

TRASTORNO  
HISTRIÓNICO  
DE LA  
PERSONALIDAD

Curso de Doctorado:  
Trastornos de la Personalidad y Proc. Terap.

Profesora: Elena Ibáñez Guerra

Alumna: Belén Cano Moyano

# ÍNDICE

## **I. INTRODUCCIÓN**

## **II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

## **III. VARIANTES DEL PROTOTIPO**

### **III.1. Estilos Normales**

### **III.2. Síndromes de la infancia**

### **III.3. Subtipos adultos**

#### **III.3.1. El histriónico teatral**

#### **III.3.2. El histriónico infantil**

#### **III.3.3. El histriónico vivaz**

#### **III.3.4. El histriónico apaciguador**

#### **III.3.5. El histriónico tempestuoso**

#### **III.3.6. El histriónico falso**

## **III. INTERVENCIÓN COGNITIVA**

## **IV. CONCLUSIONES**

# TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

## I. INTRODUCCIÓN

La motivación principal por la cual escogí el Trastorno Histriónico de la Personalidad para realizar el presente trabajo fue porque suele estar en la base de los Trastornos del Comportamiento Alimentario, y actualmente estoy investigando en dicho tema (anorexia nerviosa fundamentalmente y en un segundo plano bulimia nerviosa) y pensé que podría ayudarme a entender mejor los factores que están implicados en dichos trastornos.

La terapia cognitiva actualmente se está utilizando en diferentes síndromes, entre ellos podemos nombrar los trastornos por ansiedad o por angustia, y los trastornos alimentarios. En este trabajo explicaremos las técnicas cognitivas que se están empleando actualmente para el tratamiento del trastorno histriónico de la personalidad.

A continuación realizaré una breve **introducción histórica** sobre el Trastorno Histriónico de la Personalidad.

En 1980 aparece por primera vez el término personalidad histriónica en el DSM-III, y reemplaza al de personalidad histérica, con el objetivo de reducir la confusión en la aplicación del término “histeria”.

A lo largo de la historia diferentes autores han contribuido a enriquecer con sus aportaciones el estudio del Trastorno Histriónico de la Personalidad.

En primer lugar pasaré a citar las primeras contribuciones que se realizaron al trastorno, (también se pueden considerar como los antecedentes históricos), para

seguidamente centrarme en las formulaciones modernas y contemporáneas tomando como referencia y guía la excelente revisión histórica que realiza Millon (1998).

A mediados del siglo XIX se realizan las primeras descripciones de la personalidad histriónica tal y como la concebimos en la actualidad. Feuchtersleben indicó que “las mujeres que tenían una predisposición a los síntomas histéricos mostraban un aumento de la sexualidad, eran egoístas y padecían un exceso de saciedad y aburrimiento”. Por otra parte Griesinger describió que las mujeres histéricas presentaban una “sensibilidad desmesurada, sobre todo al más ligero reproche (en la que hay) una tendencia a referir todo hacia sí mismas, gran irritabilidad, enormes cambios de disposición al mínimo motivo externo, o incluso sin motivo alguno”.

Briquet se opuso a la perspectiva histórica la cual consideraba que los hombres no podían mostrar histeria, señaló los factores psicológicos que jugaban un papel relevante en la expresión de los síntomas del trastorno.

Charcot influyó en que se comenzara a conceder más importancia a los determinantes psicobiológicos debido al trabajo realizado para el alivio de los síntomas histéricos de conversión mediante hipnosis, influidos por esta técnica, Freud y Breuer publican su primer trabajo científico en 1893. Hirt (1902) describió al tipo histérico como “personas superficialmente excitables, entusiastas, desconfiadas, anhelantes de atención, y vacías”. Posteriormente, Kraepelin (1904) describió las características del tipo histérico señalando su “deleite con la novedad, su entusiasmo, una imaginación vívida, gran excitabilidad, labilidad del estado de ánimo, una preocupación romántica, caprichosidad e impulsividad”.

A continuación citaré las **contribuciones modernas** realizadas por los autores más representativos de esa época.

