



## **INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,  
Psicología y Salud Mental

### **TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD. CASO CLÍNICO**

Covadonga Huergo Lora, Sergio Ocio León, Manuel Gómez Simón, Mario Javier Hernández González, Mercedes Valtueña García, Alejandro Vázquez González

[dumpy1981@hotmail.com](mailto:dumpy1981@hotmail.com)

Tensión, impulso, frustración

### **RESUMEN**

Paciente de 58 años, reside con su mujer, un hijo independizado.

NRAM. Neumonía atípica y TEPA bilateral con probable infarto pulmonar izquierdo ( segmento superior de llingula) en noviembre de 2015. TVP en noviembre de 2016 a tratamiento con anticoagulante oral.

No hábitos tóxicos.

Antecedentes de consulta en 2016 donde acude muy ansioso y tenso relatando los estresores vitales, irritabilidad acompañado de sintomatología subdepresiva e insomnio de conciliación. Es diagnosticado como episodio depresivo leve y se pauta sertralina 50 mg y alprazolam 1 mg. A los pocos días, es preciso suspender tratamiento antidepresivo por intolerancia y disminuir dosis de ansiólítico por quejas de sedación. Mejora del episodio también por ceder los estresores agudos.

En marzo de 2021, acude por iniciativa propia al servicio de urgencias por problemas de sueño y tensión. En la valoración, se encuentra tenso, irritable y malhumorado en relación con dificultad vital y referente con una persona en concreto de su entorno familiar refiriendo de forma clara y explícita intencionalidad heteroagresiva hacia la misma. Es preciso tratamiento inyectable y realización de ingreso involuntario.

Tras unas estancia de 5 días, estabilización del episodio donde predomina la caracteropatía neurótica excluyendo sintomatología psicótica. Se diagnostica como episodio adaptativo y trastorno histriónico de la personalidad a tratamiento con diazepam 10 mg ( 1 cp cada 8 horas) y olanzapina 10 mg a la cena.

Se mantiene seguimiento del caso en consultas ambulatorias.

## **TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD. CASO CLÍNICO**

### **DESARROLLO DEL TEMA**

En los trastornos de la personalidad, aunque la psicología de cada individuo es idiosincrásica, hay datos psicobiológicos que permiten establecer tipologías ( patrones estables de procesamiento de la información biológica y de interacción con los otros). Estos patrones se consideran anormales cuando generan sufrimiento e inadaptación; es decir, cuando dan lugar a psicopatología y a problemas biográficos.

Existe un tipo de trastorno de la personalidad que se caracteriza por el procesamiento aberrante de la información, la experimentación de estados mentales inusuales, el aislamiento y la marginación social. Son sujetos extraños y solitarios, proclives a presentar sintomatología psicótica ( grupo A).

El grupo B reúne a las personas con inestabilidad emocional y propensión a la ansiedad, e incluye a sujetos con necesidades desmedidas de atención y de afecto, proclives al malestar psicológico, al descontrol emocional y a la distimia, y que con frecuencia recurren a conductas impulsivas.

El grupo C reúne a las personas que presentan distintas formas de miedo patológico. Temen la opinión de los otros y evitan el contacto social, viven en un estado de preocupación permanente y/o pueden adherirse o someterse a otras personas para mitigar su desvalimiento.

Dentro de los trastorno de personalidad del grupo B, según DSM-5, se encuentra el trastorno narcisista (sentimiento de importancia y grandeza, fantasía de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal); trastorno antisocial ( conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta), trastorno límite ( inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal) y por último el trastorno histriónico del que se hablará a continuación.

En el trastorno de la personalidad histriónica son personas excitables y emotivas, con comportamientos pintorescos, dramáticos y extravertidos pero son incapaces de mantener vínculos profundos y duraderos.

Con una prevalencia del 1-3 %, son más frecuentes en mujeres que en hombres. Algunos estudios han demostrado una asociación con el trastorno de somatización y trastorno por abuso de alcohol.

## **TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD. CASO CLÍNICO**

Los principales mecanismos de defensa son la represión y la disociación ( consiste en la sustitución de los afectos desagradables por otros agradables)

En la personalidad histérica, a través del análisis factorial de Lazare y cols.(1966), se aislaron rasgos de personalidad histérica como el egocentrismo ( el sujeto tiene la necesidad de destacar sobre los demás y ser el centro de atención); histrionismo ( exhibicionismo e imaginativo encubre la realidad que no le agrada. Representa, pero no simula, un personaje hiperexpresivo en la mímica y dramático en su contenido); labilidad emocional (inestable e incontrolado en sus manifestaciones afectivas que bajo la apariencia de una calorosa empatía traducen una auténtica pobreza emocional); sugestionabilidad ( se manifiesta tanto a nivel clínico- lo que puede variar la aparición o desaparición de un síntoma- como en la relación interpersonal lo cual le hace vulnerable a la influencia de otras personas, siempre y cuando éstas no intenten socavar o cambiar la estructura existencial del personaje); dependencia ( son personas en el fondo tremendamente débiles que no han alcanzado la independencia emocional adulta precisando sobre todo afectivamente de los otros y siempre les exigen más de lo que razonablemente les pueden dar); erotización de las relaciones sociales ( la seducción es el arma que utiliza para alcanzar su posición ventajosa y lograr ser el centro permanente de atención) y temor a la sexualidad ( pese a la apariencia de persona sexualmente activa, suele presentar una importante problemática sexual. Es bastante habitual la frigidez en la mujer y la impotencia u otras disfunciones en el hombre).

