

Iris Luna M.

# TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y GÉNERO

---

- Rol y género
- Enfoques teóricos
- Comportamiento expresivo
- Comportamiento instrumental
- Trastornos de personalidad

LOS ROLES sexuales hacen referencia a las actitudes, creencias, sentimientos y comportamientos que cada cultura atribuye a cada sexo en particular. En alguna medida, todas las sociedades tienden a diferenciar dichos roles, y la mayoría de sus individuos adquieren durante su desarrollo los comportamientos típicos que su cultura considera apropiados para cada género.

El género es definido como el rol que una persona asume en sus interacciones sociales (como masculino o femenino) y no es sinónimo de sexo masculino o femenino.

El concepto de género ha suscitado un gran número de investigaciones, modelos y teorías que se originan en las diferentes concepciones del conocimiento. Desde el enfoque psicosocial se han desarrollado la teoría del desarrollo de roles de género, la teoría del rol social, la teoría sociocognoscitiva y el modelo sociocultural con tendencia sociológica, entre otros. El psicoanálisis por su parte resalta la importancia de la identificación con el padre (o madre) del mismo sexo del niño o niña.

Desde el punto de vista biológico se han planteado tres acercamientos a la identidad de género: el genético, el hormonal y el estructural-anatómico. Las teorías genética y hormonal parten de la premisa que el género de un individuo se determina previamente a su nacimiento. La teoría hormonal propone que la acción de las hormonas resulta decisiva en las identidades en general, y de las identidades sexuales en particular. Los cambios hormonales durante el período de gestación de una criatura influyen sobre los mecanismos asociados con la producción de hormonas sexuales como los estrógenos, la progesterona y la testosterona y se considera al hipotálamo como la estructura reguladora del proceso de formación de identidad de género por ser el centro de control del sistema endocrino.

Por otro lado, la teoría estructural-anatómica se basa en la evaluación y comparación de la estructura del tercer núcleo intersticial del hipotálamo anterior y un grupo de células (nuclei) hipotalámicas que se consideran importantes en la manifestación de la conducta sexual típica masculina y femenina. Un estudio realizado en autopsias de 16 cerebros de hombres heterosexuales, 6 mujeres heterosexuales y 19 homosexuales/transgéneros, sugiere que las diferencias en el tamaño del núcleo del hipotálamo anterior y las células nuclei, podrían explicar las diferencias en la identidad sexual.

Según la postura biológica, existen hechos objetivos e intrínsecos a la naturaleza del individuo que son independientes de la cultura y que influyen decididamente en el género.

Si bien dichos modelos biológicos son fundamentales para la comprensión de la especie, requieren que sean complementados con el abordaje de los procesos de aprendizaje social y los aportes de la teoría cognoscitiva del desarrollo, que hace énfasis en la forma como los niños y las niñas se socializan, por sí mismos, una vez se han categorizado como seres masculinos o femeninos.

El rol femenino tradicional prescribe un comportamiento expresivo, caracterizado por dependencia, afiliación, afectividad, adaptabilidad, empatía, falta de asertividad, subordinación de las propias necesidades a las de los otros y un especial interés por valores estéticos, religiosos y sociales; mientras que el rol masculino prescribe atributos como autonomía, autoconfianza, asertividad, agresividad, orientación hacia los logros, habilidad analítica en la resolución de problemas, independencia y competencia, que corresponden a un comportamiento instrumental.

Estos roles tradicionales fueron cuestionados por SANDRA BEM en 1974 quien introdujo el concepto de Androginia psicológica, que ha venido siendo aceptado en forma progresiva en el ámbito de la psicología social. La autora define la androginia como la capacidad de un individuo para exhibir tanto rasgos y comportamientos "instrumentales" o típicamente masculinos como "expresivos" o típicamente femeninos, y concluye que quienes tienen esta capacidad de comportarse en forma androgínica, son psicológicamente más saludables.

El ser humano al llegar a la edad adulta, cuenta con el dimorfismo sexual (cerebral y genital), los factores hereditarios, una gama variada de percepciones y herramientas cognoscitivas que se integran con el ambiente y la cultura, originando formas individuales de comportamiento que identifican al individuo y lo convierten en un ser único e irrepetible. La forma "original" de comportamiento humano, fruto del desarrollo del sistema nervioso y de las interacciones con el medio ambiente y la cultura, se denomina personalidad.