Jaspers (1925) señala que la característica más representativa de esta personalidad es “tratar de aparentar más de lo que uno es”. Schneider sustituyó el término de histérico por “buscadores de atención” y describió un grupo de personalidades “hipertímicas”. Por otra parte, Kretschmer sintetizó las características del carácter histérico y Jung en su tipo “extrovertido-intuitivo” formula una serie de características que se corresponden con la personalidad histérica. El estilo de vida “pasivo-constructivo” de Adler también describe los rasgos que caracterizan al histriónico.

Wittels (1930) atribuyó la formación del carácter a las fijaciones durante la etapa infantil o pregenital, por otro lado, Reich proporcionó las primeras aportaciones a la teoría psicoanalítica en el área de la formación del carácter.

A continuación describiré las formulaciones más actualizadas realizadas sobre el trastorno histriónico.

En el DSM-III (1980) el término “histeria” desaparece y se define la categoría independiente de trastorno histriónico de la personalidad. En el DSM-III-R (1987), el THP se caracteriza por la excesiva emocionalidad y la tendencia a llamar la atención. El DSM-IV continúa con los criterios perfilados en el DSM-III y en el DSM-III-R, que agrupan los síntomas enumerados en cuatro ámbitos clínicos: comportamiento interpersonal, criterios cognitivos, criterio comportamental y del estado de ánimo. Según el DSM-IV el THP se caracteriza del modo siguiente:

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1) No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.

- 2) La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
- 3) Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
- 4) Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
- 5) Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
- 6) Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
- 7) Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
- 8) Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

Según Millon la personalidad histriónica se caracteriza por la polaridad, por una parte estaría la focalización ecológica (educación) y por otro lado nos encontramos con la actividad (modificación), no resultando significativas las polaridades de dolor y placer.

## **II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

En el siguiente apartado describiré de una forma sintetizada los ámbitos clínicos del prototipo histriónico según Millon (1998):

- **COMPORTAMIENTO OBSERVABLE: DRAMÁTICO:** Tomando como referencia a Millon las características más significativas del comportamiento serían la hiperreactividad, relacionándose en ocasiones de manera fugaz y provocativa, pero mostrándose habitualmente de forma atractiva y teatral. Manifiestan comportamientos impulsivos, caprichosos y emotivos, excitaciones momentáneas y aventuras hedónicas. Los afectos cambian rápidamente, son de corta duración y superficiales. A modo de resumen: “las personalidades histriónicas tienden a ser caprichosas, se

excitan con facilidad y son poco tolerantes a la frustración, la dilación y el desengaño”.

- **COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL: BUSCADOR DE ATENCIÓN:** El objetivo principal de los histriónicos es la afectividad y la atención y para conseguir este propósito recurren a diversas tácticas para elicitarse una respuesta favorable.

Tanto las mujeres como los hombres presentan despreocupación y sofisticación por una parte y por otro lado inhibición e ingenuidad. En un primer momento hacen una buena actuación, pero cuando las relaciones demandan profundidad y constancia suelen dudar y abandonar. Los histriónicos se venden a sí mismos para provocar el reconocimiento y la estima. Muestran mucha atención a las señales que los otros transmiten para de esta manera satisfacer los deseos de estos.

- **ESTILO COGNITIVO: FRÍVOLO:** Evitan el pensamiento introspectivo, son sugestionables, están hipervigilantes a los acontecimientos momentáneos y superficiales. Carecen de una identidad independiente de los demás debido a la orientación que manifiestan al exterior. Manifiestan incapacidad para pensar de una manera concentrada y lógica. “Se disocian de los pensamientos, de las personas y de las actividades que pueden alterar su estrategia de superficialidad”.
- **AUTOIMAGEN GREGARIA:** Se ven como gente sociable, amigable y conformista. Se consideran estimulantes y encantadores y suelen negar las señales de agitación interna, debilidad, depresión u hostilidad, rechazándolas como si pertenecieran a ellos mismos.
- **REPRESENTACIONES OBJETALES SUPERFICIALES:** Son insaciables en la búsqueda de atención y aprobación, las estrategias que utilizan para atraer la atención se consideran patológicas porque no pueden restringir sus manipulaciones a situaciones

en las que son apropiadas, de esta manera se aplican de una manera indiscriminada y persistente. El fracaso en conseguir la atención y aprobación que desean suele provocar depresión y ansiedad.

