

# COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN....

## Psiquiatría

### El paciente con trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad son difíciles de diagnosticar y tratar. El médico de familia debe de sospechar en un paciente una alteración de este tipo cuando haya realizado alguna conducta muy llamativa, como un intento de suicidio, o bien por presentar alguna patología comórbida muy insidiosa y que responde mal al tratamiento habitual. La atención a la familia también es importante, ya que ésta suele expresar sentimientos de ansiedad y miedo, aislamiento, rabia...

**COORDINADORA: MARISA LÓPEZ GIRONÉS**

PSICÓLOGA CLÍNICA. CENTRO DE SALUD MENTAL DE HORTALEZA. ÁREA 4. MADRID.

**AUTORA: CAROLINA CABRERA ORTEGA**

PSIQUIATRA. COORDINADORA DEL PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN DE MADRID.



**MSD**

El lado humano de la medicina  
[www.msds.es](http://www.msds.es)

## Pautas para el médico

La personalidad es la manera en que el individuo percibe las cosas, piensa, se relaciona con los demás. Depende de factores genéticos, psicológicos y sociales. Los trastornos de la personalidad representan desviaciones extremas o significativas de estas formas de percibir su entorno.

### Concepto de trastorno de la personalidad y sus características

La personalidad puede confundirse con dos términos relacionados: el carácter y el temperamento. El carácter hace referencia a las características adquiridas durante el crecimiento y posee una cierta connotación de conformidad con las normas sociales aceptadas. El temperamento se relaciona con las disposiciones biológicas básicas hacia ciertas conductas.

Los Trastornos de la Personalidad (TP), según la OMS, representan desviaciones extremas o significativas de la forma mediante la cual el individuo medio de una cultura percibe, piensa, siente y se relaciona con los demás. Estas pautas de conducta tienden a ser estables y a abarcar múltiples dominios de conducta y funcionamiento psicológico; suelen estar asociadas, pero no siempre, con varios grados de sufrimiento subjetivo y de problemas relacionados en el funcionamiento y rendimiento social.

Las dos clasificaciones más importantes de las enfermedades mentales son la DSM-IV y CIE-10. Las dos son similares y describen los TP. Los TP se clasifican en 3 grupos según características comunes:

- Grupo A: Personas raras, excéntricas e introvertidas: TP paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- Grupo B: Personas con conducta emocional extrovertida e inestable: TP antisocial, límite histriónico y narcisista.
- Grupo C: Personas ansiosas y temerosas: TP por evitación, dependiente, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo.

Cada uno de estos tipos de trastornos de la personalidad tiene sus características particulares, pero vamos a centrarnos en el TP Límite porque es el más frecuente (entre un 30-60 por ciento de los TP) del que más estudios se han realizado y del que existe un tratamiento más desarrollado.

### Características generales de los TP límite

Corresponde a un dos por ciento de la población general y a entre un 15 y 20 por ciento de los ingresos psiquiátricos. En Estados Unidos, la frecuencia por género es de 3 mujeres por varón y para la OMS 1/1.

No hay una causa única que los provoque. Las investigaciones orientan hacia la presencia de varios factores que sumados pueden originar el trastorno. Estos factores son genéticos, biológicos, psicológicos y sociales. Este desconocimiento dificulta el poder hablar de prevención específica, aunque si se puede actuar normalizando, por ejemplo, las condiciones socioambientales antes citadas.

Se manifiestan en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta. A veces pueden confundirse con grupos "rebeldes" o con crisis en la adolescencia. Muy inestable en la juventud con tendencia a estabilizarse con el tiempo. Tras la treintena, la impulsividad tiende a disminuir y con la edad muchos se acaban estabilizando si consiguen centrarse en el trabajo, asumir sus fracasos emocionales y si no han sufrido un importante deterioro social.

La importancia de tratar a este tipo de pacientes viene determinada por varios factores:

- Índice de suicidio muy alto (10 por ciento) tanto como en otras patologías psiquiátricas graves como la esquizofrenia o depresiones psicóticas.
- Grado de sufrimiento personal y de su entorno elevado, con riesgo de consecuencias graves: aislamiento social, problemas laborales, deterioro familiar, problemas económicos y legales...
- Grandes consumidores de recursos sanitarios y no sanitarios con poco o nulo aprovechamiento de los mismos: acuden con frecuencia a las urgencias de los hospitales, ingresos psiquiátricos poco indicados...
- Tratamientos largos, complejos y multidisciplinarios (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales...) pe-

ro suficientemente informados de su eficacia a medio y largo plazo.