La personalidad ha sido concebida históricamente desde una perspectiva nomotética (se refiere a la personalidad en un sentido abstracto sin hacer mención a una persona concreta) y una perspectiva ideográfica (se resalta la individualidad, complejidad, singularidad de cada persona). Tanto la perspectiva nomotética como la ideográfica no explican por sí mismas los aspectos relacionados con el temperamento, por lo cual, actualmente se trabaja en una perspectiva integradora que busca una síntesis y acople de estas dos concepciones.

Algunos elementos que se ha propuesto para conceptualizar la personalidad y sus trastornos son:

- o Algunas dimensiones de la personalidad obedecen a la herencia y no a factores psicológicos y ambientales exclusivamente.

- o La personalidad consiste en múltiples unidades con diferentes niveles de datos.

- o La personalidad existe en un continuum. No es posible una división estricta entre normalidad y patología.

- o Estudios a nivel hormonal, genético y funcional han mostrado alteraciones en la concentración de algunos neurotransmisores (serotonina, dopamina, noradrenalina, acetilcolina) en individuos con trastornos de personalidad, observándose, por ejemplo, una disminución en el metabolismo de la serotonina en los individuos con rasgos de impulsividad y agresividad.

- o Los trastornos de personalidad son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados y no entidades internamente homogéneas.

o Los trastornos de personalidad son sistemas dinámicos y no entidades estáticas ni permanentes.

o La patogenia de la personalidad no es lineal, sino que se distribuye de forma múltiple a través de todo el sistema.

o Los criterios con los cuales se evalúa la patología de la personalidad, deben ser coordinados de forma lógica con el propio modelo de sistemas.

o Los trastornos de personalidad pueden ser evaluados pero no diagnosticados de una forma definitiva.

o Los trastornos de personalidad requieren modalidades de intervención combinadas y diseñadas estratégicamente.

Los trastornos de personalidad corresponden a patrones permanentes e inflexibles de experiencia interna y de comportamiento que se apartan de las expectativas de la cultura del individuo, se inician en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, son estables a lo largo de la vida y generan malestar o perjuicios a quienes los padecen.

El tema que atañe a las diferencias de género en el diagnóstico de los trastornos de personalidad ha sido revisado con interés en la literatura psiquiátrica y psicológica. En las mujeres se describe una mayor prevalencia de los trastornos de personalidad de tipo límite, histriónico y por dependencia, mientras que en los hombres se observa una mayor incidencia de los trastornos de personalidad de tipo esquizoide, esquizotípico, antisocial, narcisista y obsesivo-compulsivo. El trastorno de personalidad por evitación parece tener la misma frecuencia en el sexo femenino como en el masculino.

Se especula que estas diferencias en la prevalencia de los diferentes trastornos de personalidad, reflejan posiblemente contrastes sexuales reales. No obstante, es importante evitar prejuicios y estereotipos sociales acerca de los papeles y comportamientos típicos de cada sexo en el momento de la evaluación del individuo que presenta un trastorno de personalidad.

En 1993, KAPLAN aseveró que los trastornos de personalidad dependiente e histriónico en el DSM-III representaban exageraciones de los comportamientos femeninos tradicionales. La autora afirmó que el comportamiento estereotipadamente femenino podría generar por sí mismo un diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad, sin serlo. En efecto, se ha reportado en la literatura científica, cierta "parcialidad" en los clínicos al efectuar el diagnóstico de trastorno de personalidad histriónico con mayor énfasis en las mujeres. La perspectiva de KAPLAN se tomó en cuenta y fue aceptada en

su momento, porque la presencia de constructos diagnósticos sesgados por los roles de género pueden minar la validez científica y clínica de la clasificación de los trastornos de personalidad del DSM.

En 1995 se hizo una revisión del soporte empírico de las aseveraciones del DSM-IV con respecto a la prevalencia de los diferentes trastornos de personalidad y el género. En ese año se realizaron 15 trabajos de investigación, en los cuales se encontró una mayor frecuencia de los trastornos antisocial, esquizoide, paranoide y esquizotípico de la personalidad en los varones, mientras que en las mujeres se describieron con mayor prevalencia los trastornos de personalidad límite, histriónico y dependiente. WIDIGER y CORBITT sugirieron que las diferencias de género establecidas en la prevalencia de los rasgos normales de personalidad, podrían explicar las diferencias de género encontradas en la prevalencia de los diferentes trastornos de personalidad. Por ejemplo, observaron que el trastorno de personalidad histriónico estaba asociado con extroversión y neuroticismo extremos, afirmación que concuerda con los hallazgos de investigación previos que indican que la mujer puntúa mucho más alto en esas dos dimensiones de rasgos de personalidad que el hombre. Del mismo modo, el deseo excesivo de agradar a los demás, rasgo importante en el trastorno de personalidad por dependencia, es observado con mayor frecuencia en la mujer, que puntúa más alto en la dimensión de agradabilidad, que el hombre.

