

Abordaje psiquiátrico de los trastornos de personalidad en el medio penitenciario

E Rodríguez-Arrebola

Equipo de Salud Mental las Albarizas.
Marbella (Málaga).

RESUMEN

Este trabajo hace una revisión del manejo de los trastornos de personalidad en prisión. En los últimos años ha habido importantes avances en psiquiatría que permiten realizar un mejor diagnóstico y tratamiento de los trastornos de personalidad. La necesidad de tratamiento de los trastornos de la personalidad es irrenunciable. Así pues el tratamiento en prisión es sintomático, centrándose en los síntomas que creen más problemas o en las alteraciones más manifiestas de la conducta.

Palabras clave: Trastornos de Personalidad, Psiquiatría, Tratamiento, Prisión.

PERSONALITY DISORDERS IN PRISON. PSYCHIATRIC MANAGEMENT

ABSTRACT

The aim of this work is to review the management of Personality Disorders in prison. In the last years there have been important advances in psychiatry that allow to realize a better diagnosis and treatment of the disorders of personality. The need of treatment of the disorders of the personality is inalienable. However the treatment in prison is symptomatic, centring on the symptoms that cause the most clear behaviour alterations.

Key words: Personality Disorders, Psychiatry, Treatment, Prison.

Texto recibido: 15 de agosto de 2005

Texto aceptado: 15 de octubre de 2005

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad son, probablemente, el reto más importante de la psiquiatría clínica actual.

Según Tyrer¹ (1997), un 10-15% de la población presenta trastornos de la personalidad que, incluso si no se complican con trastornos del eje I, dan lugar a múltiples problemas laborales, familiares y sociales que con altísima frecuencia reclaman de atención psiquiátrica.

En pacientes psiquiátricos ambulatorios un 50-60% presenta algún trastorno de la personalidad.

Hasta el 15% de los ingresos psiquiátricos está causado por problemas originados directamente por trastorno de la personalidad.

En el alcoholismo, las toxicomanías y la crimina-

lidad, la presencia de trastornos de personalidad es masiva con hasta un 60-70% de frecuencia.

En el medio penitenciario se encuentra en los últimos estudios realizados por (Rubio Larrosa, 1992)² en las prisiones de Zaragoza y Daroca mediante el PDE de Loranger (entrevista precursora del IPDE) que el 28% de la población reclusa presentaba uno o varios diagnósticos de trastorno de personalidad, se observó que el trastorno antisocial de personalidad aparecía hasta en el 85%, seguido del trastorno límite en el 72%, el 64% de narcisistas, el 52% de histriónicos, el 30 % de paranoides y el 20% de esquizoides.

Recientemente (Arroyo 2002)³, en la prisión de Zuera (Zaragoza) se ha encontrado trastornos de la personalidad en el 31% de la muestra, y los diagnósticos eran: antisocial, límite, paranoide, narcisista y

esquizoide. Pero es más ilustrativo el dato que descubre que el 90% de los sujetos con sanciones disciplinarias eran trastornos de personalidad, el 100% eran toxicómanos, no estaban diagnosticados prácticamente y evolucionaban desfavorablemente en prisión, recomendando en las conclusiones el enfoque de los trastornos de personalidad en el medio penitenciario para permitir su rápido diagnóstico y tratamiento, en beneficio de ellos mismos y de cuantos le rodean.

En los últimos 20 años ha habido importantes avances en psiquiatría que permiten realizar un mejor diagnóstico y tratamiento de los trastornos de personalidad.

Desde 1980 con la publicación del DSM-III hasta la actualidad con el DSM-IV-TR⁴ (2002) y el CIE-10 (1993)⁵, hay mejores sistemas diagnósticos de los trastornos de la personalidad que han dado lugar a la aparición de diversos test para su diagnóstico. Recientemente la OMS ha respaldado el Internacional

GRUPO A. Sujetos raros y excéntricos.

Sintomatología	Tratamientos
Paranoia	Neurolépticos.
Ideas leves de referencia	
Restricción afectiva	
Hipersensibilidad afectiva	Antidepresivos.
Irritabilidad	
Ira	
Rasgos obsesivos	
Ansiedad	Benzodiacepinas.
Hipervigilancia	Hipnóticos.

