

Personalidad histérica o trastorno de personalidad histriónico: una revisión

RESUMEN: Realizamos una revisión bibliográfica de las hipótesis etiológicas, criterios diagnósticos, epidemiología, pronóstico y tratamiento del trastorno de personalidad histriónico, mostrando los problemas que han ido surgiendo desde que dicho trastorno apareció como entidad diferenciada.

PALABRAS CLAVE: Histeria; Trastorno de personalidad histriónico; Nosología.

SUMMARY: We present an bibliographic review of the etiological hypothesis, diagnostic criteria, epidemiology and therapy of the histrionic personality disorder, showing several difficulties that have arisen since the appearance of this disorder as an independent entity.

KEY WORDS: Hysteria, Hystrionic personality disorder; Nosology.

«Personalidad histérica, personalidad de los histéricos, relaciones entre una y otra, y de la una y la otra con los síntomas histéricos, constituyen también hoy en día un capítulo confuso de la psicopatología».

P. PICHOT (1)

1. *Introducción histórica*

Desde antiguo se viene considerando que los sujetos que padecen neurosis histérica presentan rasgos psicológicos particulares. En el s. XVII, Sydenham describe un «carácter histérico» en el intervalo de las crisis de histeria. Este concepto es retomado y desarrollado posteriormente por Janet en el s. XIX en su capítulo sobre las «modificaciones de carácter»; por su parte, Kraepelin habla de «personalidad histérica», aunque se trata, más propiamente, de la «personalidad de los histéricos». El origen del concepto de personalidad histérica es otro. En 1888 el psiquiatra alemán Koch enuncia el concepto de personalidad psicopática, que engloba estados permanentes caracterizados por anomalías del comportamiento, distintas a las de las neurosis y de las psicosis. Para Jaspers, la personalidad histérica puede ser independiente de la neurosis histérica, aunque con frecuencia van unidas. Define como carácter central de esta personalidad «la necesidad de aparentar más de lo que es... un teatro donde se representa una comedia ficticia». Kurt Schneider evita el término de «carácter histérico», aunque recoge muchos de sus rasgos en lo que él define como «psicópatas que necesitan hacerse valer». (1).

A pesar de que la teoría psicoanalítica de Freud se centró en la histeria, lo hizo fundamentalmente atendiendo a los síntomas conversivos. El mismo Freud no

se refirió a un carácter histérico específico. En su trabajo sobre «Tipos libidinales» describe un «tipo erótico» cuya principal característica está centrada en la necesidad de ser amado, que le hace depender de los demás. Estas personas, según él, cuando caen enfermas pueden desarrollar histeria. Los rasgos de personalidad asociados a los síntomas conversivos, como la inestabilidad emocional, la excitabilidad y la sugestionabilidad, fueron nombrados en su obra sólo de pasada (2). Reich, en 1933, asocia al carácter histérico los rasgos de conducta sexual sutil pero obvia, coquetería, gracia, excitabilidad, sugestionabilidad, mentira patológica y mecanismos de huida cuando la seducción sexual parece próxima a conseguir sus objetivos. Fenichel (1945) mantiene que el carácter histérico se debate entre un temor intenso a la sexualidad y una represión igualmente intensa de los impulsos (2). Easser y Lesser (1965) distinguen entre la verdadera histeria y lo «histeroide». Describen las personalidades histéricas como aquellas que presentan labilidad emocional, una obligación con el mundo humano, ansiedad en un estado de excitación creado por ellos mismos, erotización de las relaciones sociales, sugestionabilidad, desagrado por lo mundano, actitud infantil con apariencia de inocencia e inexperiencia. Para ellos, lo histeroide sería una caricatura de lo histérico de modo similar a como se ha dicho que lo histérico lo es de la feminidad (3). Baumbacher y Amini proponen tres subgrupos de personalidades histéricas: la neurosis histérica, el trastorno de personalidad histérico y la organización de personalidad *borderline* con rasgos histéricos (4). En un análisis realizado por Lazare, Klerman y Armor, se llega a la conclusión de que cuatro de los siete rasgos clásicamente asociados con la personalidad histérica estaban claramente agrupados: emocionalidad, exhibicionismo, egocentrismo y provocación sexual (5). Kernberg define la personalidad histérica en seis campos: hiperemocionalidad e impulsividad en un contexto de relaciones triangulares sexualizadas, sobreimplicación e infantilismo en algunas relaciones heterosexuales, exhibicionismo con implicaciones sexuales, seducción y competitividad, especialmente con los rivales edípicos imaginados (6).

