



Trastorno Histriónico de la Personalidad: una revisión

Universidad de Zaragoza

Trabajo dirigido por Jorge Javier Osma, profesor del Grado de Psicología en la Universidad de Zaragoza (Campus de Teruel)

Virginia Aparicio Barba

21/06/2013

Índice

1. Introducción.....	2
2. Trastornos de la personalidad	3
2.1 Definición	3
2.2 Diagnóstico de los TP	5
2.3 Prevalencia.....	5
2.4 Etiología.....	6
2.5 Evaluación	6
3. Trastorno histriónico de la personalidad.....	9
3.1 Clasificación de los TP	9
3.2 Descripción.....	9
3.3 Diferentes criterios diagnósticos.....	10
3.4 Prevalencia.....	11
3.5 Comorbilidad	11
4. Tratamiento para el trastorno histriónico de la personalidad.....	12
4.1 Tratamiento trastornos personalidad.....	12
4.2 Motivos de consulta, aspectos a tener en cuenta con pacientes histriónicos y objetivos	13
4.3 Tratamiento Trastorno Histriónico de la personalidad	14
5. Conclusiones.....	17
6. Bibliografía	20
7. Anexos	23

1. Introducción

Para poder entender el concepto de trastorno de la personalidad (TP) es conveniente acercarnos en primer lugar al término “personalidad”. Resulta difícil realizar una definición exacta de dicho término, partiendo de su gran uso en la vida cotidiana, donde se le asignan connotaciones que en su definición científica no se tienen en cuenta, como por ejemplo cuando se la relaciona con los valores. Etimológicamente el término personalidad viene de la palabra latina *persona*, término que hacía referencia a las máscaras que usaban los actores en las obras de teatro (Bermúdez, 2010). Estas máscaras prevenían a la audiencia de qué podían esperar de ese personaje dependiendo de la máscara que llevase. Este aspecto tiene relación con lo que se entiende como personalidad en el lenguaje cotidiano.

No existe una definición clara y concisa del concepto de personalidad, existen tantas como autores han escrito sobre ella, aquí se van a exponer algunas de las definiciones que han propuesto algunos de los autores más relevantes en el estudio de la personalidad:

- Freud (1923): La personalidad humana surge del conflicto entre nuestros impulsos instintivos tendentes a la agresividad y a la búsqueda del placer por un lado, y los límites sociales que se les impone por otro. La personalidad se construye como un intento de conciliar estas dos instancias buscando la satisfacción de nuestros instintos sin ser víctimas de los sentimientos de culpa o castigo.
- Murray (1938): La personalidad es “la suma de todos los rasgos de un individuo”.
- Allport (1937): “La personalidad es la organización dinámica dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente”.
- Eysenck (1947) La personalidad es “la suma total de los patrones de conducta actuales y potenciales de un organismo, en tanto que determinados por la herencia y el ambiente; se organiza y desarrolla mediante la interacción funcional de los cuatro sectores principales en los que tales patrones de conducta están organizados: el sector cognitivo (inteligencia), el sector conativo (carácter), el sector afectivo (temperamento) y el sector somático (constitución)”.
- Millon (1981): La personalidad se compone de categorías o pautas de afrontamiento al medio aprendidas, que son formas complejas y estables de manejarse en el entorno y que conllevan conductas instrumentales mediante las cuales los individuos logran refuerzos y evitan castigos.

Como podemos observar, existe una gran variabilidad de definiciones sobre personalidad, no obstante, Belloch (2009) plantea la distinción de dos alternativas claras en la psicología contemporánea, la primera de ellas y a la cual se hace alusión en el

estudio de los TP, entiende la personalidad como aquella parcela del funcionamiento personal que es resistente al cambio, se encuentra consolidada y posee una generabilidad y coherencia de respuesta en distintos tiempos y contextos. La segunda de ellas, entiende la personalidad como todo aquello que identifica al ser humano individual a lo largo del ciclo vital.

Por su parte, Bermúdez (2010) describe los aspectos comunes de las distintas aproximaciones al término personalidad, entre ellos podemos encontrar los siguientes:

- La personalidad se entiende como un constructo hipotético.
- La utilización del término personalidad no implica connotación de valores.
- La personalidad incluye una serie de elementos, relativamente estables en el tiempo y consistente en situaciones que ayudan a predecir.
- La personalidad abarca tanto conducta manifiesta como conducta privada.
- La personalidad incluye otros elementos que pueden explicar la falta de consistencia y de estabilidad de la misma en determinadas circunstancias.
- La conducta es resultado de los aspectos más estables y de las influencias sociales y culturales.
- La personalidad es algo distintivo de cada individuo.
- El individuo intentará adaptar su conducta al entorno que le rodea.

En este trabajo se va a realizar una revisión sobre el trastorno histriónico de la personalidad (THP). Comenzaremos con la descripción de TP como concepto, apoyado en datos de prevalencia, etiología y evaluación. Posteriormente se describirán los TP del Cluster B, denominados dramáticos según el DSM-IV-TR (APA, 2002). Una vez vista la clasificación y definición general de los TP y los Clusters en los que se agrupan, especialmente el Cluster B, definiremos el THP, su descripción, los diferentes criterios diagnóstico en función de la clasificación del DSM-IV-TR (APA, 2002) y de la CIE-10 (OMS, 1992) y su prevalencia y comorbilidad. Para terminar, hablaremos del tratamiento. En este sentido, a pesar de que no se han encontrado tratamientos eficaces, describiremos los tratamientos que desde un enfoque basado en la evidencia empírica, han sido recomendados para el tratamiento del THP.

2. Trastornos de la personalidad

2.1 Definición

Los estudios sobre la personalidad se han realizado tradicionalmente desde dos enfoques distintos, desde un enfoque de personalidad normal y desde un enfoque patológico de la personalidad. Los autores más representativos del primer enfoque han sido Eysenck (1970) y más recientemente Costa y McCrae (1985), entre otros. En la

actualidad, uno de los autores más representativos del segundo enfoque es Millon (1986).

El modelo de personalidad de Eysenck (1970) está muy arraigado a la biología y basado en rasgos que consideraba heredables, estos rasgos primordiales eran: extraversión-introversión, neuroticismo-estabilidad emocional y psicoticismo, compuestos a su vez por rasgos limitados, acciones habituales y actos específicos, de aquí su jerarquización de la personalidad (ver Anexo 1).

Basándose en la teoría de Eysenck, Costa y McCrae (1985), proponen su teoría de la personalidad basada en cinco grandes factores como son: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, cordialidad y responsabilidad. Consideran que en la personalidad existen diferencias individuales, entienden los cinco factores como innatos y universales, estables a lo largo del tiempo y con importantes consecuencias a través de la trayectoria vital.

Estos autores entienden los TP como puntuaciones extremas en alguno de los rasgos, además de una combinación con los demás, por ejemplo: THP sería una combinación de una puntuación muy alta en extraversión, baja amabilidad, alto neuroticismo y alta apertura a la experiencia (Hernangómez y Fernández, 2012).