Técnicas Cognitivo-Conductuales:
 — Establecimiento de una relación terapéutica cálida.
 — Reducción de la sensibilidad del paciente ante las críticas.
 — Entrenamiento en habilidades sociales.

Tabla I. Trastorno paranoide de la personalidad.

Sintomatología	Tratamientos
Embotamiento afectivo	Neurolépticos a bajas dosis
Introversión patológica	
Aislamiento	
Apatía	Estabilizadores del estado de ánimo
Disminución de la libido	
Anhedonia	
Inhibición social	
Disforia	
Ansiedad social	Benzodiacepinas
Inhibición social y conducta evitativa	Antidepresivos

Técnicas cognitivo-conductuales:
 —Exposición graduada a tareas sociales.
 —Entrenamiento en habilidades sociales.

Tabla II. Trastorno esquizoide de la personalidad.

Sintomatología	Tratamiento
Ideas de referencia	Neurolépticos
Pensamiento mágico	
Distorsión perceptual	
Trastornos del pensamiento	
Paranoia	
Disminución del sentido de la realidad	
Restricción afectiva	Antidepresivos
Hipotimia	
Inhibición social	
Apatía	
Ansiedad social	Antidepresivos de uso en TOC
Rasgos obsesivo-compulsivos	Ansioalíticos
Técnicas cognitivo-conductuales:	
— Control del estrés.	
— Entrenamiento en solución de problemas.	
— Entrenamiento en habilidades sociales.	
— Establecimiento de conductas-objetivo.	

Tabla III. Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Personality Disorder Examination (IPDE)⁶ (1996) en sus versiones CIE-10 y DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos de personalidad. Ambas versiones tienen una forma corta de cribado que es muy útil en la clínica diaria.

Según Markovitz (2001)⁷, sobre todo a partir de 1990 la psiquiatría dispone de fármacos cada vez más eficaces y mejor tolerados, con pocos efectos secundarios que permiten realizar un tratamiento efectivo de los síntomas que presentan los pacientes con trastornos de personalidad.

Hay que tener en cuenta que el concepto de personalidad es todavía confuso e incluye dos aspectos básicos: temperamento y carácter. Según Siever (1991)⁸, el temperamento sería el sustrato biológico de la personalidad, es hereditario y responsable de un 40-60% de la personalidad global. El carácter sería la parte de la personalidad que incluye la voluntad, el libre albedrío y otros aspectos que indican lo que el individuo ha hecho de sí mismo con su temperamento y circunstancias determinadas, sería un 60-40% restante de la personalidad.

Según Cloninger (1994)⁹, hay cuatro dimensiones del temperamento (evitación del daño, búsqueda de novedades, dependencia de la recompensa y persistencia) y tres dimensiones del carácter (autodirección, cooperatividad y autotranscendencia) que se pueden evaluar con su cuestionario TCI (Temperament and Character Inventory).

Según Siever y Davis (1991)⁸, los trastornos de la personalidad se pueden comprender mejor basándose en un modelo psicopatológico basado en el eje I y en el temperamento. Propone cuatro dimensiones psicopatológicas que están presentes en los trastornos de personalidad:

1. Organización cognitivo-perceptual, esquizotipia.
2. Impulsividad/agresividad.
3. Inestabilidad afectiva.
4. Inhibición/ansiedad.

Además, estos autores sugieren que dichas dimensiones deberían orientar el tratamiento psicofarmacológico de los trastornos de la personalidad, del cual hay abundante literatura al respecto. El tratamiento psicofarmacológico del temperamento, de las bases orgánicas de la personalidad, permite enfocar el tratamiento psicoterapéutico del carácter.

Como indican Coccaro y Siever (1995)¹⁰, contrariamente al mito de que los trastornos de la personalidad aceptan mal el tratamiento, un considerable porcentaje colabora bien, especialmente cuando existe comorbilidad con el eje I.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión de los principales síntomas y tratamientos de los diversos trastornos de la personalidad, "traduciendo" los criterios DSM-IV y

GRUPO B. Sujetos inmaduros.

Sintomatología	Tratamiento
Hipersensibilidad	Antidepresivos
Labilidad emocional	
Hiperactividad emocional	
Irritabilidad	
Rasgos ciclotímicos	Estabilizadores del estado de ánimo
Ansiedad	Ansiolíticos
Técnicas cognitivo-conductuales:	
— Aumento de la empatía.	
— Entrenamiento en habilidades de comunicación.	
— Regulación de emociones.	
— Sometimiento de las conductas seductoras al control de Yo.	