El hecho de que los profesionales hayan sido atraídos o no por el fenómeno histérico a través de los años se puede reflejar en la aparición y desaparición de la histeria como una entidad diagnóstica en las nomenclaturas oficiales, fundamentalmente en la de la APA. A pesar de que la histeria era frecuentemente utilizada como diagnóstico clínico a mediados de este siglo, no existía como tal en la primera clasificación diagnóstica de la APA (DSM-I, 1952) (7). El DSM-I, publicado por la *American Psychiatric Association* (APA) en 1952, hace una discriminación entre lo que eran considerados aspectos neuróticos de la histeria (reacción de conversión) y los aspectos de personalidad. En la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico, DSM-II, publicada en 1968, la histeria aparecía en dos apartados separados: la neurosis histérica (tipo disociativo o conversivo) y la personalidad histérica, un síndrome caracterizado por excitabilidad, inestabilidad

emocional, hiperreactividad, autodramatismo, búsqueda de atención, inmadurez, vanidad, y dependencia excesiva.

Los trastornos histéricos pueden hacerse aparentes a través de síntomas físicos y psicológicos, así como de rasgos de personalidad, o de ambos. En la medicina actual, la diversidad de la histeria siempre ha supuesto un problema en la búsqueda de una definición precisa del trastorno. En numerosas ocasiones, se ha enfatizado la inutilidad del término «histeria» y se ha propuesto su desaparición. En el DSM-III, los trastornos histéricos se describieron y denominaron de una nueva forma, que posteriormente ha sido adoptada por la CIE-10 (8).

En el DSM-III (1980), las características de personalidad asociadas con el amplio concepto clínico de histeria son agrupadas en el diagnóstico «trastorno de la personalidad histriónicos», dentro del eje II de trastornos de personalidad. El término de «trastorno de personalidad histriónico» fue acuñado en 1967, pero no se incluyó en las categorías diagnósticas hasta la tercera edición del DSM. Se describe como un síndrome de inflexión y maladaptación que produce deterioro en el funcionamiento social, laboral, malestar subjetivo, o todo ello. Es definido por la presencia de una conducta excesivamente dramática, reactiva e intensamente expresada o por alteraciones características en las relaciones interpersonales.

En el DSM-III-R (1987) se mantiene el trastorno de personalidad histriónico, pero se añaden dos nuevos criterios que representan una vuelta al concepto histórico de histeria: seducción sexual inapropiada en apariencia, o conducta y lenguaje excesivamente impresionista y sin detalles. El diagnóstico de trastorno de personalidad histriónico se mantiene en el DSM-IV (1994) igual que en la edición anterior, con la única diferencia de exigir cinco criterios en lugar de los cuatro que exigía el DSM-III-R para hacer el diagnóstico.

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

2. Etiología

Las causas del trastorno de personalidad histriónico no son claramente conocidas, pero sin duda existe un origen multifactorial. Durante casi un siglo, el estudio psicoanalítico de pacientes con trastorno histriónico de la personalidad ha

aportado muchos datos acerca del desarrollo infantil y su psicodinamia, pero pocos acerca del trastorno histriónico en particular (9).

Dentro de la numerosa bibliografía existente acerca del trastorno de personalidad histriónico, al hablar de la etiología se observa cómo los conceptos de trastorno de personalidad histriónico e histeria se solapan y acaban confundiendo. En esta línea, algunos autores han propuesto hablar de una continuidad en la estructura histriónica de personalidad, en la que los síntomas de histeria aparecerían como epifenómenos (7).

2.1. *Teorías psicodinámicas*

La teoría psicoanalítica referente a la etiología de la histeria presupone una fijación del desarrollo psicosexual en el nivel de la fase edípica. Los síntomas histéricos aparecerían a partir de deseos sexuales reprimidos, impidiendo por un lado la irrupción en la conciencia de dichos deseos prohibidos y proporcionando una expresión sustitutiva de los mismos (10). Breuer y Freud ven en el trauma psíquico la base de la histeria. Dichos traumas serían extraídos de la conciencia mediante los mecanismos de disociación, represión y conversión. Otros autores (Marmor, Reich, Sperling) enfatizan además la importancia de la fijación preedípica. En palabras de Marmor, lo que habría en estos pacientes sería una mezcla heterogénea de fijación y conflicto, y cuando se comparan unos pacientes histéricos con otros se encuentran amplias diferencias que podrían ser puntos dentro de una estructura continua del trastorno marcado por dos polaridades de la histeria: la «buena genital» y la «mala oral». Este espectro refleja el grado de disfunción del Ego o el nivel de desarrollo adquirido en el curso de la maduración (11).