## Características clínicas de los TP límite

1. Inestabilidad afectiva: Oscilan entre la rabia, hostilidad, depresión incluso en un mismo día. De forma muy intensa y variable.
2. Impulsividad: Actuar sin pensar, con abuso de alcohol, drogas o medicamentos. Vida sexual desordenada. Conducción peligrosa. Problemas alimentarios. Autolesiones. Todo esto hay que conectarlo con la paciencia limitada y la necesidad inmediata de gratificación que sufren estos pacientes.
3. Adaptación social: Puede ser buena de manera superficial.
4. Pérdida del juicio de realidad: De forma breve y generalmente en relación con drogas o situaciones de estrés. Pueden aparecer alucinaciones auditivas e ideas delirantes.
5. Relaciones interpersonales: Superficiales, intensas, inestables. Está relacionada con la intolerancia a la separación y el miedo a la dependencia. Se caracterizan por la "manipulación" en las relaciones. Cambios drásticos de opinión sobre los demás (buenos/malos), alternan la admiración y el desprecio hacia la misma persona.
6. Ira inapropiada e intensa.
7. Conductas suicidas: La peculiaridad conductual de estos pacientes. La presencia de este comportamiento ayuda a identificar un TLP comórbido en pacientes que acuden a la consulta por depresión o ansiedad. Se observan en el 75 por ciento de ellos. No olvidar que la conducta suicida puede ser indirecta como los accidentes caseros, sexo sin protección con personas no conocidas... quizás la conducta autolesiva mas característica sea el cortarse. Hay que intentar desvelar el significado de estas conductas, es poco preciso decir que es para llamar la atención. Con ello a veces mitigan el dolor psíquico y obtienen cierta "anestesia" al sentir dolor físico, incluso cierto sentimiento de euforia. Con frecuencia no conlleva un deseo de muerte sino un pedido a los otros para que intervengan.
8. Alteraciones de la identidad: Es una persona cuyos valores, hábitos y actitudes están enormemente influidos por las personas con quienes están, hasta el punto de que sienten su identidad, autoimagen o sentido de sí mismo como inestable. Forman parte

de grupos que les sirve de estructura, frecuentes cambios de estudios, objetivos, cambios de sexo...

9. Sentimientos de vacío: Incapacidad para tranquilizarse a si mismo o para invocar representaciones tranquilizadoras de otros. La sensación de vacío es visceral; normalmente se siente en el abdomen y en el pecho y no debe de confundirse con el miedo a no existir o la angustia existencial. El vacío es un criterio ejemplar que orienta el diagnóstico de TLP.
10. Miedo al abandono: debe de diferenciarse de la ansiedad causada por la separación, más común y menos patológica.

## Consideraciones para Atención Primaria

Suelen ser pacientes difíciles de diagnosticar. Con frecuencia el diagnóstico se realiza después de varias entrevistas. Habitualmente suele ser realizado por el especialista. Se basa en criterios clínicos y algunas pruebas específicas (test psicológicos). La sospecha diagnóstica puede tenerla el médico de Atención Primaria bien porque el paciente ha realizado alguna conducta muy llamativa, como un intento de suicidio, o bien por patología comórbida (ansiedad, depresión, consumo de drogas...) muy insidiosa y que responde mal al tratamiento habitual. A veces este tipo de pacientes son personas con grandes habilidades, recursos e inteligencia y sus déficits se observan sólo en determinadas circunstancias (pérdida de trabajo, separación...).

Por otro lado, presentan una patología psiquiátrica comórbida. Casi dos tercios de las personas diagnosticadas de un TP sufren también otro u otros trastornos psiquiátricos: trastorno del ánimo, trastornos adictivos, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno obsesivo-compulsivo. Es muy importante sospechar la posibilidad del diagnóstico de TP de base.

Hay que prestar atención a la motivación para el tratamiento e importancia de la familia. A veces es el paciente el que pide ayuda. Otras es la familia la que informa de la clínica del paciente o incluso piden algún tipo de ayuda para poder entenderle.

La importancia del vínculo terapéutico y aspectos contratransferenciales (sentimientos que despierta en el médico o terapeuta) es algo a tener muy en cuenta porque son pacientes conflictivos que ponen en jaque nuestra labor terapéutica. Con frecuencia oscilan entre no aceptar nuestra ayuda o bien demandar una excesiva

va atención. Recordemos que la relación que establecen con nosotros está cargada de ambivalencia como les ocurre con sus relaciones interpersonales en general. Sin embargo el establecer un vínculo terapéutico suficientemente empático y estable es fundamental para que el tratamiento sea posible. Es una de las pocas patologías en que las características personales del terapeuta van a ser un elemento clave a la hora de tener éxito en el tratamiento.

El tratamiento es largo (años), complejo y multidisciplinar (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales...): El abordaje terapéutico es global y presta así atención a varios aspectos:

- Sintomatología "diana" (impulsividad, alteraciones cognitivas o del estado de ánimo): psicofármacos.
- Reestructuración del yo: psicoterapia individual y grupal específica.
- Recomposición del medio: atención a la familia.
- Intervención en crisis: hospitalización psiquiátrica.