Tabla IV. Trastorno histriónico de la personalidad.

Sintomatología	Tratamiento
Oscilaciones del humor	Estabilizadores del ánimo
Labilidad afectiva	
Hipomanía	
Depresión	
Ciclotimia	
Impulsividad	
Depresión	Antidepresivos
Ira	
Irritabilidad	
Impulsividad	
Hipersensibilidad	
Sentimientos de vacío	
Paranoia	Antipsicóticos
Regresión psicótica	
Desorganización conceptual leve	
Ansiedad	Ansiolíticos
Ansiedad de separación	
Despersonalización/desrealización	
Técnicas cognitivo-conductuales:	
— Entrenamiento en la solución de problemas.	
— Estrategias de control de los impulsos.	
— Entrenamiento en habilidades de comunicación.	
— Regulación de las emociones.	

Tabla V. Trastorno límite de la personalidad.

Sintomatología	Tratamiento
Hipomanía	Estabilizadores del estado de ánimo
	Antipsicóticos
Paranoia leve	
Hostilidad	Antipsicóticos
Rasgos antisociales	Sin tratamiento médico
Técnicas cognitivo-conductuales:	
— Aumento de la empatía.	
— Entrenamiento en habilidades de comunicación.	
— Cambio de las distorsiones cognitivas sobre sí mismo.	

Tabla VI. Trastorno narcisista de la personalidad.

Sintomatología	Tratamiento
Impulsividad	Estabilizadores del ánimo
Ira	Ansiolíticos
Irritabilidad	Neurolepticos
Hostilidad	
Conducta antisocial	Sin tratamiento médico psiquiátrico
Técnicas cognitivo-conductuales:	
— Entrenamiento en conductas prosociales.	
— Estrategias de control de la ira y de los impulsos.	

Tabla VII. Trastorno antisocial de la personalidad.

CIE-10 a síntomas clínicos que pueden ser tratados farmacológicamente. No hay que olvidar que los trastornos de la personalidad pueden ser leves, medios o graves, y que además los síntomas pueden presentar altibajos en función de los acontecimientos externos o internos del paciente.

Los psicofármacos pueden ser suspendidos en los periodos en los que el paciente esté libre de síntomas y deben ser utilizados a dosis estándar si el paciente presenta comorbilidad con los trastornos del eje I.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

PERSONALIDADES NORMALES Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Los trastornos de la personalidad se corresponden con pautas de conducta inflexibles y no adaptativas y conducen a limitaciones graves (sociales y laborales), a una dificultad en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento nuevas ante las dificultades cotidianas y, en último término, a un aumento en el malestar

subjetivo (Sarason y Sarason, 1996¹¹; Vázquez, Ring y Avia, 1990¹²).

Hay tres características, de corte claramente darwiniano, que diferencian a las personalidades normales de los trastornos de la personalidad (Millon, 1996; Millon y Davis, 1998¹³):

1. La capacidad de funcionar de un modo autónomo y competente.

2. La posibilidad de ajustarse de una manera eficiente y flexible al medio social. De hecho, la transición de la personalidad normal al trastorno de personalidad se produce cuando una persona deja de ser peculiar para convertirse en molesta para los demás.

3. La capacidad de conseguir las metas propias, con el subsiguiente sentimiento de satisfacción subjetiva.

En suma, las alteraciones se manifiestan en los siguientes ámbitos (Jourard y Landsman, 1987¹⁴; Bernardo y Roca, 1998¹⁵):

a) Forma de percibir e interpretarse a sí mismo, los demás y los acontecimientos.

b) Afectos.

- c) Actividad interpersonal.
- b) Control de los impulsos.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y ENFERMEDADES MENTALES.

A su vez, los trastornos de la personalidad se diferencian de las enfermedades mentales básicamente en cuatro aspectos (Millon y Everly, 1994¹⁶; Vázquez et al, 1990¹²):

1. Son más bien estables temporalmente y no meramente un conjunto de síntomas que aparecen en una situación determinada.
2. Reflejan alteraciones más globales de la persona y están menos circunscritas a unos síntomas concretos.
3. Son egosintónicos, es decir, no molestos subjetivamente, al menos en la misma medida en que lo son muchos de los síntomas experimentados en las enfermedades mentales.
4. Son, por todo ello, menos “cambiables”.