Desde el segundo enfoque, Millon (1994), entiende la personalidad como el estilo específico que presenta un organismo de una especie concreta, resultado de una adaptación funcional ante un abanico de ambientes. En la construcción de la personalidad entran variables biológicas y ambientales. De esta interacción nacerían los patrones de afrontamiento, en ellos, se reflejan tanto las conductas normales como las patológicas. De esta manera, un TP sería un estilo de funcionamiento desadaptativo. Los trastornos se mueven a través de diferentes esferas según Millon, las cuales son polaridades, sirven para conseguir refuerzos positivos y evitar castigos o estímulos aversivos, estas son: propósito de la existencia, con la polaridad placer-dolor, modos de adaptación, polaridad actividad-pasividad, estrategias de replicación, polaridad sujeto-objeto y los procesos de abstracción, polaridad prever o no prever consecuencias de una acción en el futuro.

Desde el DSM-IV-TR (APA, 2002), se entiende como TP “aquel patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”.

2.2 Diagnóstico de los Trastornos de Personalidad

Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV-TR (APA, 2002) y compartidos por la CIE-10 (OMS, 1992) en líneas generales para un TP, pueden consultarse en el Anexo 2.

Al diagnosticar un TP, hay que tener en cuenta el origen cultural, étnico y social de la persona. Estos trastornos no se deben confundir con problemas asociados a la adaptación a la nueva cultura o no adaptación a aspectos políticos o religiosos, entre otros. Así pues, cuando el psicólogo clínico vaya a diagnosticar a una persona de una cultura diferente a la suya, debería recabar información sobre la misma y el entorno cultural en el que se desarrolla el sujeto.

Se ha considerado importante incluir los criterios diagnósticos del nuevo DSM-5 que ha sido publicado en el mes de Mayo de 2013. La publicación del DSM-5, manifiesta que los TP representan un fracaso en desarrollar un sentido de identidad de uno mismo, así como la capacidad para un funcionamiento interpersonal óptimo, aspectos que son adaptativos en el contexto del individuo. Los criterios para el diagnóstico de un TP desde el DSM-5 se pueden encontrar en el Anexo 2 (Caballo, Salazar y Carrobles, 2011).

2.3 Prevalencia

El estudio epidemiológico de Eaton et al. (2008) revisa 620 estudios sobre TP, de los cuales tuvieron en cuenta solamente 5 de ellos, según criterios de fiabilidad y validez científica. Estos estudios estaban realizados sobre población general, personas adultas y se desecharon los estudios basados en sexo, edad, estatus migratorio o socioeconómico. La obtención de datos se llevo a cabo por entrevista estructurada o semiestructurada ya en persona o por teléfono. Dentro de los trastornos mentales, los TP era donde menos se había podido investigar debido a desacuerdos sobre los umbrales con respecto a la presencia de trastorno y por falta de conexión para establecer la fiabilidad de la medición. A pesar de estas limitaciones, los TP presentan la prevalencia más alta con un 9.1% dentro de los trastornos mentales.

En el estudio realizado por Fonseca-Pedrero et al. (2012), obtienen que en la muestra de adolescentes analizada el 20.3% puntúan en patrones del Cluster B, variando desde el 2.9% hasta 10.3% en patrones específicos. Los que más puntuación presentan son el trastorno límite y antisocial de la personalidad.

2.4 Etiología

Cuando se intenta hablar de la etiología de los TP se pueden observar dos grandes aproximaciones, por un lado el punto de vista biológico-médico y por otro el social. El primero de ellos considera que los TP tienen un gran componente biológico que explicaría su aparición y el segundo considera que son las interacciones interpersonales y el aprendizaje los responsables de su aparición. Actualmente se tiene en cuenta la interacción de todos estos factores que, tendrían mayor o menor peso en función de cada caso para la aparición y mantenimiento del TP. Tanto la predisposición genética como el ambiente familiar en el que se desarrolla la persona, son puntos clave para el posible desarrollo de un TP (Caballo, 2004).

La APA respecto a la etiología se manifiesta como ateórica (APA, 2002). Por otro lado, Millon plantea causas del surgimiento de los TP, de forma general propone que existen determinantes biogénicos y psicogénicos que covarían para formar la personalidad a lo largo del tiempo, de forma que el curso de las últimas características está relacionado intrínsecamente con los eventos de la infancia. El peso de cada uno de ellos varía en función del tiempo y las circunstancias, y no se puede afirmar cuál fue el primer factor que influyó ni que los efectos sean tan sólo unidireccionales (Belloch 2009).

2.5 Evaluación

Para explicar este apartado, se va a exponer la diferencia que existe entre considerar los TP desde un punto de vista dimensional o categorial, posteriormente qué aspectos deben evaluarse y para terminar los métodos de evaluación que se suelen utilizar.

La clasificación de los TP que hacen tanto el DSM-IV-TR (APA, 2002) como la CIE-10 (OMS, 1992) parte de una perspectiva categorial tradicional, cuyo antecedente se encuentra en el modelo clásico de Kurt Schneider (1943), que considera los TP como entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí. Es decir, cada trastorno constituye una categoría diagnóstica y se sustenta en alteraciones específicas. El juicio categorial consiste en tener o no tener el TP y tiene la ventaja de ser más parsimonioso para conceptualizar un síndrome y para transmitir la información entre los clínicos. A pesar de todo ello esta clasificación presenta problemas a la hora de diagnosticar los TP como son: tener un escaso ajuste entre paciente y prototipo, un solapamiento entre los

criterios propuestos entre diversas categorías y trastornos del Eje I, una baja fiabilidad temporal y entre evaluadores, pobreza diagnóstica y poca utilidad en el tratamiento (Esbec y Echeburúa, 2011). Estos hechos han influido notoriamente en la revisión de criterios diagnósticos en los Trastornos de Eje I y II así como en su clasificación en el nuevo DSM-5.

Por otro lado, desde una perspectiva dimensional (la cual está siendo más apoyada en el DSM-5) (Skodol y Bender, 2007) se considera que los TP son formas de comportarse extremas dentro de lo que sería la conducta sana. Es decir, dentro de una puntuación en diferentes rasgos, las personas con TP no puntuarían fuera de estos rasgos como propone la perspectiva categorial, si no que puntuarían en los extremos de los rasgos que definen la personalidad. Las ventajas del sistema dimensional según proponen Esbec y Echeburúa (2011) son que se trata de un sistema más sólido con la observación de límites difusos entre los TP y la normalidad, es más acorde con la complejidad de los síndromes observados en la práctica clínica, la medida dimensional se puede transformar en categorial, pero no al contrario, permite variar los puntos de corte dependiendo de aspectos culturales o individuales, se mejora la fiabilidad de la evaluación y la comorbilidad deja de ser un problema.

Según Caballo (2010), los elementos que se han de evaluar a la hora de realizar un diagnóstico de TP son:

- Respuestas conductuales: cada TP tiene unas conductas propias mientras que otras son generales a todos, por lo que se ha de observar si se dan patrones de conducta desadaptativos.
- Respuestas cognitivas: el problema con la evaluación de estas respuestas es que muchas de ellas no son observables, por lo que deberán ser inferidos.
- Respuestas emocionales: a veces los rasgos emocionales son la característica del trastorno.
- Aspectos ambientales: desde la infancia hasta las relaciones con los iguales deben de ser observadas ya que tienen un gran peso en el desarrollo de TP. Hay que aclarar que los trastornos mentales están muy sujetos a la cultura en la que se ha crecido y se hace la valoración, la cual no es siempre la misma.
- Aspectos médicos o fisiológicos: el factor biológico como se ha mencionado antes tiene cierta importancia y ésta aumenta en según qué trastornos.

Para terminal con el apartado de evaluación se van a nombrar los métodos más utilizados para la evaluación de los TP, estos no se usan de forma aislada unos de otros, si no que se intentan combinar.