Se puede utilizar un enfoque similar para analizar los trastornos de personalidad más frecuentes en hombres. El trastorno antisocial de la personalidad incluye bajos niveles de agradabilidad (engaño, falta de empatía, despreocupación por el bienestar de los demás) y los varones tienden a puntuar más bajo en estos rasgos que las mujeres.

Infortunadamente, los estudios de investigación de estos aspectos son escasos y no permiten relacionar en una forma más profunda los trastornos de personalidad con los roles de género.

Las investigaciones tienden a asociar los rasgos presentes en los diferentes trastornos de personalidad del DSM con los roles de género (femenino o masculino). En el estudio de SLAVNEY en 1984, se hizo una encuesta a 49 psiquiatras acerca de los conceptos: hombre, mujer, trastorno de personalidad histriónico y trastorno de personalidad antisocial, utilizando un instrumento que incluía 15 escalas con adjetivos bipolares. Los resultados de la encuesta mostraron una connotación frecuente de histrionismo para la mujer y de conducta antisocial en el hombre.

SPROCK, BLASHFIELD y SMITH investigaron en 50 estudiantes universitarios, los criterios para los trastornos de personalidad del DSM-III-R, de acuerdo con las dimensiones de masculinidad y feminidad. Los participantes en el estudio presentaron criterios para personalidad dependiente e histriónica asociados al sexo femenino y el sadismo y trastorno antisocial relacionados con el sexo masculino. Otras investigaciones en este campo, reportaron hallazgos similares.

El trabajo de KLONSKY y cols., publicado recientemente, evaluó una población universitaria con el fin de analizar la correlación existente entre el rol de género (masculinidad y feminidad) y los trastornos de personalidad del DSM- IV. Los rasgos dependientes fueron asociados a la feminidad, en tanto que los rasgos antisociales se asociaron a la masculinidad. Los hombres y las mujeres que se comportaron en forma típica y consistente con su rol de género presentaron características predominantemente

narcisistas e histriónicas, mientras que los participantes que asumieron un comportamiento no típico de su género mostraron características de los desórdenes de la personalidad del grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico).

Al hacer el abordaje comprensivo de los trastornos de personalidad presentes en ambos géneros, es importante tener en cuenta algunos aspectos relacionados con el curso, pronóstico, comorbilidad y complicaciones de los mismos.

Es infrecuente que un individuo con trastorno de personalidad busque apoyo psiquiátrico o psicológico, por el trastorno en sí mismo, porque sus síntomas son aloplásticos y egosintónicos. Los pacientes con trastornos de personalidad, generalmente consultan al especialista cuando se ven sometidos a estresores importantes en su vida o desarrollan un trastorno psiquiátrico diferente (depresión, ansiedad, episodio psicótico) que les provoca gran malestar o alteraciones importantes en su funcionamiento global.

Al hacer alusión al diagnóstico dual es importante anotar que existen también diferencias genéricas significativas en la prevalencia, forma de presentación y el manejo clínico de otros trastornos psiquiátricos específicos.

La depresión, los trastornos de alimentación y los trastornos de ansiedad se presentan con mayor frecuencia en la población femenina, en tanto que el autismo, el síndrome de Asperger, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, el trastorno mental y del comportamiento asociado a consumo de sustancias, las parafilias y el suicidio son más frecuentes en los hombres.

Los trabajos de LAMBERT y cols. e HIROEH y cols., señalan que los individuos con trastornos de personalidad del grupo B (límite, narcisista y antisocial) tienen un mayor riesgo de desarrollar conductas suicidas, que la mayor prevalencia de las conductas suicidas se observa en hombres que presentan otro diagnóstico psiquiátrico (trastornos afectivos, esquizofrenia, adicciones) asociado al trastorno de personalidad. En este grupo de pacientes la frecuencia de los intentos serios de suicidio y los suicidios, fue similar a la observada en los pacientes con trastorno depresivo mayor sin trastorno de personalidad asociado.