- **MECANISMOS DE DEFENSA: DISOCIACIÓN/REPRESIÓN:** Los histriónicos han aprendido a reprimir o disociar recuerdos y sentimientos que pudieran producir malestar. Si alcanzan un mundo interno de pensamientos, recuerdos y emociones intentarán reprimirlo y que permanezca fuera de la consciencia. La represión que se aplica es masiva y absoluta
- **ORGANIZACIÓN MORFOLÓGICA: INCONEXA:** Tienen menor capacidad para funcionar de una forma independiente, se mantienen en el presente y su vida interna se mantiene pobre. En definitiva su estructura morfológica y la organización de su mundo interno se mantiene inconexo.
- **ESTADO DE ÁNIMO/ TEMPERAMENTO: INCONSTANTE:** Los histriónicos experimentan ambivalencia en los sentimientos, lo que indica un nivel muy elevado de irritabilidad sensorial, excesiva actividad simpática, y carencia de actividad cortical.

### **III. VARIANTES DEL PROTOTIPO:**

En el siguiente apartado comentaré las formas de presentarse el estilo histriónico según Millon (1998), seguiré la clasificación dada por él de estilos normales, síndromes de la infancia y subtipos adultos.

**III.1. ESTILOS NORMALES:** Lo que ha de llamarnos la atención para poder diferenciar un trastorno histriónico de la personalidad de un estilo normal son las cualidades que provienen básicamente de circunstancias especiales de la



educación y la experiencia de los sujetos, y no las que se atribuyen a fuerzas y valores de la mayoría de la sociedad, ya que ésta valora la cordialidad y la sociabilidad. Según Millon “los tipos histriónicos normales son considerados personas cordiales y encantadoras; buscan la atención de los demás y casi siempre transmiten un aire de bienestar y autodisfrute. Poseen una cordialidad y atractivo social genuinos”.

**III.2. SÍNDROMES DE LA INFANCIA:** En el DSM-IV aparece una subcategoría relacionada, llamada Trastorno Reactivo de la vinculación de la infancia a la niñez: tipo desinhibido. De todas maneras no se han realizado investigaciones empíricas para demostrar si existe relación entre este trastorno y el futuro posterior histriónico.

**III.3. SUBTIPOS ADULTOS:** En este subapartado comentaré conjuntamente las características clínicas de cada subtipo, y las comorbilidades con otros trastornos.

**III.3.1. EL HISTRIÓNICO TEATRAL:** Cumplen las expectativas de los demás tanto como les es posible, se adaptan a cualquier situación externa en la que se encuentren. Venden su aspecto a los demás y simulan posturas deseables y dramáticas que producen para crear una imagen atractiva de sí mismos. A pesar de la capacidad para simular todo tipo de personajes y caracteres les queda un sentido de vacío interno debido a su falta de introspección y estar permanentemente orientados hacia los demás. Las personas que pertenecen al mismo sexo de los histriónicos se percatan de las tácticas superficiales que utilizan para ser el punto de mira de los demás y descubren que bajo la simpatía y sociabilidad extrema se encuentra en esencia la superficialidad de la persona.

**III.3.2. EL HISTRIÓNICO INFANTIL:** Este subtipo normalmente manifiesta un cóctel de rasgos entremezclados de la *personalidad histriónica y límite*, presentan emociones lábiles y difusas, rabietas infantiles y comportamientos exigentes y constantes, junto con provocación sexual. Su comportamiento se caracteriza por la necesidad de dependencia, estados de ánimo variables y alternativos. Buscan ansiosamente la reafirmación por parte de los otros para poder mantener el equilibrio. Estos individuos presentan una histeria infantiloides, se fijan y agarran a las figuras significativas quedándose enganchados a ellas. “Es frecuente y característica la vacilación entre momentos de afabilidad infantil, en los que actúa de una manera seductora y tentadora, y otros en los que se muestra hosco o resentido”. Estos individuos suelen provocar problemas interpersonales, ya que dudan que el interés que demuestran los demás sea auténtico.