Los trastornos de la personalidad son duraderos y describen la conducta habitual en una persona. Estos trastornos tienen un comienzo insidioso: normalmente comienzan a ser detectables desde la adolescencia e incluso antes.

No son propiamente *enfermedades mentales*, como la neurosis o la psicosis. En los trastornos de la personalidad se manifiesta la existencia de un contacto con la realidad, pero, por el contrario, no existe habitualmente una conciencia de enfermedad.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD COMO OBJETIVO TERAPÉUTICO.

El diagnóstico de trastorno de la personalidad conlleva generalmente la etiqueta de intratable. Las personas aquejadas de estos trastornos son percibidas como manipuladoras, buscadoras de atención, no mentalmente enfermas, con capacidad para controlar sus conductas, refractarias al tratamiento y con mal pronóstico (Sue y Stanley, 1996)¹⁷.

GRUPO C. Sujetos temerosos.

Sintomatología	Tratamiento
Rasgos obsesivos	Antidepresivos de uso en el TOC
Rasgos compulsivos	
Ansiedad	Benzodiazepinas/hipnóticos
Técnicas cognitivo-conductuales:	
— Aumento de la empatía y de la expresión emocional.	
— Clarificación de objetivos. Toma de decisiones.	
— Eliminación del temor a cometer errores y acomodación de la realidad a las expectativas.	
— Entrenamiento en solución de problemas y programación de actividades.	

Tabla VIII. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Sintomatología	Tratamiento
Ansiedad	Ansiolíticos
Ansiedad social	Antidepresivos
Ansiedad anticipatorio	
Fobia social	
Hipersensibilidad emocional	
Hipersensibilidad al rechazo	
— Técnicas cognitivo-conductuales:	
— Exposición gradual a las conductas evitadas.	
— Reestructuración cognitiva.	
— Entrenamiento en habilidades sociales.	
— Mejoría de la autoestima.	

Tabla IX. Trastorno de la personalidad por evitación.

Sintomatología	Tratamiento
Ansiedad	Ansiolíticos
Ansiedad de separación	
Síntomas depresivos	Antidepresivos
Distimia	

Técnicas cognitivo-conductuales:

- Terapia limitada en el tiempo.
- Mejoría de la autoestima y fomento de la autonomía.
- Entrenamiento en solución de los problemas.
- Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.

Tabla X. Trastorno de la personalidad por dependencia.

La necesidad de tratamiento de los trastornos de la personalidad es irrenunciable por las siguientes razones (Delgado, Ponte y Sierra 1994)¹⁸:

1. Las personas afectadas sufren por ello.
2. Pueden hacer daño a otras personas, o hacerse daño a sí mismas y pueden convertirse en padres contraproducentes para sus hijos.
3. Se trata de trastornos tratables e incluso (parcialmente) curables.

Obviamente no todos los trastornos de la personalidad responden de la misma manera al tratamiento. Con algunos de ellos, como el dependiente, el evitador y el obsesivo, se obtienen resultados esperanzadores; otros, por el contrario, como el paranoide, el esquizoide y el antisocial, son mucho más rebeldes a la terapia (Bernardo y Roca, 1998)¹⁵.

Los mínimos objetivos establecidos como "Objetivos terapéuticos en el tratamiento de los trastornos de personalidad son:

1. Tratamiento de los síntomas.
2. Control de las auto y heteroagresiones.
3. Evitación del deterioro funcional.

El tratamiento farmacológico se está convirtiendo en una realidad, ya que el avance de la psiquiatría biológica en el terreno de las alteraciones de la personalidad, donde se relacionan cada vez más alteraciones biológicas con conductas o rasgos caracteriales, da lugar a una actitud más intervencionista.

El tratamiento farmacológico se basa fundamentalmente en un beneficio específico, es decir, en el efecto de los fármacos sobre la remisión de la psicopatología como la impulsividad, la agresividad, la esquizotipia, la ansiedad y la inestabilidad emocional, pero no se puede olvidar el efecto placebo, especialmente importante en este grupo de pacientes.