Se han establecido diferencias de género en la presentación clínica de algunos trastornos de personalidad y sus diagnósticos asociados. El estudio de ZLOTNICK y cols. realizado en pacientes de la consulta externa, mostró que los hombres con trastorno límite de la personalidad presentan con mayor frecuencia adicciones a sustancias, trastorno explosivo intermitente y trastorno antisocial de la personalidad, mientras que en las mujeres con trastorno límite de la personalidad se observó un mayor número de casos de trastornos de la conducta alimentaria.

En cuanto a las respuestas a los tratamientos, vale la pena señalar que también se encuentran diferencias genéricas; por ejemplo, RINNE y cols. en un estudio doble ciego, controlado, observaron que la fluvoxamina (un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina utilizado en los pacientes con trastorno límite de la personalidad para tratar la labilidad, impulsividad y agresión) mejora los cambios de humor presentes en las mujeres con trastorno límite de la personalidad, pero no alivia ni

la impulsividad ni la agresión, razón por la cual los autores suponen que esta respuesta puede ser debida a diferencias específicas de género.

## COROLARIO

Las diferencias individuales en las características de los trastornos de personalidad parecen permanecer estables durante el tiempo, aunque el número de criterios presentes en cada trastorno decrece con el paso de los años. Tanto en hombres como en mujeres los trastornos de personalidad pueden caracterizarse por constelaciones de rasgos estables, que consiguen fluctuar de acuerdo a su expresión mal adaptativa.

Al abordar los trastornos de personalidad desde la perspectiva del género, es importante determinar si los roles de género (masculino o femenino) están realmente asociados a la patología de la personalidad o si esta relación se encuentra sesgada en algunos de los constructos del DSM-IV. Por otro lado, sería importante tener en cuenta el concepto de androginia psicológica en el momento de realizar nuevos estudios de género y trastornos de personalidad. Esta concepción de SANDRA BEM, ya no considera la masculinidad y la feminidad como dicotómicas, sino como un continuo, de tal forma que tanto hombres como mujeres poseen la capacidad de expresar comportamientos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos).

En definitiva, las conductas biológicas del hombre y la mujer se derivan del sistema nervioso y sus patrones primordiales están impresos en la carga genética. Se han establecido diferencias anatómicas, fisiológicas, hormonales, psicológicas y culturales entre los géneros que influyen sobre el temperamento. Es necesario realizar nuevas investigaciones que permitan dilucidar la forma aproximada como el rol de género se relaciona con la personalidad y sus trastornos en la época actual.

## LECTURAS SELECCIONADAS

ALMEIDA D.M., KESSLER R.C.

Everyday stressors and gender differences in daily stress. *J of personality and Social Psychology*, 75, 670-680.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., Washington, D.C., 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV-TR, Washington, D.C., 2000.

BANDURA A.

A social cognitive theory of personality. En *Handbook of Personality*, L. Pervin, y/o John (eds.) Guilford, New York, 1999, págs. 154-196.

BECK AT, FREEMAN A.

"Historia, teoría e investigación". En *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*, Editorial Paidós, Barcelona, 1992, págs. 24-79.

BEM S.L.

Beyond androgyny: Some presumptuous prescriptions for a liberated sexual identity. Psychology of women: Future directions and research. J. Sherman y F Denmark editors. New York, 1975.

BRAZA P., CARRERAS ROSARIO, BRAZA F.

"Androginia, amplitud de comportamiento y ajuste social en niños y niñas de educación infantil". En Avances en psicología clínica latinoamericana, vol. 20, 2002, págs.101-110.

BROWN M., ROUNSLEY C.

True Selves: Understanding Transsexualism for families, friends, coworkers, and helping professionals, Jossey-Bass, San Francisco, 1996.

BROWN P.M.

Situated knowledges and personal embodiment. En The body and psychology, H. Stam (ed.), Thousand Oaks: Sage, 1998, págs. 120-140.

RAYMOND J.

The Transsexual Empire: The making of the she-male. Teachers College press, New York, 1994.

BYNE W.

The biological evidence challenged. Scientific American, 3, 1994, págs. 50-55.

CONNELL, R.

Making gendered people: Bodies, identities, sexualities. En Revisioning gender, Marx M., Lorber J., Hess B. (eds.), Thousand Oaks: Sage, 1999, págs. 449-472.

CORBITT E.M., WIDIGER T.A.

Sex differences among the personality disorders: An exploration of the data. Clinical Psychology: Science and Practice, 1995; 2, 225-238.

DÍAZ-LOVING R., RIVERA A.S., SÁNCHEZ A.R.

Género y Pareja, Psicología contemporánea, 1, 4-15, Manual Moderno, México, 1994.