En la histeria masculina, suelen ser personas con mala adaptación a las diferentes eventualidades de la vida como en el trabajo, etc, por lo que buscan escapar del problema refugiándose en la enfermedad.

En el histérico típico, los rasgos de personalidad no difieren sustancialmente de los que presentan las mujeres. Captar la atención es el objetivo de su existencia ( desde el cuidado por las cosas más superficiales, hasta conductas aparentemente más altruistas). Quizá, sin el dramatismo de la mujer histérica, en el varón también aparece una sexualidad problemática. Homosexualidad, exhibicionismo, impotencia y eyaculación precoz son los trastornos más frecuentes en estos sujetos que paradójicamente pueden pasar por seductores inveterados, dada su irreductible tendencia a la conquista.

Además de la personalidad histérica típica, se encuentra otro tipo de personalidad que encaja más bien, con la pasivo-dependiente ( inmadurez, sensibilidad, descontrol emocional, dependencia, inhibición social y escasa virilidad).

## **TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD. CASO CLÍNICO**

En el diagnóstico diferencial, se distingue del trastorno de inestabilidad emocional en que en este último, se da con mayor frecuencia los intentos de suicidio, la difusión de identidad y los episodios psicóticos breves. También pueden coexistir con el trastorno de somatización, los trastornos disociativos y trastorno psicótico breve.

En la evolución, los pacientes tienden a presentar menos síntomas, aunque esta diferencia pueda ser más aparente que real, ya que no disponen de la misma energía que en los años previos. Buscan sensaciones y pueden tener problemas con la ley, abusar de drogas y actuar de manera promiscua.

Dentro del tratamiento, suele ser de elección la psicoterapia de orientación psicoanalítica, ya sea individual o en grupo. Como tratamiento psicofarmacológico, está bien definido el uso de antidepresivos para la depresión y las dolencias somáticas, ansiolíticos para la ansiedad y antipsicóticos para las desrealizaciones, las ilusiones y el descontrol conductual.

A continuación se comenta el caso de un varón de 58 años, vive con su mujer, un hijo independizado. Prejubilado de la minería.

NRAM. Neumonía atípica y TEPA bilateral con probable infarto pulmonar izdo ( segmento superior de llingula) en noviembre de 2015. Trombosis venosa profunda en noviembre de 2016, Úlcera corneal izquierda por accidente laboral en 2002. Hernia discal C5-C6 y signos degenerativos con pinzamiento y rectificación lordosis lumbar.

Ex-fumador, niega otros hábitos tóxicos.

Tratamiento previo al ingreso; anticoagulante oral.

Antecedentes de seguimiento en consulta ambulatoria en el año 2016. En la primera entrevista, acude muy ansioso y tenso que se va calmando a medida que va relatando los estresores vitales del momento, irritabilidad acompañado de sintomatología subdepresiva, insomnio de conciliación, hiporexia, no clínica psicótica, no ideas de desesperanza.

Es diagnosticado como episodio depresivo leve y se pauta sertralina 50 mg y alprazolam 1 mg. A los pocos días, es preciso suspender tratamiento antidepresivo por intolerancia y disminuir dosis de ansiolítico por quejas de sedación quedando reducido a pautas si precisa por ansiedad y/o insomnio.

Mejora del episodio también por ceder los estresores agudos.

En marzo de 2021, acude por iniciativa propia al servicio de urgencias por tensión y problemas de sueño acompañado de abuso de lorazepam 1 mg pautado por MAP en los días previos.

## **TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD. CASO CLÍNICO**

En la valoración, el paciente se encuentra tenso, irritable y malhumorado en relación con dificultad vital y referente con una persona en concreto de su entorno familiar refiriendo de forma clara y explícita intencionalidad heteroagresiva hacia esa persona. Refiere insomnio desde hace 5 días y pensamiento centrado en la idea referida. Se pauta una ampolla IM de haloperidol, un comprimido de diazepam y se decide ingreso en la Unidad de hospitalización para contención y estabilización del episodio.

Ante la negativa del paciente a permanecer ingresado, se realiza ingreso involuntario y es preciso solicitar ayuda a las fuerzas del orden público junto con el personal del hospital, para la llevar a cabo las medidas de contención mecánica.

Tras una estancia de 5 días, paulatinamente el paciente se tranquilizó, cedió las ideas heterogresivas, recuperó el ciclo del sueño y la estabilidad anímica. El cuadro no impresionó de tinte psicótico sino, más bien, predomina la caracteriopatía neurótica siendo diagnosticado de episodio adaptativo y trastorno histriónico de la personalidad a tratamiento con diazepam 10 mg; 1 cp cada 8 horas y olanzapina 10 mg a la cena.

En la consulta de seguimiento tras el alta hospitalaria, prosigue estabilidad psicopatológica y es preciso reducir dosis de tratamiento ansiolítico por quejas de sedación quedando el tratamiento de la siguiente manera: olanzapina 10 mg a la cena y diazepam 5 mg ( 1 cp cada 12 horas).

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª edición Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Catell RB, Kline P. El análisis científico de la personalidad. Madrid: Pirámide; 1982.
3. Pérez JF; Leal C. Validez y especificidad de los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad. In: Roca M, de. Trastornos de la personalidad. Barcelona: Ars Médica; 2004.