Blacker y Tupin (11) sugieren que la personalidad histérica surge de los niveles psicosexuales pregenital y genital. La organización de personalidad más infantil se daría a partir de un maternaje inadecuado, abuso sexual y físico y privación durante la infancia, dando como resultado un adulto con una conducta caótica, extrema e inestable, muy resistente a la psicoterapia. Esto contrasta con la organización de personalidad histérica genital o madura, que ha experimentado menor privación temprana, manifiesta relaciones objetales más intactas, ha vivido más éxitos en las áreas vocacional, emocional y social, y tiene síntomas susceptibles de intervención psicoterapéutica.

El fenómeno de la disociación es considerado por D. Sigmund como característica esencial del trastorno de personalidad histriónico. Supone una disociación de los contenidos y de las partes de la personalidad en el eje inconsciente-preconsciente-consciente. Dicho fenómeno es el requisito previo para vivir de modo

parcial y comprometido estas partes de la personalidad no permitidas ni integradas (12). La incidencia de abusos sexuales en la infancia en pacientes con trastornos disociativos es reseñada por diversos autores (13, 14, 15). Algunos llegan a relacionar la gravedad de la disociación con el tipo de abuso, encontrando que los sujetos con historia de abuso sexual mostraron un aumento en la tendencia a la disociación (16). A pesar de todo lo expuesto, algunos autores (9) señalan que aunque los conflictos edípicos infantiles forman parte de la condición humana, no existen estudios que demuestren que sean la causa del trastorno de personalidad histriónico.

2.2 *Teorías culturales*

No existen estudios comparativos de las manifestaciones de la personalidad histórica en las diversas culturas. Sin embargo, individuos con síntomas históricos se encuentran en las diferentes culturas y la forma en que estos síntomas son asumidos parece diferente. El hecho de que en algunas culturas las manifestaciones se presenten sólo en hombres mientras que en otras aparecen sólo en mujeres, y que aparezca en grupos de edad específicos o en un tiempo predecible, hace pensar en un condicionamiento cultural y sugiere que dichas formas son aprendidas y tienen un significado simbólico (11). Lucchi plantea que el análisis de los diferentes factores socioculturales y de los diferentes papeles establecidos para cada sexo, puede ayudar a entender algunas de las peculiaridades de este trastorno, pero a su vez puede inducir a cuestionar la existencia de la histeria como entidad nosográfica diferenciada (17).

Para algunos autores (18, 19), la existencia del trastorno de personalidad histriónico es muy discutible, ya que resulta una categoría confusa por estar culturalmente condicionada. Rienzi observa la mayor susceptibilidad de la mujer de ser diagnosticada de «histriónica» y señala que la historia cultural de este trastorno es altamente congruente con el estereotipo familiar de «mujer dependiente» (19).

2.3 *Teorías cognitivo-conductuales*

Shapiro considera a los históricos como incapaces de concentrarse intelectualmente, lo que conduce a deficiencias de conocimiento general incluso en áreas fuera de la influencia de la represión (20). Según Beck, una de las asunciones subyacentes en los individuos con trastorno histriónico de la personalidad es: «Soy inadecuado e incapaz de sostener mi vida por mí mismo» y concluyen que, ya que

son incapaces de cuidarse por ellos mismos, necesitan encontrar mecanismos para que otros se hagan cargo de ellos y buscan activamente atención y aprobación que les aseguren que sus necesidades son suficientemente consideradas por otros. Viven más volcados en los acontecimientos externos que en su propia experiencia interna, lo que les deja sin un claro sentido de identidad separado de otros y viéndose a sí mismos fundamentalmente en su relación con los demás (21). Shapiro esboza su estilo característico de pensamiento: impresionista, vívido e interesante, pero carente de detalles. Su recuerdo de los acontecimientos es global y difuso, y tienen una seria dificultad en hacer frente de forma constructiva a los problemas. Sin una posibilidad de integración cognitiva compleja, estas emociones indiferenciadas pueden ser difíciles de controlar, dejando a la persona sujeta a manifestaciones explosivas. Dado que estos pacientes tienden a estar atrapados por impresiones más que por el pensamiento, son especialmente susceptibles al pensamiento dicotómico, tienden a la distorsión y a la sobregeneralización y son extremos en sus conclusiones (20).

Un estudio realizado por Burgess evalúa y compara con controles el funcionamiento neurocognitivo de pacientes con personalidades del grupo B del DSM-III-R (histriónica, narcisista, borderline y antisocial), observando deficiencias significativa en el funcionamiento neurocognitivo, especialmente en operaciones de asociación multiescalonada o con multielementos (22).

2.4. *Teorías interpersonales*

Dentro de estas teorías se identifican una serie de situaciones en el desarrollo evolutivo que darían lugar a un estilo de relaciones interpersonales característico. Valorado por el atractivo físico y la capacidad de agradar, llega a sentir un gran temor a ser ignorado y un deseo de ser amado y cuidado por alguien poderoso, quien, pese a todo, puede ser controlado utilizando la seducción. Se parte de una actitud amigable y de confianza que encierra la intención secreta de forzar el deseo y el amor del otro, que además le cuide y le valore sin hacerle daño (23).