**III.3.3. EL HISTRIÓNICO VIVAZ:** Las características histriónicas e hipomaniacas según Millon suelen estar asociadas, se comprueba con relativa frecuencia en los programas de tratamiento del consumo de sustancias, en asesoramiento de parejas y en centros para maltrato a las mujeres. Los histriónicos manifiestan muchos de los rasgos que caracterizan a la *personalidad narcisista*. Este subtipo actúa de forma impulsiva, buscan refuerzos constantemente y excitaciones superficiales sin analizar las posibles consecuencias de su comportamiento. Para el resto de personas, son individuos animados, aunque tienden a ser superficiales en los temas que tratan. Llevan una vida caótica de clara irresponsabilidad y dejan atrás las esperanzas que en el pasado fueron seductoras. El consumo de sustancias y alcohol les libera de las limitaciones que sienten, recuperan el sentido de bienestar y les permite desinhibir los impulsos controlados sin asumir responsabilidad o culpa personales. En

última instancia es aconsejable realizar un diagnóstico diferencial señalando que en general, el patrón habitual del estilo de vida del histriónico es adaptativo, ya que no interfiere con el funcionamiento social ni laboral, tal y como sí que lo hace en el estado de ánimo del Trastorno ciclotímico.

**III.3.4. EL HISTRIÓNICO APACIGUADOR:** El objetivo principal es la aprobación de los demás, pretendiendo que los elogien y ensalcen. Tienen una habilidad no habitual para agradar a la gente, y hacer amigos rápidamente. Este subtipo se suele caracterizar por rasgos *histriónicos, dependientes y compulsivos*. Se sienten en realidad personas inútiles y problemáticas debido a que en las primeras fases de sus vidas se sintieron inferiores, inadecuados, no se sentían queridos y no recibían gratificaciones. El histriónico apaciguador nunca consigue sus objetivos y se pasa toda la vida buscando señales de atención y elogio.

**III.3.5. EL HISTRIÓNICO TEMPESTUOSO:** Se caracterizan por labilidad emocional, impulsividad, síntomas depresivos, malhumor y resentimiento. A menudo se encuentra fuera de control, reacciona a la mínima contrariedad y actúa de una forma turbulenta, apasionada y violenta. En este subtipo se pueden distinguir muchas características de la *personalidad negativista* y en las formas graves se asemejan a la *personalidad límite*. Alternan los períodos de gran excitación y afabilidad con la inhibición, fatiga, hipersomnias, sobreingestas alimentarias y consumo excesivo de alcohol. Aunque deseen agradar, estas personalidades tienen conflictos crónicos y repetidos con los otros. A menudo se muestran como niños resultando exigentes, centrados en sí mismos e incontrolados. Con el paso del tiempo estos individuos manifiestan una conducta menos histriónica, tornándose más descontentos, críticos y envidiosos, protestando ante la buena suerte de los demás.

**III.3.6. EL HISTRIÓNICO FALSO:** Los integrantes de la familia y otros familiares cercanos perciben en este subtipo poca fiabilidad, tendencias impulsivas, resentimientos, y malhumor acentuado. Sus relaciones son superficiales y frívolas, tienen tendencia a mostrarse poco sinceros, calculadores y engañosos. Comparten muchas características distintivas de las *personalidades antisociales*. Mantienen relaciones más premeditadas e hipócritas, parecen disfrutar de los conflictos. Se engañan a sí mismos en cuanto a sus motivos de igual forma que engañan a los demás. A pesar de que los histriónicos y los antisociales tienden a ser impulsivos, seductores y manipuladores, el primero lo hace para llamar la atención y cuidado, a diferencia de los segundos que lo realizan para obtener provecho y poder.

## **V. INTERVENCIÓN COGNITIVA**

En el siguiente apartado comentaré las técnicas cognitivas y conductuales que se están aplicando actualmente en el tratamiento del THP realizando una síntesis del capítulo del libro de Beck (1995) que se centra en dicho trastorno.