Sin embargo, la evolución puede ser buena sobre todo si se tratan y evitan factores como deterioro psicosocial, aislamiento, consumo de drogas, problemas legales... Mas de la mitad mejoran y disminuyen los síntomas a partir de la treintena si se toman las medidas y los tratamientos adecuados, permaneciendo más estables y con crisis más leves.

## Consideraciones sobre pacientes y familiares

La convivencia con un familiar con TP límite es muy difícil. Los familiares suelen expresar sentimientos de:

- Ansiedad y miedo, sobre todo ante conductas autodestructivas.
- Rabia.
- Estigma/aislamiento, pues terminan por abandonar amigos ya que viven por y para el familiar enfermo.
- Duelo por las expectativas frustradas que para sus familiares se habían creado.

Los familiares llegan a la consulta del médico cansados y muy escépticos, esto se debe a dificultades del propio trastorno, dificultades en el establecimiento de un diagnóstico y al tratamiento lento y complejo. Por ello, la atención a la familia es imprescindible ya que es importante ayudarles a entender el trastorno y cambiar algunos estilos comunicativos. Las formas de respuesta de los familiares influirán en el curso y en la manifestación del trastorno.

Por otro lado, las conductas suicidas y comportamien-

tos autodestructivos son de todas las características de estos pacientes los que inducen reacciones emocionales más intensas tanto en aquellos que conviven con ellos como en los profesionales que los tratan. Esta posibilidad genera gran angustia y terror, supone con frecuencia una carga insostenible. Con el tiempo, cuando esta amenaza es constante y como la mayoría de los gestos no tiene como objetivo morir, los familiares pueden dejar de tomárselo en serio. No olvidar que un 75 por ciento de los pacientes alguna vez atentan contra su vida. Distinguir entre gesto suicida e intención real a veces es muy difícil. El sentido del gesto suicida es variable y oscila entre una forma de comunicar malestar, de aliviar sentimientos intolerables de soledad y abandono y establecer algún tipo –por patológico que sea– de conexión con los otros.

Es muy importante conocer el trastorno y saber que el tratamiento es largo y costoso y que los frutos tardan tiempo en verse. Los cambios se producen al siguiente ritmo:

- Perturbaciones subjetivas: semanas.
- Patrones conductuales: meses.
- Relaciones interpersonales: 6 meses /1 año.
- Organización intrapsíquica: a largo plazo.

Además, es necesario establecer un plan de tratamiento al que el paciente y la familia se comprometan dado la naturaleza fluctuante del trastorno (e.g: períodos de tiempo muy estables con crisis repentinas) y que ayude a prevenir el alto grado de abandono del tratamiento.

## Bibliografía

- American Psychiatric Association. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" 4ª Edición. Ed. Mason S.A. Barcelona, 1995.
- Organización Mundial de la Salud. "Décima revisión de la clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento": Ed. Meditor, Madrid, 1992.
- SaludMadrid. "Recorriendo los límites. Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad" Ed. Consejería de Sanidad y consumo. Madrid, 2005.
- Gunderson, J.G. "Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica" Ed. Ars Médica. Barcelona, 2002.

## Pautas para el paciente y sus familiares

- 1** Los trastornos de la personalidad representan desviaciones extremas de la forma mediante la cual el individuo medio de una cultura se percibe, piensa, siente y se relaciona con los demás.
- 2** No existe un único factor que desencadene el trastorno de personalidad, es la suma de varios factores (genéticos, biológicos, psicológicos y sociales).
- 3** Un 15-20 por ciento de los ingresos psiquiátricos son realizados con personas que padecen éste trastorno.
- 4** Usted debe saber que la convivencia con un familiar que presenta trastorno de personalidad es muy difícil.
- 5** Es importante que los familiares sean informados y tratados por especialistas, ya que el tratamiento es muy lento y multidisciplinar.
- 6** Intenten cambiar su estilo de comunicación, ya que éste influirá en la manifestación de la enfermedad.
- 7** Si se normalizan los factores socioambientales, la evolución será más favorable.
- 8** El abandono de consumo de drogas, alcohol... hará disminuir su impulsividad.
- 9** No olvidar que el 75 por ciento de los pacientes atentan alguna vez contra su vida.
- 10** Es necesario establecer un plan de tratamiento al que usted y su familia se comprometan, ya que el trastorno es fluctuante (períodos de tiempo estables con crisis repentinas) así se puede prevenir el abandono del tratamiento.



**MSD**

El lado humano de la medicina  
[www.msd.es](http://www.msd.es)

Texto disponible en Internet para ofrecerlo a sus pacientes. Consultar y descargar en:  
[www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com) o [www.elperiodicodelafarmacia.com](http://www.elperiodicodelafarmacia.com)