2.5. *Teorías neurobiológicas*

Aunque se piensa que la disociación es un estado especial de la conciencia manifestado por una memoria y fisiología estado dependientes, su psicobiología no se conoce bien aún. Algunos autores han postulado que el defecto de la histeria es biológico, pero no diferencian con claridad entre personalidad histérica, conversión y síntomas disociativos, relacionando todo ello con problemas funcionales a

nivel de la formación reticular del tronco del encéfalo, que podría estar relacionada con deficiencias en la memoria, la atención y el control (24). Demitrack y otros (25) obtienen datos sugerentes de que los cambios neuroquímicos de los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y opioide pueden estar asociados a la expresión clínica de disociación en pacientes con trastornos de la alimentación durante la fase aguda de la enfermedad. En los trastornos de despersonalización se ha observado una activación hemisférica izquierda frontotemporal y una reducción de la perfusión del caudado izquierdo (26). Dolan (27) menciona posibles correlatos de daño perinatal, bioquímica y alteraciones electrocorticales (exceso de actividad theta, ondas lentas localizadas en lóbulo temporal), autonómico y neuropsicológico. Considera que los sustratos neuroquímico y anatómico no tienen aún confirmación suficiente.

3. *Diagnóstico: criterios actuales*

Para Blacker y Tupin (11) existiría una serie de rasgos cardinales: conducta agresiva, emocionalidad, problemas sexuales, obstinación, exhibicionismo, egocentrismo, provocación sexual y dependencia. Completaría el cuadro descriptivo un único estilo perceptivo, cognitivo y comunicativo. Según Benjamin (23), estos rasgos están asociados con la definición de un «actor», que incluye una conducta seductora, preocupación desproporcionada por el atractivo físico, necesidad de focalizar la atención, necesidad de ser reconocido como un amigo íntimo por extraños, intolerancia a la falta de gratificación inmediata y expresividad exagerada, superficial y cambiante. A esta forma de relación con los demás es a lo que otros autores han llamado «como si» (11, 23).

Las clasificaciones más recientes, tanto la europea de la OMS (CIE-10, 1993) como la americana de la APA (DSM-IV, 1994) coinciden en señalar como rasgos característicos del trastorno de personalidad histriónica: teatralidad y expresión exagerada de las emociones; sugestionabilidad; afectividad lábil y superficial; intento permanente de ser el centro de atención; relaciones interpersonales marcadas por la seducción sexual inapropiada y preocupación excesiva por el aspecto físico. Además, el DSM-IV añade a estos criterios el discurso excesivamente impresionista y carente de detalles y la tendencia a considerar las relaciones más íntimas de lo que en realidad son. Por otra parte, la CIE-10 señala que pueden presentarse también egocentrismo, autoindulgencia, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos, y conductas manipulativas constantes para satisfacer las propias necesidades.

Pese a que clásicamente se han considerado rasgos característicos de la personalidad histriónica la seducción, la labilidad, el dramatismo y la inmadurez,

Thompson y Goldberg (29), estudiando las historias clínicas de 52 pacientes con este diagnóstico, encuentran que la interfiabilidad de estos rasgos es baja y que el diagnóstico de personalidad histriónica se hace frecuentemente sin la presencia de estos rasgos cardinales.

En general, la tendencia actual es la de incluir la personalidad histérica en el grupo de los trastornos de personalidad dramática o teatral, caracterizado exclusivamente por síntomas de orden caracterológico como: a) extrema vulnerabilidad al estrés; b) síntomas afectivos fluctuantes y reactivos; c) problemas recurrentes en las relaciones interpersonales; d) tendencia a la impulsividad.

Las personas con trastornos de personalidad tienden a estar en el extremo de uno o más rasgos dimensionales, y pueden expresar conductas características sólo en circunstancias que miden su particular vulnerabilidad. Las manifestaciones conductuales de rasgos maladaptativos hasta entonces no expresados pueden hacerse evidentes durante periodos de estrés (29).

En un afán de delinear criterios operativos para la definición de este trastorno de personalidad, se han desarrollado numerosos métodos e instrumentos diagnósticos, que incluyen la *Structured Interview for DSM-III Personality Disorder (SIDP)*, el *Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)*, la *Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID)*, el *Millon Clinical MultiAxial Inventory*, y un cuestionario desarrollado por Mann. Estos instrumentos y métodos han sido testados en varias poblaciones clínicas y valoradas sus respectivas fiabilidades, así como su relación con los diagnósticos del eje; y con los tests diagnósticos (30). Schotte y otros (31) constataron que las escalas 9, 0 y HST del MMPI (que valoran el aspecto introversión-extroversión) se relacionaban con el trastorno de personalidad histriónica DSM-III-R diagnosticado por la entrevista semiestructurada SCID-II.