Beck ha realizado una conceptualización cognitiva de la histeria, pero más relacionada con la histeria de conversión que con el THP.

Las personas con THP es probable que acudan al tratamiento cuando han tenido alguna ruptura en las relaciones interpersonales o presentan alguno de estos cuadros como pueden ser alcoholismo, abusos de sustancias tóxicas, el trastorno de conversión, el trastorno por somatización y la psicosis reactiva breve, tal y como hemos comentado anteriormente.

Algunos autores han encontrado que las mujeres con el diagnóstico de THP manifestaban una capacidad aminorada para percibir y evaluar su propia conducta tal como la percibían y evaluaban otros miembros de la misma cultura.

Las personas que padecen el THP tienden a formular enunciados absolutos, su lenguaje contiene muchas hipérbolos resultando intenso y dramático.

Uno de los supuestos subyacentes del individuo con THP es “Yo soy inadecuado e incapaz de manejar la vida por mí mismo”, estos sujetos cuando llegan a esta conclusión necesitan buscar la manera de que otros les cuiden y entonces de una forma activa buscan la atención y la aprobación de los otros para asegurar que estos satisfagan sus necesidades.

A pesar de que la aprobación de los demás es su meta primaria, no han aprendido métodos eficaces para obtenerla. Estos individuos se ven a sí mismos como sociables, amistosos y agradables. Se considera que el pensamiento del paciente histriónico es vago, vívido e interesante, pero falto de detalles y descentrado. Los recuerdos que tiene de los hechos normalmente son globales y difusos.

Según la terapia cognitiva los pensamientos ejercen una fuerte influencia sobre las emociones, de esta premisa se extrae que los pensamientos globales y exagerados conducirán a emociones exageradas y globales.

El estilo de pensamiento típico de las personas histriónicas produce varias de las distorsiones cognitivas definidas por Beck (1976), se piensa que la terapia cognitiva podría ser un tratamiento particularmente adecuado ya que ésta expone al paciente histriónico a una perspectiva totalmente novedosa de la percepción y el procesamiento de la información.

La relación que se establezca entre terapeuta-paciente va a ser primordial durante toda la intervención y va a ir guiando el curso de la terapia, es vital que esta relación sea de tipo cooperativo y de descubrimiento guiado.

Establecer una agenda de temas durante la sesión de terapia facilita al paciente centrar su atención en temas específicos, ya que a estos pacientes les encanta comentar todos los hechos acaecidos a lo largo de la semana. Estos pacientes suelen abandonar la terapia antes de que se hayan producido cambios sustanciales debido a que han perdido el interés, esto se puede evitar estableciendo conjuntamente con el paciente metas que les sean significativas y que obtengan recompensas a corto plazo.

Para que se produzcan cambios duraderos en el síndrome es fundamental tratar cada uno de los diferentes elementos de la conceptualización cognitiva del THP.

Enseñar a controlar y puntualizar con exactitud pensamientos específicos y a que observen los pensamientos a través de un registro de pensamientos disfuncionales es una de las partes más importantes del tratamiento. Estos registros ayudan a los pacientes a cuestionar los pensamientos que demuestran ser disfuncionales, así como a concretar y cambiar las distorsiones cognitivas. La realización de experimentos conductuales dramáticos es otra herramienta eficaz para cuestionar los pensamientos automáticos.

Otra de las ventajas de cuestionar los pensamientos es que sirve para reducir la impulsividad. Otra de las técnicas cognitivas fundamental para estos pacientes es la enumeración de ventajas y desventajas, con esta técnica se prepara al individuo para realizar elecciones y solucionar los problemas que se presentan en la vida común.

A estos pacientes que manifiestan falta de conciencia de las consecuencias antes de actuar, resulta conveniente enseñarles el “pensamiento de medios y fines”, este

implica crear una variedad de soluciones para un problema, y posteriormente evaluar con exactitud las consecuencias probables de las diversas alternativas.

