque estas alteraciones no libran a estas personas de ser responsables de sus actos.

## Consecuencias en las víctimas de abuso infantil

Un niño es un adulto en formación y cualquier incidente que influya negativamente, traerá consecuencias en la formación de su carácter a futuro (12).

De hecho, el abuso infantil traerá como secuela el comienzo de un deterioro de la autoestima y una estigmatización que generalmente la sociedad y la intervención de la justicia acrecientan en lugar de minimizarla.

La mayor o menor gravedad de las secuelas dependerá del tipo de abuso al que fue sometido, dentro de los que cabe mencionar:

- a) El tipo específico de abuso (con contacto genital o sin él).
- b) La edad del agresor y de la víctima.
- c) La gravedad de la violencia y el medio utilizado.
- d) El grado de parentesco o relación con el ofensor.
- e) El estadio formativo de la personalidad del infante (disímil de su edad cronológica).
- f) La reiteración prolongada en el tiempo o no del abuso.
- g) El marco socioeconómico en el que el menor desarrolla su existencia.
- h) La ocurrencia del hecho en una situación que ya era de riesgo.
- i) La actitud familiar y características de

la dinámica que tenía, antes del hecho, el grupo humano en el que el niño crecía.

j) La reacción del entorno social mayor (publicidad del hecho, etc.).

k) Maneras en que la cuestión fue abordada, primeramente por sus padres o encargados, y el tipo de intervención pública que recayó en el comienzo.

l) El apoyo familiar e institucional que luego del suceso puedan haber brindado.

Si bien estas son premisas generales, hay que tener en cuenta que cuando el abuso sexual se produce en la época pre-puberal, o en la adolescencia, pueden traer serios problemas en el desarrollo sexual del individuo, restándole la posibilidad de enlaces afectivos duraderos y sanos.

### **Pedofilia y urgencias psiquiátricas**

Como especialistas en la salud mental, ante cualquier caso de descompensación que tengamos que tratar, hay un ítem que rara vez investigamos, nos quedamos en saber su estado civil, composición familiar y si hay una relación afectiva actual en conflicto. Nos quedamos en la superficie, como si aceptáramos que los niños nacen de un repollo. Rara vez ahondamos en la historia sexual íntima del paciente. Salvo que este lo exprese espontáneamente como el área de conflicto, nosotros rara vez preguntamos. No sé si por temor a la reacción del paciente, por nuestra propia inhibición a mencionar esos temas, por nuestra propia ingenuidad, pero el hecho es que rara vez inquirimos con la profundidad necesaria la historia y vida sexual de nuestros pacientes. Craso error, dado que el conflicto sexual siempre forma parte del

conflicto vivencial de cualquier paciente, en mayor o menor medida, pero teniendo que ver con el resto del complejo sintomático.

En la urgencia, siempre uno de los temas a indagar es el área sexual, porque quizá así se expliquen muchas de las conductas del paciente que parecen fuera de contexto, y no lo son tanto.

El paciente psicótico descompensado es muy reticente a contar las alucinaciones visuales y/o acústicas o sensaciones corporales anormales relacionadas íntimamente a perversiones sexuales de las que creen ser parte, o las alucinaciones los reprochan o acusan. Agreden a los supuestos violadores o se atrincheran y defienden, y nosotros no sabemos el porqué de estos actos. Alguno que agrede a su familia, porque las voces le dicen que lo abusaron de niño, hecho que después debemos investigar si es una alucinación o el inconsciente del paciente está expresando algo reprimido que en verdad sucedió.

En los trastornos de la personalidad, un desarrollo sexual anormal casi siempre forma parte de la falla de formación de la estructura de la personalidad, teniendo mucha importancia el trato sexual familiar en los primeros años de vida.

En las neurosis, la dificultad de una sexualidad plena, casi siempre viene abonada por una historia familiar conflictiva, con los llamados "secretos sexuales" de cada familia.

Como mencioné anteriormente, a la guardia no suele llegar el pedófilo (salvo que lo traiga la policía), lo que seguro nos va a llegar es la víctima, de ahí la importancia de conocer el perfil y la oportunidad del pedófilo para medir los riesgos que en este

sentido puede seguir corriendo nuestro paciente.