4. Comorbilidad y diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial en el trastorno de personalidad histriónica de personalidad está muy sesgado por la asociación de los criterios diagnósticos al género (9). Por otra parte, la clasificación categorial favorece el solapamiento de entidades nosológicas. El estudio de la comorbilidad se ve dificultado porque el diagnóstico de trastorno de personalidad histriónica parece distraer al psiquiatra de un reconocimiento formal de otra psicopatología significativa. En general, se ha descrito una mayor prevalencia de trastornos afectivos, trastorno de ansiedad generalizada, abuso de alcohol y otras sustancias, en personas que presentan trastornos de personalidad (28, 29, 30, 32).

Según el estudio de Thompson y Goldberg, los pacientes que recibieron el diagnóstico de trastorno de personalidad histriónica son un grupo heterogéneo,

que tienen también diagnóstico de trastorno afectivo, dependencia de alcohol y/o drogas, epilepsia y estados confusionales tóxicos. Hay una marcada asociación con los trastornos afectivos, especialmente con el trastorno depresivo primario (28). Esto concuerda con los estudios de Nestadt (30) y Flick (32), que encuentran una propensión para la sintomatología depresiva. Elick además señala la mayor prevalencia de síntomas graves de ansiedad y de número de diagnósticos del eje I a lo largo de su vida (32). Por otro lado, en un estudio realizado con pacientes con trastorno bipolar de comienzo reciente, se observó que el trastorno de personalidad histriónico estaba presente en una gran proporción de ellos, aunque con pobre concordancia entre el MCMI-II y SIDP (33). En su estudio, Nestadt encuentra también una tasa aumentada de intentos de suicidio en este grupo de pacientes (39.2% frente al 1.4% en otros trastornos de personalidad) (30).

Estos sujetos eran más susceptibles de tener tres o más síntomas médicos inexplicables que otros trastornos de personalidad (26% frente a 6%) (30). En este sentido, Perry y Vaillant (9) señalan que el trastorno por somatización puede ocurrir en conjunción con el trastorno de personalidad histriónico, especialmente en mujeres. Sin embargo, en un estudio de Rost y otros, en el que pasaban la entrevista clínica estructurada para trastornos de personalidad (SCID) en pacientes con trastornos por somatización, encontraron que el trastorno histriónico sólo fue identificado en el 12.8% de la muestra, y advierten de la necesidad de evitar la impresión clínica común de que la conducta histriónica a menudo acompaña dicho trastorno (34).

De acuerdo con el estudio de Nestadt y otros (30), estos pacientes también utilizaban los servicios médicos aproximadamente cuatro veces más que los considerados como «no histriónicos» o que la población general. Estos autores, para asegurarse de que las diferencias de comorbilidad eran debidas al trastorno de personalidad histriónico, compararon las escalas GHQ que presentaban. El análisis demostró que tanto los síntomas físicos inexplicables como los intentos de suicidio previos eran significativamente mayores en el trastorno de personalidad histriónico que en otros trastornos de personalidad incluso después del ajuste para la escala GHQ (30). Benjamin opina que los intentos de suicidio repetidos de carácter manipulativo deben ser interpretados dentro del contexto de las relaciones interpersonales y como un dato más a favor del diagnóstico de trastorno de personalidad histriónico (23). Según Nestadt, el abuso de sustancias fue más prevalente en hombres (76%) con este trastorno (30). Modestin encontró una asociación entre psicosis reactiva y trastorno de personalidad histriónico (35). Cloninger sugiere un parentesco entre los trastornos de personalidad antisocial e histriónico, siendo quizá ambos distintas versiones de lo mismo, según el sexo (27). Parece también que los trastornos de personalidad borderline e histriónico coexisten con mayor frecuencia que la explicable por el azar (9, 32).

5. *Epidemiología*

La prevalencia del trastorno de personalidad histriónico es desconocida, probablemente debido a los múltiples cambios en la terminología (9).