Una vez que el paciente ha aprendido a eliminar su reacción y a establecer lo que quiere de la situación, puede aplicar su habilidad para resolver problemas considerando los puntos fuertes y débiles para poder alcanzar la meta deseada.

El terapeuta no le pide que realice cambios permanentes en su conducta, sino que le sugiere “la realización de experimentos conductuales breves para descubrir cuáles son los métodos más eficaces y menos costosos a largo plazo”.

El entrenamiento en asertividad implica la utilización de métodos cognitivos para ayudar a estos pacientes a prestar atención a lo que quieren y a iniciar el desarrollo de un sentido de identidad, además de las técnicas conductuales para enseñarles a comunicarse de una forma más efectiva.

Se ha de trabajar en la mejora de las relaciones interpersonales enseñándoles a cuestionar su creencia de que la pérdida de una relación sería desastrosa.

El terapeuta ha de explicar al paciente que el objetivo del tratamiento no consiste en eliminar las emociones, sino en emplearlas de una forma más constructiva. Durante el curso de la terapia el terapeuta motiva a que el paciente utilice la imaginación vívida y el sentido teatral para cuestionar sus pensamientos automáticos.

El grupo estructurado de terapia cognitiva resulta muy eficaz ya que a estos pacientes les estimula recibir aprobación y atención. La terapia de pareja puede ser conveniente con personas que tienen relaciones significativas.

## **V. CONCLUSIONES**

Los pacientes con trastornos de la personalidad generalmente suelen ser los más difíciles de tratar para el terapeuta, normalmente suponen realizar más trabajo en cada sesión, mayor tiempo de terapia, mayor competencia y profesionalidad por parte del terapeuta.

Según Beck (1995) “ en la terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad hay que modificar la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, las metas y expectativas de terapeuta y paciente, y las técnicas y estrategias necesarias”.

No se han realizado investigaciones empíricas para comprobar la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento del trastorno histriónico de la personalidad, solamente disponemos de informes clínicos que parecen apuntar resultados positivos y esperanzadores.

El tratamiento suele ser más largo que los que se aplican a diagnósticos del Eje I, cambiar las características del THP suele requerir de uno a tres años.

Es necesario que se realicen en el futuro investigaciones controladas que nos informen de la eficacia del tratamiento con estos sujetos, que especifiquen los componentes fundamentales de la terapia y nos guíen para conocer qué tipo de pacientes son los más adecuados para qué variantes del enfoque terapéutico.

Para que la terapia cognitiva resulte eficaz depende del grado de acuerdo entre lo que espera el paciente sobre las metas terapéuticas y las del terapeuta.

A continuación, a modo de resumen describiré el perfil que caracteriza al sujeto con trastorno de personalidad histriónico: A sí mismos se ven como encantadores, grandiosos y merecedores de atención. A los demás los ven favorablemente mientras logran atraer su atención y su afecto, su autoestima depende de que reciban continuas



expresiones de aprecio. Habitualmente tienen creencias nucleares tales como: “En el fondo carezco de atractivos”, o “Para ser feliz necesito que me admiren”. Las creencias condicionales son, entre otras: “Si no cautivo a la gente, no soy nada”, “Si la gente no responde, es porque es mala”.... Los sujetos histriónicos son demostrativos y teatrales para hacer que las personas queden ligadas a ellas. Pero cuando no logran imponerse creen que se los trata con injusticia, tratan de obtener sumisión o se vengan con estallidos de mal genio. Tienen baja tolerancia a la frustración, y pueden recurrir al llanto y a la conducta agresiva y gestos suicidas para lograr lo que quieren o castigar a quien les ofende. Los intentos de suicidio pueden ser serios y potencialmente fatales, aunque respondan a impulsos del momento. El afecto más destacado es la jovialidad, a veces combinada con alegría y buen humor cuando consiguen comprometer a otros.

Según Millon los trastornos de la personalidad requieren modalidades de intervención combinadas y diseñadas estratégicamente. Millon presenta una “teoría del aprendizaje biosocial”, según la cual el THP concuerda con la pauta de la personalidad activo-dependiente.