Existen múltiples problemas para enfocar el tratamiento de los pacientes con trastorno de la personalidad ya que, por un lado, hay una alta variabilidad

de respuesta terapéutica y, por otro, un bajo cumplimiento del tratamiento en algunos pacientes como por ejemplo en el disocial, lo que unido a las variaciones típicas de los trastornos de la personalidad da lugar a distorsiones de los resultados.

Es difícil considerar un tratamiento de elección en estos trastornos, ya que las investigaciones en este campo son escasas, probablemente por el pesimismo de muchos autores que han considerado estos trastornos como intratables y también por las dificultades de realizar una investigación sistemática en estos pacientes.

Por tanto el tratamiento de los trastornos de personalidad se basa en el control de los síntomas y las alteraciones de la conducta del paciente, efectuado principalmente con psicofármacos, mientras que la interrelación del paciente con el medio ambiente se trataría con psicoterapia. Así pues el tratamiento es sintomático, centrándose en los síntomas que creen más problemas o en las alteraciones más manifiestas de la conducta; ello no significa enmascarar la patología del paciente, sino que a través de la mejoría de los síntomas por el tratamiento biológico del temperamento, se puede alcanzar una mejoría que permita al paciente acceder a otras intervenciones psicoterapéuticas sobre el carácter.

Así pues el tratamiento más completo lo constituiría una combinación de ambas estrategias, farmacoterapia y psicoterapia, valorando cada paciente individualmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tyrer P, Gunderson J, Lyons M, Tohen M. Special feature: extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *J Personal Dis*; 11: 242-259.

2. Rubio Larrosa V et al. Trastornos de personalidad en población penitenciaria. Actas I Congreso Nacional de Psiquiatría Legal. Zaragoza, 1992.
3. Arroyo JM. Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. IV Congreso Nacional de trastornos de la personalidad. Bilbao. www.seetp.com, 2002.
4. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: 2001.
5. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del Comportamiento. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Madrid: Meditor, 1993.
6. IPDE. Internacional Personality Disorder Examination. Examen Internacional de los Trastornos de la personalidad, Módulo DSM-IV, Módulo CIE-10. Programa IPDE-100, OMS. Madrid: Meditor, 1996.
7. Markovitz P. Pharmacotherapy. En: Handbook of personality disorders, theory, research and treatment. John Livesley W. Nueva York: The Guilford Press, 2001.
8. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*, 1991; 148: 1647-1658.
9. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM et al. The Temperament and Character Inventory: A Guide to its development and use. St. Louis, MO: Washington University Center for Psychobiology of Personality, 1994.
10. Coccaro EF, Siever LJ. The neuropharmacology of personality disorders. En: Bloom FE, Kupfer DJ (eds.). *Psychopharmacology: The fourth generation of progress*. Nueva York: Raven Press, 1995; 1567-1579.
11. Saranson IG, Saranson BR. Trastornos de la personalidad. En: *Psicología Anormal*, 7ª edición. Mexico, 1996.
12. Vázquez C, Ring J, Avia MD. Trastornos de la personalidad. En Fuentenebro F, Vázquez C (eds). *Psicología médica, sicopatología y psiquiatría*, vol 2. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1990.
13. Millon T, Davis RD. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona; Masson, 1998.
14. Jourard SM, Landsman T. La personalidad saludable. Madrid: Trillas, 1987.
15. Bernardo M, Roca M (eds.). Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento. Barcelona: Masson, 1998.
16. Millon T, Everly GS. La personalidad y sus trastornos. Barcelona: Martínez-Roca, 1994.
17. Sue D, Stanley S. Trastornos de la personalidad y trastornos del control de los impulsos. En: *Comportamiento anormal*. México: McGraw-Hill/Interamericana, 1996.
18. Delgado M, González A, Moreno A, Pérez E, Ponte N, Sierra AC. ¿Locos o malos? Una revisión del trastorno de personalidad antisocial o disocial. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1994; 14: 611-632.

CORRESPONDENCIA

Dr. Eloy Rodríguez Arrebola.
Médico Psiquiatra.
Master en Psiquiatría legal y Forense.
Equipo de Salud Mental las Albarizas
Marbella (Málaga).
Email: eloy5660@wanadoo.es