Entrevistas

La entrevista, ya sea estructurada o semiestructurada, es un instrumento muy valioso para el clínico, ya que permite realizar una evaluación directa con la persona. La más utilizada es la Entrevista clínica estructurada para los TP del DSM-IV (SCID-II; First et al., 1997). Es una entrevista basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) para el diagnóstico de trastorno mental grave y TP. La duración de su administración es alrededor de una hora y media y se recomienda su uso por parte de psicólogos con experiencia clínica. Consta de 121 cuestiones que están relacionadas con los diferentes trastornos y mediante las cuales el clínico puede ir descartando cuando ve que no se acomodan con los criterios establecidos en el DSM- IV-TR.

Cuestionarios

Desde un enfoque de personalidad normal, el instrumento más utilizado es el cuestionario Revised Neo Personality Inventory (NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1989 adaptado al Español por Cordero, Pamos y Seisdedos, 2008). El nombre que recibe este cuestionario en su origen se debe a tres de los cinco factores que mide a través de 240 ítems, los cuales son: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad. Cada uno de estos factores se divide en 6 facetas o escalas lo que da la posibilidad de un análisis exhaustivo. Uno de los avances más importantes de estos dos autores, es la utilización de frases completas en sus cuestionarios en vez de adjetivos, así como auto-evaluaciones, de esta forma se ratificaba la estructura de cinco factores.

Tabla 1

Factores del NEO-PI-R y sus respectivas facetas (Costa y McCrae, 1989).

Factores	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Afabilidad	Responsabilidad
Facetas/ Escalas	-Ansiedad	-Cordialidad	-Fantasía	-Franqueza	-Competencia
	-Hostilidad	-Gregarismo	-Estética	-Altruismo	-Orden
	-Depresión	-Asertividad	Sentimiento	-Actitud	-Sentimiento
	-Ansiedad social	-Actividad de emociones	-Acciones -Ideas -Valores	conciliadora -Modestia -	del deber -Necesidad de logro
	-Impulsividad	-Búsqueda -Emociones positivas		Sensibilidad a los demás	-Autodisciplina -Deliberación
	-				
	Vulnerabilidad				

Desde un enfoque clínico, uno de los instrumentos de evaluación más utilizados actualmente es el cuestionario Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMII- III; Millon y Davis, 1997 adaptado al español por Cardenal y Sánchez, 2007) y toda la información que se obtiene de estos métodos se intenta complementar con información de terceros (pareja, familiares, etc.). Este cuestionario está compuesto por 175 ítems, valora la personalidad además de algunos síndromes clínicos. El MCMII-III consta de 24 escalas clínicas y 3 escalas de corrección (sinceridad, deseabilidad social y defensividad). Las puntuaciones pueden ir de 0 a 115, cuando ésta supera 85 es indicador de patología de la personalidad (ver Anexo 3).

3. Trastorno Histriónico de la personalidad

3.1 Clasificación de los trastornos de la personalidad

Los TP están agrupados, según el DSM-IV-TR (APA, 2002), en tres Clusters (ver Anexo 4). La agrupación que se ha dado en el Cluster B donde se encuentran el THP junto al trastorno límite, antisocial y narcisista, se debe más bien a una coincidencia sintomatológica, por lo que resulta bastante heterogéneo debido a las diferentes expresiones clínicas y etiología de cada uno de los trastornos. Lo que caracteriza a los TP del Cluster B, y por lo que son denominados “dramáticos o teatrales” es la inestabilidad emocional (extrema) y déficit de control de impulsos, además de la tendencia a la exageración, emotividad excesiva, variabilidad y escasa capacidad para empatizar con los demás, como mecanismos de defensa de una imagen del sí mismo crónicamente inestable, tanto a lo largo del tiempo como en diferentes situaciones. Todo esto caracteriza a los trastornos que se encuentran en este apartado.

Por otro lado en el actual DSM-5, se ha eliminado esta división en Clusters y muchos de los TP que se pueden encontrar en el DSM-IV-TR han desaparecido como tal, dando lugar a una clasificación basada en el enfoque dimensional y en la puntuación en diferentes rasgos para el diagnóstico de TP. Para más información sobre las diferencias entre DSM-IV-TR y DSM-5 respecto a la clasificación de los TP, ver Anexo 4.

3.2 Definición Trastorno Histriónico de la personalidad

El término *histriónico* proviene del latín, donde significa actor (Caballo, 2004). Esto haría referencia al hecho de que estas personas ven el mundo como un gran escenario, donde interpretar su papel y conseguir lo que desean de esta forma. Del THP,

se comenzó a hablar desde mucho antes de que comenzaran las teorías psicológicas, por ejemplo los egipcios, consideraban que la “histeria”, así lo denominaban, se relacionaba con que el útero había perdido su ubicación normal dentro del organismo y debía de volver a conseguirla, para conseguirla, se recomendaba tener hijos. Más adelante se fue pasando de explicaciones físicas a psicológicas, hablando ya del aspecto sexual antes que Freud y el término histeria, fue sustituido por el de demanda de atención debido a las connotaciones que tenía (Belloch, 2009).

Para la persona histriónica, ser el centro de atención en situaciones sociales, es la meta a la hora de interaccionar con otras personas. Las personas con THP, tienen la necesidad de ir en busca del halago y las alabanzas constantes. Siendo ellos el personaje principal de la escena y el resto actores secundarios. Como indica Caballo (2004), en la actualidad, los medios de comunicación tienen un alto poder, por lo que las personas que padecen este trastorno pueden llevar a cabo acciones para verse involucradas en ellos, creando situaciones que saben que van a llamar su atención y así satisfacer su necesidad de ser el centro. Todo esto lo consiguen, o lo intentan conseguir con un “arma”, la seducción y la apariencia, es una característica clave de las personas con THP, se consideran seductoras por naturaleza y al resto como personas a las que seducir y manipular en cierto modo.

Así pues, la literatura actual también diferencia el THP según el género. La mujer histriónica está centrada en sí misma, auto indulgente e intensamente dependiente de los demás dando lugar a una gran inestabilidad emocional. Los hombres histriónicos por su parte, se definen por su falta de control de impulsos, la promiscuidad, las tendencias sociales y el abuso de sustancias. Lo que tienen en común ambos géneros es la reiterada pérdida de control de impulsos, lo cual se comparte también con otros cuadros del grupo B (Marín, 2011). Para ver algunos de los elementos del THP, consultar Anexo 5.

3.3 Diferentes criterios diagnósticos para Trastorno Histriónico de la Personalidad

Antes de exponer las dos fuentes claves para los criterios diagnósticos, se va a exponer cómo entiende Millon y Everly (1985) el THP. Estos autores encuadraban este trastorno dentro de los TP por dependencia, en este bloque se encuentra el trastorno por dependencia como tal y el THP. El THP se trata de una dependencia activa, cuya finalidad es maximizar la protección y los cuidados mediante conductas manipulativas,

seductor, gregarias y de búsqueda de atención. Definían de esta manera al THP como: conducta excesivamente dramática, exagerada y afectivamente lábil cuyas relaciones interpersonales son abiertamente disfuncionales, caracterizadas por inmadurez, seducción y manipulación obvia.

Existen diferentes criterios para el diagnóstico de THP, los que se van a mostrar en este trabajo son los pertenecientes al DSM-IV-TR (APA, 2002) y a la CIE-10 (OMS, 1992). Estos criterios pueden observarse en el Anexo 5.