## Tratamiento del pedófilo

Se basaría en tres posibilidades: (19)

**Psicoterapia:** en general todos los especialistas en desviaciones sexuales están de acuerdo en que la pedofilia no tiene cura. Es imposible hacer que una persona que solo se excita sexualmente con la vista de niños pueda cambiar la inclinación y hacerlo con adultos. Por lo tanto, este enfoque no es útil. Lo que se puede lograr con una terapia cognitivo conductual es que el individuo pueda educarse para frenar el impulso, haciendo que el deseo quede en el terreno de la fantasía, sin pasar a los hechos. No asegura un éxito total, pero se pueden reducir las conductas en un alto porcentaje.

En la actualidad a pesar de las publicaciones que avalan estos métodos, se ha concluido que "las investigaciones disponibles no permiten establecer ningún efecto del tratamiento en los agresores sexuales de menores".

**Castración química:** se trata de un tratamiento farmacológico destinado a reducir la libido en los agresores sexuales, incluidos los pedófilos y pederastas. Lo que causan estas medicaciones es disminución de la libido o sea del deseo sexual, no cambia su preferencia, disminuye el deseo y contra lo que comúnmente se cree, los efectos sexuales son reversibles. Se utilizan antiandrógenos, reductores de la testosterona. Sin embargo, existen efectos secundarios, por ejemplo sobre los huesos y el

hígado en el caso de los dos medicamentos más empleados, el acetato de medroxiprogesterona y el acetato de ciproterona.

El acetato de leuprolide es una opción más duradera y con menos efectos secundarios. Una revisión reciente de estudios con este compuesto sugiere que la terapia con esta sustancia "reduce los pensamientos sexuales y las fantasías", sobre todo en casos recurrentes. Sin embargo, la preferencia sexual de los pedófilos no cambia. La castración química es un método empleado en muchos países. En lugares como California, Florida, Polonia, Rusia, Corea del Sur, Indonesia o Estonia se aplica de forma obligatoria, mientras que en otros países se ofrece como opción a cambio de una reducción de condena. En la Argentina, en 2010, se aprobó en la provincia de Mendoza a cambio de una reducción de la pena, hecho que fue muy criticado por los defensores de los derechos humanos (como siempre nos preguntamos, los derechos humanos de quién).

**Castración quirúrgica:** la extirpación de los testículos como método para reducir los impulsos sexuales se aplicó históricamente a los violadores y pedófilos. Una revisión de 2005 concluía que "existe una muy baja reincidencia" de asaltos sexuales en los agresores castrados quirúrgicamente. Sin embargo, esta práctica es rechazada por las organizaciones de derechos humanos. Hoy está mayoritariamente fuera de uso y prohibida en un gran número de países, aunque existen casos de agresores en EE. UU. Que solicitaron la castración quirúrgica voluntariamente como alternativa a la cadena perpetua. En Europa, la

República Checa es la única nación donde aún es legal. El Consejo de Europa ha urgido repetidamente al gobierno checo a acabar con esta práctica, pero la Sociedad Sexológica Checa ha recomendado que se mantenga.

### La víctima

El niño (8) víctima de abuso sexual infantil es difícil que no sufra consecuencias por los hechos sufridos en la niñez. Por supuesto, que no es lo mismo el hecho de un ataque de un extraño, que el abuso que se prolonga a veces por años, por algún miembro de la familia o allegado. Pero también cuentan las fortalezas y las debilidades del niño, su resiliencia, para determinar con el correr de los años cuánto daño se ha causado.

Los trastornos mentales se manifiestan en los planos emocional, cognitivo y de las conductas. Por ejemplo: estados ansiosos y depresivos, desarrollo de fobias asociadas a determinados estímulos recordatorios del abuso sexual, problemas en la autovvaloración, autoculpabilización, sentimientos de indefensión, etc. En el plano del comportamiento manifiestan generalmente comportamientos agresivos, problemas de relación a partir de elementos hostiles hacia los demás, conductas sexuales promiscuas, etc.

En definitiva, el abuso sexual genera en los niños un deterioro marcado de la autoimagen y la autoestima, limitando el acceso

al pleno disfrute de sus derechos como seres humanos.