Según el estudio realizado por Nestadt y otros (30), la prevalencia estimada de trastorno de personalidad histriónico en la población general es relativamente alta (2,2%). El trastorno histriónico siempre se ha considerado típicamente femenino, como muestran numerosos trabajos (9, 17, 18, 36) y los estudios realizados por Rienzi (19) y Abril (37). En contraste con estas opiniones, Nestadt observa que hombres y mujeres son afectados en igual medida (2,1% para mujeres y 2,2% para hombres). La prevalencia estimada declina con la edad en el hombre, mientras que permanece relativamente constante en mujeres: en sujetos menores de 45 años, la tasa de trastorno de personalidad histriónico no era significativamente diferente; sin embargo para la población mayor de 45 años era significativamente más alta en mujeres que en hombres (2,6% frente al 0,3%) (30). También Cohen y otros encontraron claramente una mayor prevalencia de trastornos de personalidad, especialmente marcada en los casos de trastorno histriónico y antisocial, en jóvenes. Sugieren que la escasa prevalencia en mayores de 55 años pudiera ser atribuida a varios factores, entre los que citan los cambios en la neuroquímica cerebral, la menor existencia de acontecimientos vitales estresantes en las personas mayores de 55 años de su estudio, y quizás el aprendizaje de pautas de conducta más adaptativas (29, 30).

La prevalencia estimada de trastorno de personalidad histriónico fue significativamente más alta entre personas separadas y divorciadas que entre casadas. No se encontraron diferencias significativas en función de la raza o la educación (30). Flick y otros encontraron una mayor prevalencia de todos los trastornos de personalidad en general en familias con bajos ingresos familiares (32).

6. *Curso y pronóstico*

Existe poca bibliografía al respecto. En general, dado que la prevalencia es menor a partir de los 55 años, la tendencia es pensar que hay una mejoría gradual con la edad. Uno de los posibles motivos es que las conductas que sirven de criterio para diagnosticar este trastorno habitualmente se vuelven más moderadas con la edad, en parte por las limitaciones físicas y ambientales. En general, el curso de estos trastornos, se ve influido por factores estresantes ambientales (29). El tratamiento psicoterapéutico, aunque difícil, parece mejorar a estos pacientes a largo plazo (38).

7. Tratamiento

El seguimiento de la evolución sugiere que la mayoría de estos pacientes mejoran significativamente con psicoterapia a largo plazo. Ésta es prolongada, difícil, y requiere terapeutas especialmente preparados y supervisados durante todo el proceso terapéutico (38). Perry y Vaillant señalan que dado que estos pacientes tienen poca conciencia de sus propios sentimientos, la clarificación de los sentimientos internos del paciente es importante para el proceso terapéutico. La psicoterapia de orientación psicoanalítica, tanto individual como grupal, es probablemente el tratamiento de elección para este trastorno (9). Allen enfatiza la necesidad de adaptar en la medida de lo posible el tratamiento a cada paciente, pero procurando que éste adopte un papel activo en su terapia, evitando darle consejos y fomentando su iniciativa. También alerta al terapeuta sobre el peligro de la sobreidentificación con el paciente. Opina que debe dársele un amplio margen para que narre su historia, evitando interrupciones que dificulten el proceso e interpretaciones apresuradas (39).

Beck reconoce que la eficacia de la terapia cognitiva para el tratamiento del trastorno de personalidad histriónico no ha sido aún demostrada empíricamente. Sin embargo, puesto que el estilo cognitivo de estos pacientes es claramente disfuncional en muchos sentidos, plantea que la terapia cognitiva podría ser un tratamiento particularmente apropiado. El objetivo sería ayudar al paciente a cambiar desde un estilo de pensamiento global impresionista a otro más sistemático, focalizado en problemas. En palabras de Allen, «enseñar al histérico a pensar». La terapia cognitiva expone al paciente histriónico a una manera completamente nueva de percibir y procesar las experiencias. El proceso de identificar los pensamientos y sentimientos es el primer escalón para hacer cambios graduales en el estilo de pensamiento problemático de los histriónicos. Es importante clarificar que el objetivo del tratamiento no es eliminar las emociones, sino utilizarlas de forma más constructiva (21).

En la terapia interpersonal, las intervenciones terapéuticas deben ir orientadas a favorecer la colaboración, facilitar el aprendizaje sobre patrones de conducta y relación y sus raíces, bloquear patrones maladaptativos, favorecer el deseo de cambio o animar a la creación de nuevos patrones. Según esta concepción, se entiende la terapia como una experiencia de aprendizaje. El efecto de la intervención puede ser evaluado según en qué grado estimule la colaboración (23).

8. Discusión

En 1980, con el DSM-III, aparece por primera vez el trastorno de personali-

dad histriónico como una entidad diferenciada y definida exclusivamente por síntomas de orden caracterológico. Transcurridos quince años, se mantienen los problemas surgidos entonces: por un lado, la parcelación excesiva, con el consiguiente solapamiento de los trastornos relacionados con la histeria, claramente puesto de manifiesto al hablar de la etiología, terreno en el que la personalidad, lo conversivo y lo disociativo, se confunden; por otra parte existe el riesgo de confundir rasgos y síntomas cuando se utiliza el registro del eje II. Como apuntan Blaker y Tupin (11), el riesgo de la fragmentación de los síntomas es la dispersión y la falta de una comprensión global del paciente.