Respecto a la teoría de los cinco grandes, Costa y McCrae (1985) encuentran que las personas con THP, puntúan alto en extraversión y apertura, mientras que tienen una puntuación baja en neuroticismo y minuciosidad o escrupulosidad. Estos datos también se habían encontrado en el estudio de meta-análisis realizado por Samuel y Widiger en 2008, sobre la relación entre los cinco factores de personalidad propuestos por Costa y McCrae y los TP, donde el THP obtiene la puntuación más alta en extraversión.

3.4 Prevalencia

Los datos de prevalencia son en población general entre un 2-3% aproximadamente (APA, 2002; Weissman, 1993), aunque algunos autores ofrecen porcentajes más bajos, como el 1.3% (Maier et al., 1992). En población clínica, la prevalencia ha sido del 10 al 15% (APA, 2002). Blashfield y Davis (1993) concluyeron que la prevalencia de este trastorno está alrededor de un 24% en población clínica, resultando ser uno de los trastornos más prevalentes de los diagnosticados del Eje II. Con muestras españolas, Echeburúa Y Corral (1999) encuentra una prevalencia de THP del 2 al 3% en población general y del 2 al 15 % en población clínica.

3.5 Comorbilidad

Millon relaciona el THP con trastornos mixtos de la personalidad como son el trastorno de la personalidad mixto histriónico-antisocial y mixto histriónico-límite. Respecto a trastornos asociados del Eje I, lo relaciona con trastorno de ansiedad, obsesivo compulsivo, somatoformes, disociativos y afectivos (Belloch, 2009).

El DSM-IV-TR (APA, 2002) por su parte lo relaciona con el trastorno de somatización, de conversión y depresivo mayor y con TP como: límite, narcisista, antisocial (pertenecientes al Cluster B) y dependiente.

Algunos trastornos pueden confundirse con THP, por que tienen algunas características en común. Por esta razón, es necesario distinguir los trastornos en función de sus características principales. Algunos de los trastornos con lo que se puede confundir son los siguientes:

- El trastorno límite de la personalidad comparte con THP la búsqueda de atención, manipulación y emociones cambiantes pero se diferencia por la autodestructividad, el romper relaciones y los sentimientos de vacío e identidad personal que aparecen en el trastorno límite.
- El trastorno antisocial comparte la impulsividad, búsqueda de sensaciones, superficialidad, son temerarios, seductores y manipuladores pero las personas con THP son más exageradas en las emociones y no se implican en acciones antisociales.
- El trastorno narcisista también busca la atención y los halagos del otro, pero las personas con THP intentan parecer frágiles si eso les puede beneficiar.
- Trastorno de la personalidad por dependencia buscan también los elogios y consejos de los demás pero sin ser exagerados ni extravagantes en sus emociones como el THP.
- Para terminar, tiene que diferenciarse de un comportamiento debido a enfermedad médica o consumo de sustancias.

4. Tratamiento para el trastorno histriónico de la personalidad

4.1 Tratamiento trastornos de la personalidad

No existen datos concluyentes sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para los TP. La dificultad reside sobretodo en que las personas con TP, no suelen acudir a consulta a causa de la falta de conciencia de enfermedad y se encuentra una difícil adhesión al tratamiento por su parte (Caballo, 2004).

En el año 2003, Leichsenring y Leibing realizaron un meta-análisis de la terapia psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual para TP, concluyeron que ambas terapias son eficaces para los TP. Por otro lado, Quiroga y Errati (2001) hicieron una revisión de los tratamientos para los TP y habían llegado a tres conclusiones: no existe un tratamiento psicológico que esté bien establecido como eficaz, ni para todos los TP en general, ni para un TP en particular. La terapia conductual parece ser el único tipo de tratamiento al que podría considerarse como de eficacia probable, pero solo respecto al

trastorno límite de la personalidad y el resto de los tratamientos para lo TP solo puede clasificarse como en fase experimental.

A pesar de que no se ha encontrado datos que apoyen la eficacia de un tratamiento específico para los TP, sí se sabe de la eficacia del entrenamiento en algunas técnicas para todos los TP como el entrenamiento en relajación o en habilidades sociales, entre otros (Caballo, 2004).

Respecto al tratamiento farmacológico, no se recoge que sea eficaz para los TP como tal, sino para aliviar algunos síntomas en momentos puntuales. Por ejemplo, el litio ayuda con los síntomas depresivos pero no elimina el trastorno como tal, por lo que hoy por hoy no se puede hablar de una terapia farmacológica eficaz de forma global para los TP.

4.2 Motivos de consulta, aspectos a tener en cuenta con pacientes histriónicos y objetivos.

Los pacientes con THP, rara vez acuden a consulta pero cuando lo hacen llegan con síntomas afectivos o circunstancias sociales problemáticas (familiares, laborales, etc.). Los motivos más frecuentes son por somatización, estas personas pueden acudir a urgencias con la sensación de fuertes dolores después de una ruptura sentimental, cuando la pareja aparece, los dolores desaparecen, o por sensación de que les falte algo, en sus círculos sociales, familiares, etc. También están los que buscan tratamiento con el fin de aliviar su ansiedad o síntomas de depresión, cuando las personas aparecen en consulta con alguno de estos motivos, lo hacen con el fin de poner remedio inmediato a la sintomatología, por lo que en cuanto se nota una leve mejoría suelen abandonar la terapia. Este hecho se debe también a que a la hora de realizar la terapia se necesita de introspección y objetividad, actitudes que asustan o aburren a las personas con THP, debido a que se suelen quedar siempre en lo superfluo. Otro motivo de abandono que se suele dar, como se ha dicho previamente, es que la mayoría de los pacientes suelen ser mujeres, por lo que cuando se encuentran con una terapeuta la relación tiene posibilidades de no funcionar, ya que verá a la terapeuta como un rival y no como ayuda, cosa que no sucedería con un terapeuta hombre ya que podría mostrar sus habilidades de seducción (Millon, 2006).

A la hora de tratar con pacientes histriónicos hay que tener muy en cuenta que van a reclamar nuestra atención al igual que hacen en sus relaciones sociales, usando las mismas técnicas, usualmente la seducción. Si el terapeuta es hombre, quizás pueda

verse involucrado en las estrategias del paciente por lo que en cuanto se detectan rasgos de personalidad histriónica, para evitar posibles complicaciones viene bien realizar el trabajo con apoyo de otros compañeros. Otro de los problemas con los que nos podemos encontrar es cuando va a acabar la terapia, se puede pasar de un intento de llamada de atención a una dependencia por lo que, cuando llegue el momento de terminar la terapia puede alegar enfermedad, empeoramiento o realizar acciones para llamar la atención (como puede ser una amenaza de suicidio en casos extremos). Por esta razón los pacientes con THP pueden ver su mejoría como un problema debido a que esta mejora supone una separación del terapeuta, lo cual ellos pueden catalogar como un abandono o finalización hostil por parte del terapeuta (Millon, 2006).

Para terminar con este apartado, los objetivos que se han de proponer han de ser aceptados también por el paciente, las personas con THP, se centran en tener resultados de inmediato por lo que una acción positiva sería poner metas cortas que puedan ir consiguiendo a la vez que se encuentran concentrados en una sola cosa. Para esto Flemming (1990) propuso realizar una agenda en cada sesión en la cual se podrían ver apartados de tiempo dedicados a diferentes cosas, para así tener a los pacientes centrados. El proponerse objetivos, reflexionar sobre ellos y poder conseguirlos puede llenar el vacío interior que sienten muchos de ellos cuando llegan a consulta. Esto les ayuda también a parte de a reflexionar, a identificar los pensamientos automáticos y a afrontar la tendencia a la impulsividad.