Otro criterio al respecto centra su análisis en que los niños que fueron abusados sexualmente arrastran problemas a lo largo de sus vidas y suelen necesitar un apoyo o terapia psicológica especializada para superarlos. Los efectos más comunes como consecuencia de los abusos sexuales son:

- Odio al propio cuerpo, sentirse sucia/o.
- Desvalorización personal, pobre autoestima.
- Depresión, fobias, ansiedad y problemas psicosomáticos.
- Problemas de relación con otras personas, social y sexualmente.
- Miedo a la intimidad e incapacidad para poner límites y autoafirmarse.
- Comportamientos auto agresivos, mutilándose con cortaduras, quemaduras o golpes y realizando intentos de suicidio.
- Establecer muchas relaciones de abuso, incluso de maltrato, los varones victimizados tienden a ser abusadores y maltratadores, mientras que las mujeres victimizadas tienden a ser maltratadas y nuevamente abusadas.
- Juegos más allá del típico mamá-papá o doctor; introducir objetos por la vagina o ano.

El único tratamiento posible es la psicoterapia individual y familiar, eventualmente se utilizará medicamento en caso de que se manifieste como depresiones graves o psicosis.

---

### Referencias bibliográficas

- 1. Becerra-García J.A. Etiología de la pedofilia desde el neurodesarrollo: marcadores y alteraciones cerebrales. Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.

Publicado por Elsevier. Rev. Psiquiat. y Salud Mental. Barcelona 2009.2;4:190-196.

- 2. Briken, P., Hill, A. y Berner, W.. Pedofilia: Mente y Cerebro. 2006. 19: 84 -87.
  - 3. Davidson G. & Neale J.M. "Psicología de la Conducta Anormal: Enfoque Clínico Experimental" Mexico: Limusa, 1983.
  - 4. De la Cámara Egea M.A. Neuroimagen funcional, Marcaje con trazador. etiquetas brain dynamics, internet, con la tecnología de blogger. 2012.
  - 5. Diccionario de la lengua española; vigesimotercera edición, octubre de 2014, tricentenario de la Real Academia Española, Madrid 2017.
  - 6. Dorchs F. "Diccionario Psicológico" Barcelona: Herder (1981).
  - 7. DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Edit Masson S.A., 1995. pp505.
  - 8. Dunierkys Páez Perdomo, Collazo Fernández Yaidelyn El tratamiento de la víctima de conductas pedofílicas. Criminología <http://www.monografías.com/trabajos42/víctimas-pedofilia2.shtml#ixzz4fltq2u1N>
  - 9. Esbec E. Violencia y Trastorno mental; en Martínez Arrieta M. Psiquiatría criminal y comportamientos violentos. Cuadernos de derecho judicial. 2005.pp.109-110.
  - 10. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. American Psychiatric Association. 2014.pp 377.
  - 11. Gutierrez A.P. Delitos sexuales sobre menores. ediciones La Rocca. Bs. As. 2007. IV: 87-108.
  - 12. Gutierrez A.P. Delitos sexuales sobre menores. ediciones La Rocca. Bs. As. 2007.III:78-79.
  - 13. Krafft - Ebing, R. Psicopatía Sexual, edit. El Ateneo, Argentina 1955, XIII: 567-582.
  - 14. Nathan P.C. & Harris J.L. "Psicopatología y sociedad" México: Trillas 1983.
  - 15. Organización mundial de la Salud OMS "Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico" Ginebra, 1992.
  - 16. Padilla E.J. Abuso sexual Guías para la ponderación diagnóstica. Medicina y Psicogeriatría Forense-III. Edit, Ad.Hoc. 2006. pp 109.
  - 17. Real Academia Española "Diccionario de la Lengua Española" Lima: Quebecor World Perú (2005).
  - 18. Terol Levy O. Medidas de seguridad en delitos violentos. Programas de intervención en delitos sexuales; en Martínez Arrieta M. Psiquiatría criminal y comportamientos violentos. Cuadernos de derecho judicial VIII. 2005.pp.192-194.
  - 19. Yanez J. Tres tratamientos contra la pedofilia: la psicoterapia, la castración química y la quirúrgica se han probado con resultados desiguales. web 2016.
-



Esta edición de 2.100 ejemplares  
se terminó de imprimir en  
En el Blanco Producciones SRL  
Bermúdez 3321 - Olivos, Provincia de Buenos Aires, Argentina,  
en el mes de julio de 2017.