La aproximación mediante categorías discretas tiene la ventaja de permitir definir poblaciones homogéneas para la investigación empírica. Sin embargo, los criterios, aunque definidos, no parecen ser universalmente aceptados, estando sujetos de manera notable a las características culturales de quien los aplica y de la población a considerar. Nos llama la atención que la etiología de este trastorno se base tan sólo en hipótesis, mientras que en otros trastornos de personalidad, como por ejemplo el antisocial, se han estudiado de modo más amplio factores (genéticos, biológicos y ambientales) implicados en la aparición del trastorno (40). Finalmente, no se puede hablar de una eficacia probada de las distintas alternativas terapéuticas propuestas, ya que, si bien es cierto que los defensores de las diversas teorías describen mejoría clínica con sus técnicas, en todos los trastornos de personalidad se ha observado una disminución de la sintomatología con la edad, por lo que es difícil saber si obedece al paso de los años o al efecto del tratamiento (29).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) PICHOT, P., «Historia de las ideas sobre la histeria», *Confrontaciones psiquiátricas*, 1981, 1, pp. 9-28.
- (2) AKHTAR, S., «Histrionic and schizotypal personality disorders», en *Broken structures. Severe personality disorders and their treatment*, Nueva Jersey, Northwale, 1992.
- (3) EASSER Y LESSER 1965, citados por AKHTAR en *Broken structures. Severe personality disorders and their treatment*, Jersey, Northwale, 1992.
- (4) BAUMBACHER, G.; AMINI, F., «The hysterical personality disorder: a proposed clarification of a diagnostic dilemma», *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 1984, 8, pp. 501-532.
- (5) LAZARE, A.; KLERMAN, G. L.; ARMOR, D. J., «Oral, obsessive and hysterical personality patterns: an investigation of psycho-analytic concepts by means of factor analysis», *Archives of General Psychiatry*, 1966, pp. 624-630.
- (6) KERNBERG, O., 1967, citado por AKHTAR en *Broken structures. Severe personality disorders and their treatment*, Nueva Jersey, Northwale, 1992.
- (7) HOROWITZ, M. J., «Core traits of hysterical or histrionic personality disorders», en HORO-

ORIGINALES Y REVISIONES

- WITZ, M. J., *Hysterical personality style and the histrionic personality disorder*. Nueva Jersey, Jason Aronson, 1991, 3-13.
- (8) WOK, W., «Vergangenheit und Zukunft des Hysteriekonzepts», *Nervenarzt*, 1992, 63 (3), pp. 149-157.
- (9) PERRY, J. C.; VAILLANT, G. E., «Personality disorders», en KAPLAN, H. I.; SADDOCK, B. J., *Comprehensive textbook of Psychiatry*, Williams & Wilkins, 1985, pp. 1352-1387, 5.ª ed.
- (10) CODERCH, J., *Psiquiatría dinámica*, Barcelona, Herder, 1991, pp. 141-142.
- (11) BLACKER, K. H., TUPIN, J. P., «Hysteria and hysterical structures: developmental and social theories», en HOROWITZ, M. J., *Hysterical personality style and the histrionic personality disorder*. Nueva Jersey, Jason Aronson, 1991, pp. 17-65.
- (12) SIGMUND, D., «Die Phenomenologie der hysterischen Persönlichkeitsstörung», *Nervenarzt*, 1994, 65 (1), pp. 18-25.
- (13) ROSS, C., y otros, «Dissociative experiences among psychiatric inpatients», *Gen Hosp Psychiatry*, 1992, 14 (5), pp. 350-354.
- (14) SAXE, B. N., y otros, «Dissociative disorders in psychiatric inpatients», *Am. J. Psychiatry*, 1993, 150 (7), pp. 1.037-1.042.
- (15) GLANTZ, K.; HIMBER, J., «Sex therapy with dissociative disorders: a protocol», *J. Sex. Marital Ther.*, 1992, 18 (2), pp. 147-153.
- (16) ATLAS, J. A.; HIOTT, J., «Dissociative experience in a group of adolescents with history of abuse», *Percept Mot. Skills*, 1994, 78 (1), pp. 121-122.
- (17) LUCCHI, N.; GASTON, A., «Cultural relativity of hysteria as a nosographic entity. Hysteria and antisocial behavior», *Minerva Psychiatr.*, 1990, 31 (3), pp. 151-154.
- (18) NUCKOLLS, C. W., «Toward a cultural history of the personality disorders», *Soc. Sci. Med.*, 1992, 35 (1), pp. 37-47.
- (19) RIENZI, B. M.; SCRAMS, D. J., «Gender stereotypes for paranoid, antisocial, compulsive, dependent and histrionic personality disorder», *Psychol. Rep.*, 1991, 69, pp. 976-978.
- (20) SHAPIRO, D., *Neurotic styles*, Nueva York, Basic Books, 1965.
- (21) BECK, A. T.; FREEMAN, A., «Histrionic personality disorder», en *Cognitive therapy of personality disorders*, Nueva York, Guilford, 1990, pp. 208-232.
- (22) BURGUESS, J. W., «Neurocognitive impairment in dramatic personalities: histrionic, narcissistic, borderline and antisocial disorders», *Psychiatry Res.*, 1992, 42 (3), pp. 283-290.
- (23) BENJAMIN, L. A., «Histrionic personality disorder», en *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*, Nueva York, Guilford, 1993, pp. 163-190.
- (24) LUDWIG, A. M., «Hysteria: a neurobiologic theory», *Archives of General Psychiatry* 1972, 27, pp. 771-786. Citado por BLACKER, K. H.; TUPIN, J. P., «Hysteria and hysterical structures: developmental and social theories», en HOROWITZ, M. J., *Hysterical personality style and the histrionic personality disorder*. Nueva Jersey, Jason Aronson, 1991, pp. 17-65.
- (25) DEMITRACK, M. A., y otros, «Relation of dissociative phenomena to levels of cerebrospinal fluid monoamine metabolites and beta-endorphin in patients with eating disorders: a pilot study», *Psychiatry Res.* 1993, 49 (1), pp. 1-10.
- (26) HOLLANDER, E., y otros, «Left hemispheric activation in depersonalization disorder: a case report», *Biol. Psychiatry*, 1992, 31 (11), pp. 1.157-1.162.
- (27) DOLAN, M., «Psychopathy - a neurobiological perspective», *Br. J. Psychiatry*, 1994, 165, pp 151-159.
- (28) THOMPSON, D. J.; GOLDBERG, D., «Hysterical personality disorder. The process of diagnosis in clinical and experimental settings», *Br. J. Psychiatry*, 1987, 150, pp. 241-245.
- (29) COHEN, B. J., y otros, «Personality disorder in later life a community study», *Br. J. Psychiatry*, 1994, 165, pp. 493-499.