Según Benjamin (1996), el objetivo principal con las personas con THP es que se desarrolle una identidad personal que vaya más allá de las relaciones interpersonales, consiguiendo que entienda su comportamiento dramático como una necesidad y así convertirla en egodistónica, por lo cual se acudirá a terapia.

4.3 Tratamiento del Trastorno Histriónico de la personalidad.

Como se ha dicho en el punto anterior, el tratamiento farmacológico para los TP, no es algo que tenga resultados de forma directa sobre cada TP, si no que produce algunos efectos positivos y puede ser necesario para momentos puntuales, pero no es un tratamiento que pueda hacer remitir el THP o eliminar los síntomas de forma permanente. Así pues, se realizan el entrenamiento en algunas técnicas terapéuticas como por ejemplo relajación para los momentos de ansiedad que viven las personas con THP en muchas ocasiones y entrenamiento en habilidades sociales, lo cual es muy útil para este tipo de trastorno ya que, una de las características es que se quedan en la parte

superficial de las relaciones a pesar de sentirlas como muy intensas, y no suelen tener en cuenta a la otra persona o no tienen herramientas con las que relacionarse de una forma óptima.

Los procedimientos cognitivo-conductuales que se han utilizado para el tratamiento de THP son entrenamiento en empatía (Turkat, 1990), terapia de integración de Horowitz (1995), terapia cognitiva de Beck y Freeman (1990) y Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962).

El entrenamiento en empatía propuesto por Turkat (1996), puede ser útil en algunos casos como se ha apuntado antes, con el objetivo de que puedan prestar mayor atención a las personas que les rodean y tener más en cuenta los sentimientos de estos. Todo esto se conseguiría con un entrenamiento en escucha activa, parafraseado y reflejar lo que el otro dice.

Por su parte, Horowitz (1995), en su terapia de integración plantea una integración de aspectos psicoanalíticos y cognitivo conductuales para el THP. Esta interacción son cuatro fases que quedarían de forma breve de esta manera:

1. Clasificación de los síntomas y establecimiento de alianza terapéutica. Los objetivos son estabilizar las emociones del paciente y centrarse en los patrones interpersonales desadaptativos.
2. Identificación y afrontamiento de los cambios en el estado mental, el objetivo es que tenga un funcionamiento más auténtico, evitando la inundación emocional.
3. Identificación y contraataque de los procesos defensivos de control, el objetivo es evitar la tendencia al abandono cuando surgen problemas.
4. Identificar y ayudar al paciente a modificar creencias irracionales y contradicciones en los esquemas sobre sí mismo y los demás.

La terapia cognitiva de Beck y Freeman (1990) propone como se ha nombrado antes centrar al paciente en el ahora, marcar los objetivos y hacer ver que pueden conseguirlos. Algunos de los procesos que se llevarían a cabo son:

1. Anotar los pensamientos por medio de la Hoja de Registro Diario de Pensamientos como un medio de aprender la habilidad de identificar y cuestionar los pensamientos con el fin de cambiar las emociones. Servirá para controlar su impulsividad y pensar antes de actuar.

2. Dedicar un tiempo extra a explicar a los sujetos con THP la utilidad de las tareas para casa, dada la elevada probabilidad de que los pacientes las encuentren aburridas.
3. Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.
4. Entrenamiento en asertividad.
5. Cuestionar las creencias de que la pérdida de una relación sería desastroso. Para ello se pueden emplear dos métodos: desdramatizar la idea de rechazo y diseñar experimentos donde se vivan pequeños rechazos.
6. Si tienen una relación íntima, es probable que necesiten terapia de pareja.

Desde la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962), se mantiene que los individuos desarrollan ideas irracionales y filosóficas de la vida que mantienen de manera dogmática, estas ideas producen perturbaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Las diez ideas irracionales que propone Ellis, se pueden resumir en tres: “tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar”, “Tú debes actuar de manera considerada conmigo” y “Las condiciones de mi vida deben ser fáciles para conseguir lo que quiero con facilidad”.

Estas tres ideas irracionales encajan bastante con el comportamiento propio de la persona con THP, por lo que desde la Terapia Racional Emotiva, se les discutirá la necesidad de aprobación y las consecuencias de los comportamientos que llevan a cabo para conseguirlas a corto, medio y largo plazo, se le ayudará a distinguir entre necesidad y deseo. Es decir, pasar de ideas irracionales como “tengo que tener la aprobación de los demás” a ideas racionales “me gustaría tener la aprobación de los demás”.

Todos los tratamientos expuestos en este apartado no tienen datos de eficacia, los tratamientos para TP en general y para THP en particular se encuentran en fase experimental. La única excepción que se encuentra a esta afirmación es el tratamiento para el TP límite, al cual se aplica terapia cognitivo conductual dialéctica y terapia de conducta. De la terapia que existen más datos es de la terapia dialéctico-comportamental de M. M. Linehan (Linehan, 1993). Esta terapia está específicamente dirigida a pacientes con TP límite, especialmente a algunos síntomas concretos de este TP como son: comportamientos suicidas y autolíticos o la inestabilidad afectiva. Este tratamiento es la única excepción a la hora de tratar un TP, y se encuentra en tratamientos psicológicos probablemente eficaces (Quiroga y Errasti, 2001). Para ver las propuestas de tratamiento para cada uno de los TP, consultar Anexo 6.

Para terminar este apartado citare algunos de los problemas que se plantean a los terapeutas cuando van a tratar a una persona con THP y recomendaciones que tener en cuenta, ya que todo esto puede afectar al resultado del tratamiento (Caballo, 2004):

1. Establecer una buena relación sin reforzar el comportamiento histriónico.
2. Ayudar al paciente histriónico a permanecer tranquilo.
3. El empleo prudente del humor desinfla el estilo melodramático del paciente, estas personas suelen magnificar mucho los acontecimientos en los que se ven involucrados, para que ellos mismos se den cuenta, un poco de humor puede hacerles ver que están magnificando la situación, si bien, los comentarios que se realicen deben de ser respecto a lo que dice el paciente, no al paciente.
4. Mantener al paciente en contacto con la realidad, a veces creen que los terapeutas tienen ciertas expectativas sobre el contenido de lo que van a decir, para aportar una perspectiva realista, se pueden realizar autorevelaciones.
5. Reelaborar las expresiones de los pacientes y explicar sus efectos sobre los demás, en muchas ocasiones las personas con THP se han criado en ambientes en los que no han podido desarrollar las habilidades comunicativas óptimas para la interacción social, por lo que es importante ayudarles a conseguirlas.

5. Conclusiones

Después de haber llevado a cabo esta revisión sobre el THP podemos llegar a algunas conclusiones. En primer lugar, sorprende que a pesar del alto porcentaje de prevalencia encontrada en los TP, no se haya encontrado un tratamiento eficaz para los TP.