ETTNER R.

Gender loving care, Ed. Norton, New York, 1999.

FORD M., WIDIGER T.A.

Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality disorders. J Consulting and Clinical Psychology, 1989; 57, 301-305.

HAMILTON S., ROTHBART M., DAWES R.

Sex bias, diagnosis and DSM III. Sex Roles, 1986; 15, 269, 274.

HIROEH U., APPLEBY L., MORTENSEN P.B., DUNN G.

Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. Lancet, 2001; 358: 2110-2112.

KATCHADOURIAN H.A.



La sexualidad humana: un estudio comparativo de su evolución, Fondo de Cultura Económica, México, 1983.

KAPLAN H., SADOCK J.B.

"Trastornos de personalidad", en Sinopsis de psiquiatría, octava edición, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1999, págs. 888-900.

KAPLAN M.

A woman view in the DSM-III. American Psychologist, 38, 786-792.

KENNEDY H.

Do men need special services? Advances in Psychiatric Treatment 7: 93-99. The Royal College of Psychiatrists, 2001.

KLONSKY D.E, SERRITA J., TURKHEIMER E., OLTMANN S.F.T.

Gender role and Personality Disorders. Journal of Personality Disorders, 16(5), 464-476, Guilford Press, 2002.

LAMBERT T.M.

Suicide risk Assessment and Management: Focus on Personality Disorders, Current Opinion in Psychiatry, vol. 16, number 1, 2003.

LANDRINE H.

The politics of personality disorder, Psychology of women Quarterly, 1989; 13, 325-339.

LE VAY S.

Is homosexuality all in the brain? The Harvard mental Health Letter, 1992; 8-9.

LE VAY S., HAMMER D.

Evidence for a biological influence in male homosexuality, Scientific American, 1994; 4, 11-17.

LIPSITZ S.

Gender schema theory: A cognitive Account of sex typing. En The psychology of gender, C. Nagy (ed.) vol. II, New York University Press, New York, 1992; 369-379.

LUNA I.

Androginia y posmodernismo: una aproximación desde la psiquiatría, IV Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2003. <http://www.interpsiquis.com/2003/index.shtml>

METZLER H., GILL B., PETTICREW M., et al.

The prevalence of psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households, OPCS Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 1. London: HMSO 1995.

MILLON T., DAVIS R.

"Trastornos de personalidad: conceptos, principios y clasificación". En Trastornos de personalidad más allá del DSM-IV, Editorial Masson, Barcelona, 1999, págs. 3-29.

RAMSAY R., WELCH S, YOUARD E.

Needs of women patients with mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7: 85-92, The Royal College of Psychiatrists, 2001.

RIENZI B.M., FORQUERA J., HITCHCOCK D.L.

Gender stereotypes for proposed DSM IV negativistic, depressive, narcissistic, and dependent personality disorders. *J of personality disorders*, 1995; 9, 49-55.

RINNE T., BRINK W., WOUTERS L., VAN DICK R.

SSRI Treatment of borderline Personality Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial for Female Patients with Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 2002; 159: 2048-2054.

SHEA T.M., STOUTH R., GUNDERSON J., MOREY C.L., KELLER MARTIN

Short-Term Diagnosis Stability of Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders. *Am J Psychiatry*, 2002; 159: 2036-2041.

SLAVNEY O.R.

Histrionic personality and antisocial personality: Caricatures or stereotypes? *Comprehensive Psychiatry*, 1984; 25, 129-141.

SPROCK J., BLASFIELD R.K., SMITH B.

Gender weighting of DSMIII R. Personality disorder criteria. *Am J Psychiatry*, 1990; 147, 586-590.

TÉLLEZ-VARGAS J.

"Neurobiología del temperamento y la personalidad". En *Avances en psiquiatría biológica*, vol. I, Bogotá, 2000, págs. 126-127.

WIDIGER T.A., SPITZER R.L.

Sex bias in the diagnosis of personality disorders: Conceptual and methodological issues, *Clinical Psychology Review*, 1991; 11, 1-22.

WIDIGER T.A.

Sex bias in the diagnosis of personality disorders. *J of Personality Disorders*, 1998; 12, 95-118.

WEINRICH J.

Reality or Social Construction?, En: *Forms of Desire*. Stein E. (ed.), Routledge, New York, 1990, págs. 175-208.

ZLOTNICK C., ROTHSCHILD L., ZIMMERMAN M.

The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *J of Personality Disorders*, 16(3), 277-282, The Guilford Press, 2002.