- (30) NESTADT, G., y otros, «An epidemiological study of histrionic personality disorder». *Psychological Medicine*, 1990, 20, pp. 413-422.
- (31) SCHOTTE, C., y otros, «MMPI assessment of the DSM-III-R histrionic personality disorder». *J. Pers. Assess.*, 1993, 60 (3), pp. 500-510.
- (32) FLICK, S. N., y otros, «DSM-III-R Personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity and clinical correlates». *J. Affect Disord.*, 1993, 27 (2), pp. 71-79.
- (33) TURLEY, B., y otros, «MCMI-II personality disorders in recent-onset bipolar disorders». *J. Clin. Psychol.*, 1992, 48 (3), pp. 320-329.
- (34) ROST, K. M., y otros, «The comorbidity of DSM-III-R personality disorders». *Gen. Hosp. Psychiatry*, 1992, 14 (5), pp. 322-326.
- (35) MODESTIN, J.; BACHMANN, K. M., «Is the diagnostic of hysterical psychosis justified?: Clinical study of hysterical psychosis, reactive/psychogenic psychosis, and schizophrenia». *Compr. Psychiatry*, 1992, 33 (1), pp. 17-24.
- (36) SPROCK, J.; BLASHFIELD, R. K., SMITH, B., «Gender weighting of DSM-III-R personality disorder criteria». *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147 (5), pp. 586-590.
- (37) ABRIL, A., y otros, «Histrionic personality disorder in a psychiatry department at general hospital». *Arch. Neurobiol.*, 1991, 54 (3), pp. 89-97.
- (38) THE QUALITY ASSURANCE PROJECT, «Treatment outlines for borderline, narcissistic and histrionic personality disorders». *Aust. N.Z.J. Psychiatry*, 1991, 25 (3), pp. 395-403.
- (39) ALLEN, D. W., «Basic treatment issues», en HOROWITZ, M. J., *Hysterical personality style and the histrionic personality disorder*, Nueva Jersey, Jason Aronson, 1991, pp. 148-191.
- (40) DELGADO, M., y otros, «¿Locos o malos? Una revisión del trastorno de personalidad antisocial o disocial». *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1994, XIV, 51, pp. 611-632.

* Esther Pérez Pérez, Ana González Rodríguez, Ana Moreno Pérez, Nuria Ponte Velón, Manuel Delgado Criado, Psiquiatras. Instituto Psiquiátrico «José Germain», Leganés, Madrid.
Correspondencia: Esther Pérez Pérez, C/ Najerilla, 14, 2.º C, Las Rozas, 28230 Madrid.

** Fecha de recepción: 3-IX-1996.