En segundo lugar, centrándonos más en THP, como hemos mencionado con anterioridad, existe una prevalencia de entre un 2-3% en población general (APA, 2002; Weissman, 1993) y de entre un 10-15% (APA, 2002) en población clínica. Con estos porcentajes y después de haber estudiado las características propias del THP se puede considerar la posibilidad de que estas cifras sean mayores. Esto podría deberse a dos motivos principales: (1) las personas con THP, no suelen acudir a consulta debido a falta de conciencia de enfermedad, y si acuden, suelen abandonar la terapia al mínimo indicio de mejoría, aspecto característico de este trastorno y (2) no acudirían a consulta debido a la creciente normalización de rasgos patológicos por parte de la sociedad, ejemplo de este hecho es el refuerzo positivo que en nuestra sociedad se da a las conductas más características de la extraversion como la desinhibición o la llamada de

atención, frente a otras conductas más características de la introversión. Las personas con estos perfiles consiguen con mayor facilidad ciertos puestos de trabajo, redes sociales y, por tanto, mayor apoyo social, aspectos importantes para una persona. Los medios de comunicación son un ejemplo evidente de la normalización de determinados rasgos de personalidad histriónicos. A través de determinados programas y especialmente de la publicidad, se nos “educa” respecto a determinados cánones de conducta e imagen, dando mayor importancia a la apariencia física y a la seducción para conseguir el éxito en la vida profesional y personal.

Viendo la influencia que tienen los medios de comunicación en la población, sería recomendable la creación de foros profesionales de debate sobre aspectos éticos y educativos cuyas conclusiones fueran públicas y sirvieran para concienciar a los padres y a los medios, sobre los contenidos y formatos más adecuados para fomentar hábitos de vida saludables en la población. Los Ministerios de Sanidad, Política Social y Consumo, entre otros, deberían posicionarse y defender/proteger de manera más rotunda los derechos de los ciudadanos, especialmente la de los niños y adolescentes, los más vulnerables a la manipulación de los medios de comunicación. Estas medidas podrían ayudar a la prevención de conductas patológicas relacionadas con algunos trastornos psicológicos, como es el caso del TPH.

La creciente normalización de conductas patológicas vinculadas al TPH puede provocar que determinados rasgos pasen desapercibidos y que sea más difícil que provoquen interferencia y malestar en la persona. Estas razones, entre otras, explicarían por qué el DSM-5 plantea la eliminación del THP, perdiendo de esta forma entidad diagnóstica y convirtiéndose en una sucesión de rasgos que se relacionan con lo que se entiende como personalidad histriónica actualmente. Es conveniente aclarar que el trastorno aparece cuando este tipo de comportamiento se generaliza a todo tipo de interacciones y aspectos de la vida del sujeto. Para ver si se está produciendo este tipo de generalización, las personas más cercanas al sujeto deben estar atentas a la persona y acudir a un especialista en el momento que se considere necesario.

En tercer lugar, respecto al tratamiento hemos visto que no existe tratamiento eficaz para ningún TP, encontrándose solo como tratamiento posiblemente eficaz, la terapia dialéctico-comportamental (Linehan, 1993) para el tratamiento del TP límite, el resto de tratamientos continúan en fase experimental (Quiroga y Errasti, 2001). Al ver estos datos, se hace visible la necesidad de obtener mayores recursos para la investigación sobre los procesos y métodos de evaluación y de tratamiento para los TP,

que demuestren su eficacia a través de estudios controlados. Asimismo, sería necesaria mayor formación para los profesionales respecto a los TP, su evaluación, diagnóstico y tratamiento. Esta mejor formación en evaluación y tratamiento es necesaria ya que existe una alta prevalencia de este tipo de trastornos. Si estuviéramos mejor formados en evaluación podríamos empezar el tratamiento antes, lo cual sería más beneficioso para el usuario y así evitar una mayor interferencia en la vida del sujeto. Por otro lado, una mejor formación en tratamiento beneficia tanto a usuarios como a las personas más cercanas a ellos.

De forma más concreta, los conocimientos sobre la evaluación, diagnóstico y tratamiento para el THP nos ayudarán a relacionar determinados patrones de funcionamiento “aparentemente normalizados socialmente” con el malestar personal, social o familiar de estas personas. Especial importancia tendrá en el futuro la investigación sobre técnicas para la adherencia al tratamiento de estas personas así como el entrenamiento en habilidades terapéuticas específicas para su mejor abordaje terapéutico (conductas de seducción, superficialidad y dramatismo hacia el terapeuta). La detección precoz de rasgos histriónicos, a pesar de no producir interferencia, podría ayudarnos a implementar programas de prevención en etapas tempranas para evitar el sufrimiento futuro y la cronificación de determinados patrones de funcionamiento desadaptativos. Estos programas deberían incluir componentes como la autoestima, relacionada con los síntomas de fracaso y abandono en el THP, tolerancia a la frustración, regulación emocional, independencia y autonomía personal, habilidades sociales, empatía, entre otras.

6. Bibliografía

- Allport, G. W. (1937). *Personality: psychological interpretation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado* (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Andrew, E., Skodol, M. y Donna, S. (2009). The future of Personality Disorders in DSM-V. *The American Journal of Psychiatry*, 166(4), 388-391.
- Beck, A. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Bediřhan, T. (1999). The Global Burden of Mental Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 89(9), 1315-1318.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología Vol II*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Benjamin, L. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Bermúdez, J., Pérez, A. y San Juan, P. (2010). *Psicología de la personalidad: Teoría e investigación Vol I*. Madrid: UNED.
- Blashfield, R. y Davis, R. (1993). Dependent and histrionic personality disorders. En P. B. Sutker y H. E. Adams (dirs). *Comprehensive handbook of psychopathology*, (pp. 395-409). Nueva York: Plenum.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad, descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E. (2010). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. y Carroles, J. A. (2011). *Manual de psicopatología y trastorno psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P. y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de la personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y salud*, 18(3), 305-324.
- Casullo, M. y Castro, A. (2003). Factores y estilos de personalidad. Estudio comparativo. *Avaliação Psicológica*, 1, 35-43.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. *Evaluación del test NEO-PI-R*. Recuperado el 17 de Abril del 2013 de www.cop.es.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1985). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of personality disorders*, 4, 362-371.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1989). *The NEO-PI-R manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

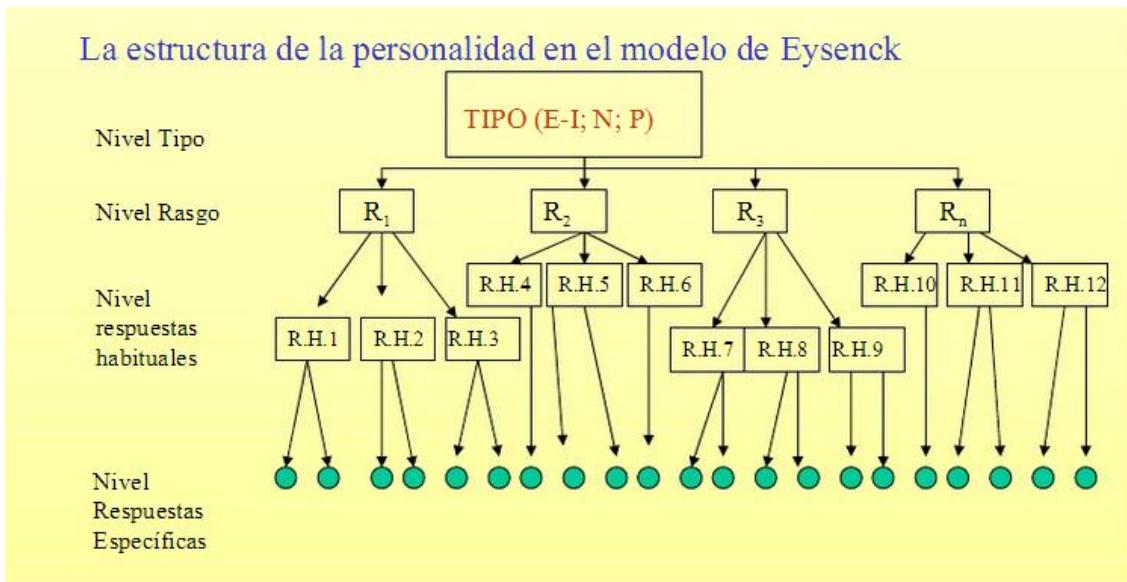
- Douglas, S. y Widiger, T. (2008). A Meta-Analytic Review of the Relationships Between the Five-Factor Model and DSM-IV-TR Personality Disorders: A Facet Level Analysis. *Clinical Psychologic Review*, 28(8), 1326-1342.
- Eaton, W., Martins, S., Nestadt, G., Bienvenu, O., Clarke, y Alexandre, P. (2008). The burden of mental disorders. *Epidemiol Review*, 30(1), 1-14.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos de personalidad. *Analisis y Modificación de Conducta*, 25(102). 585-614.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York. Lille Stuart.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11. Recuperado el 13 de Abril de 2013 de, <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php>.
- Eysenck, H. (1947). *Dimensions of personality*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Eysenck, H. (1970). *The structure of human personality*. London: Methuen.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Willimans, J. y Benjamin, L. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis II Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fleming, B. (1990). Dependent personality disorder. In A. T. Beck & A. Freeman (Eds), *Cognitive therapy of personality disorders* (pp. 283-308). New York: Guilford Press.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2012). Cluster B maladaptive personality traits in Spanish adolescents. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Recuperado el 1 de Junio del 2013, de la base de datos PubMed.
- Freud, S. (1924). *A general introduction to psycholoanalysis*. New York: Permabooks (Boni & Liveright Editions).
- Hernández, L. y Fernández, C. (2012). *Guía de la personalidad y diferencial*. Madrid: CEDE.
- Horowitz, M. (1995). Histrionic personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatments of psychiatric disorders* (2.^aedición). Washintong: American Psychiatric Press.
- Larsen, R. y Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad*. México: Mc Graw Hill.
- Leichsenring, F. y Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Maier, W., Licherman, D., Klingler, T., Heun, R. y Hallmayer, J. (1992). Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6, 187-196.

- Marín, J. L. (2011). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality*. New York: Wiley- Interscience.
- Millon, T. (1994). *Millon Index of Personality styles*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*. Inc. Minneapolis: National Computer System.
- Millon, T. y Davis, R. (1996). *Personality disorders: DSM-IV and beyond*, Nueva York, John Wiley & Sons (traducción española, Barcelona, Masson, 1998).
- Millon, T. y Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. (2ndEd)*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Millon, T. y Everly, G. (1985). *Personality and its disorders*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ranath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. Nueva York: Pergamon Press.
- Olivares, J. y Méndez, F. (2010). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Trastornos mentales del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M. y Cerezo, V. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 49-59.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Vázquez, I. (2011). *Guía de Tratamientos Eficaces. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Pervin, L. A. (1996). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Quiroga, E. y Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 13(3), 393-406.
- Rodríguez, J. F. y Mesa, P.J. (2011). *Manual de psicopatología clínica*. Madrid: Pirámide.
- Samuel, D. y Widiger, T. (2008). A Meta-Analytic Review of the Relationships Between the Five Factor Model and DSM-IV-TR Personality Disorders: A Facet Level Analysis. *Clinical Psychologic Review*, 288, 1326-1342.
- Schneider, K. (1943). *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Morata.
- Skodol, A. y Bender, D. (2007). *Tratado de los trastornos de personalidad*. Madrid: Elsevier Masson.
- Turkat, I. (1990). *The personality disorders: A psychological approach to clinical management*. Nueva York: Pergamon.
- Weissman, M. (1993). The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorders*, 7, 44-62.

7. Anexos

ANEXO 1

Estructura del modelo de personalidad de Eysenck



ANEXO 2

Criterios diagnósticos de los Trastornos de Personalidad en el DSM-IV-TR (APA, 2002).

-
- A) Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o más de las áreas siguientes:
 - 1) Cognición
 - 2) Afectividad
 - 3) Actividad interpersonal
 - 4) Control de 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 persiste 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 ni a una enfermedad médica.
-

Criterios diagnósticos de los Trastornos de Personalidad en el futuro DSM-5 (Caballo, Salazar y Carrobles, 2011).

-
- A) El fracaso adaptativo se manifiesta en una o ambas de las siguientes áreas:
 - Sentido deteriorado de la identidad de uno mismo, reflejado en una o más de las siguientes dimensiones: integración de la identidad, integridad del concepto de uno mismo y directrices vitales controladas por uno mismo.
 - Fracaso en desarrollar un funcionamiento interpersonal eficaz, manifestado por una o más de las siguientes dimensiones: empatía, intimidad, cooperación e complejidad e integración de las representaciones de los demás.
 - B) El fracaso adaptativo estaría asociado con niveles extremos de uno o más de los rasgos de personalidad.
 - C) El fracaso adaptativo sería relativamente estable a lo largo del tiempo y consistente a través de las situaciones, con un inicio que podría retroalimentarse al menos a la adolescencia.
 - D) El fracaso adaptativo no se explica por otro trastorno mental.
 - E) El fracaso adaptativo no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia psicoactiva o de una enfermedad médica.
-

ANEXO 3

Ejemplo de MCMI-III (Millon, 2006)

Categoría	Puntuación		Perfil de las puntuaciones BR				Escalas diagnósticas
	PD	BR	0	60	75	85	
Índices modificadores	X	111	68	65			Sinceridad
	Y	12	55	60			Deseabilidad social
	Z	32	90	85			Defensividad
Patrones clínicos de la personalidad	I	8	67	65			Esquizoide
	2A	7	59	60			Evitador
	2B	11	68	65			Depresivo
	3	11	77	75			Dependiente
	4	17	72	75			Histrionio
	5	14	66	65			Narcisista
	6A	7	64	65			Antisocial
	6B	15	74	75			Agresivo (sádico)
	7	7	28	5			Compulsivo
	8A	12	72	75			Negativista
	8B	7	75	75			Maloquista
	9	6	61	65			Esquizotípico
Patología grave de la personalidad	C	18	89	85	85		Límite
	P	5	62	65			Paranoide
	A	9	80	85			Trastorno de ansiedad
Síndromes clínicos	H	13	85	85			Trastorno somatomorfo
	N	13	80	85			Trastorno bipolar maníaco
	B	17	85	85			Trastorno distímico
	R	3	61	65			Dependencia del alcohol
	T	2	60	65			Dependencia de sustancia
	R	5	50	60			Estrés postraumático
Síndromes graves	SS	14	70	75			Trastorno del pensamiento
	CC	14	85	85			Depresión mayor
	PP	1	25	5			Trastorno delirante

ANEXO 4

Clasificación de los Trastornos de Personalidad en el DSM-IV-TR (APA, 2002) y en el futuro DSM-5

DSM-IV-TR	DSM-5
Cluster A: extraños o excéntricos	
-Trastorno paranoide de la personalidad	
-Trastorno esquitoide de la personalidad	
-Trastorno esquizotípico de la personalidad	
Cluster B: teatrales, volubles o impulsivos	
-Trastorno antisocial de la personalidad	
-Trastorno límite de la personalidad	
-Trastorno histriónico de la personalidad	
-Trastorno narcisista de la personalidad	
Grupo C: ansiosos o temerosos	
-Trastorno de la personalidad por evitación	
-Trastorno de la personalidad por dependencia	
-Trastorno obsesivo compulsivo	
Trastornos de la personalidad no específicos	
-Trastorno pasivo agresivo de la personalidad	
-Trastorno depresivo de la personalidad	

En este nuevo manual se va a reducir la lista de los 12 TP (trastorno paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, por evitación, por dependencia, obsesivo compulsivo, pasivo agresivo y depresivo) que podemos encontrar en la versión actual, a cinco, a parte de los no específicos. Los cinco trastornos que se mantienen y que pasarán a llamarse “tipos” son: trastorno esquizotípico, antisocial, límite, evitativo y obsesivo compulsivo. Estos diagnósticos atenderían a los componentes centrales, seis áreas o dominios de rasgos y a la definición de TP, la cual se ha expuesto con anterioridad (Caballo, Salazar y Carrobles, 2011).

Equivalencia entre el DSM-IV-TR y el borrador del DSM-5 (Esbec Y Echeburúa, 2011)

TP EN DSM-IV	TP EN DSM-5	RASGOS DE PERSONALIDAD DESTACADOS
Paranoide	Ninguno	Recelo, evitación, hostilidad creencias inusuales.
Esquizoide	Ninguno	Aislamiento social, evitación de intimidad, afecto restringido, anhedonia.
Esquizotípico	Esquizotípico	Excentricidad, Regulación cognitiva alterada, percepciones inusuales, creencias inusuales, aislamiento social, afecto restringido, evitación de intimidad, recelo, ansiedad.
Antisocial	Antisocial/ psicopático	Insensibilidad, agresión, manipulación, hostilidad, engaño, narcisismo, irresponsabilidad, imprudencia, impulsividad.
Límite	Límite	Labilidad emocional, autolesiones, miedo a la pérdida, ansiedad, baja autoestima, depresividad, hostilidad, agresión, impulsividad, propensión a la disociación
Histriónico	Ninguno	Labilidad emociones, histrionismo.

Narcisista	Ninguno	Narcisismo, manipulación, histrionismo, insensibilidad.
Evitativo	Evitativo	Ansiedad, miedo a la pérdida, pesimismo, baja autoestima, culpa o vergüenza, evitación de la intimidad, aislamiento social, afecto restringido, anhedonia, desapego social, aversión al riesgo
Dependiente	Ninguno	Sumisión, ansiedad, miedo a la pérdida
Obsesivo – compulsivo	Obsesivo – compulsivo	Perfeccionismo, rigidez, orden, perversión, ansiedad, pesimismo, culpa o vergüenza, afecto restringido, negativismo.
Depresivo	Ninguno	Pesimismo, ansiedad, depresividad, baja autoestima, culpa o vergüenza, anhedonia.
Pasivo – agresivo	Ninguno	Negativismo, hostilidad, culpa o vergüenza.

División de dominios en rasgos de la personalidad (Esbec y Echeburúa, 2011)

DOMINIOS	RASGOS-FACETAS DE LA PERSONALIDAD	NÚMERO DE RASGOS (37)
Emotividad negativa	Labilidad emocional, ansiedad, sumisión, inseguridad de separación, pesimismo, baja autoestima, culpa/ vergüenza, autolesiones, depresividad, desconfianza.	10
Intraversión	Retraimiento social, aislamiento social, afectividad restringida, anhedonia, evitación de relaciones íntimas.	5
Antagonismo	Insensibilidad, manipulación, narcisismo, histrionismo, hostilidad, agresión, negativismo, engaño.	8
Desinhibición	Impulsividad, desatención, imprudencia, irresponsabilidad.	4
Compulsividad	Perfeccionismo, perseverancia, rigidez, orden, aversión al riesgo	5
Esquizotipia	Percepciones inusuales, creencias inusuales, excentricidad, desregulación cognitiva, propensión a la disociación.	5

ANEXO 5

Elementos del Trastorno Histriónico de la Personalidad (Caballo, 2010)

Elementos conductuales	Elementos cognitivos	Elementos emocionales
-Apariencia seductora y encantadora.	-Necesidad de aprobación y apoyo social.	-Alteración dramática u superficial del estado de ánimo.
-Búsqueda activa de atención.	-Pensamiento impulsivo, vago y poco analítico.	-Malestar si no son el centro de atención.
-Caprichosos y exhibicionistas.	-Falta de empatía.	-Resuestas emocionales cambiantes y exageradas.
-Impulsivos y extravertidos.	-Notable preocupación por el aspecto físico.	-Alta dependencia emocional de los demás.

Criterios diagnósticos DSM-IV-TR (2002) y CIE-10 (OMS, 1992) para Trastorno Histriónico de la Personalidad

DSM-IV-TR	CIE-10
<p>Un patrón de excesiva emotividad y búsqueda de atención que empieza al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, tal como lo indican cinco o más de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expresa las emociones de manera teatral, exagerada y como si estuviera representando una escena. 2. Es sugestionable, es decir, es fácilmente influenciable por los demás o las circunstancias. 3. Manifiesta una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante. 4. Está incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención. 5. La interacción con los demás se caracteriza a menudo por conductas sexualmente seductoras o provocativas de forma inapropiada. 6. Utiliza constantemente la apariencia física para llamar la atención. 7. El estilo del habla es excesivamente impresionista y no incluye detalles. 8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad. 	<p>a) Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad.</p> <p>b) Deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tendencia la representación de papeles, a la teatralidad y a la expresión exagerada de las emociones. 2. Sugestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás. 3. Afectividad lábil y superficial. 4. Búsqueda imperiosa de emociones y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención. 5. Comportamiento y apariencia marcados por un deseo inapropiado de seducir. 6. Preocupación excesiva por el aspecto físico. <p>Pueden presentarse además: egocentrismo, indulgencia para si mismo, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades</p>

ANEXO 6

Estudios empíricos sobre los trastornos psicológicos de diversos trastornos concretos de la personalidad (Pérez, Fernández, Fernández, y Vázquez, 2011)

Tipo de trastorno	Tipo de terapia	Autores
Trastorno paranoide	Terapia psicoanalítica breve en grupo	McCallum y Piper (1999)
Trastorno esquizoide		
Trastorno esquizotípico	Terapia en grupo psicoanalítica y cognitivo-conductual	Karterud, Vaglum, Friis, Irion, Johns y Vaglum (1992)
Trastorno antisocial	-Terapia cognitiva breve (con orientación dialéctica) -Terapia de comunidad terapéutica	-Davidson y Tyrer (1996) / Tyser y Davidson (2000) -Dolan (1998)
Trastorno histriónico		
Trastorno narcisista	Terapia psicoanalítica	Myers (1999)
Trastorno agresivo-sádico		
Trastorno masoquista	Psicoterapia psicoanalítica y terapia cognitiva-racional	Frances y Widiger (1988)
Trastorno dependiente	Terapia psicoanalítica breve en grupo	McCallum y Piper (1999)
Trastorno pasivo-agresivo	Terapia de entrenamiento en asertividad	Perry y Flannery (1982)
Trastorno compulsivo	Terapia psicodinámica breve de apoyo y expresiva	Barber. Morse, Krakauer, Chittams y Crits-Christoph (1997)