

Trastorno paranoide de la personalidad.

Autor: Lic Danny Echerri Garcés.

Universidad Central de Las Villas. Cuba.

Introducción

La categoría personalidad es para muchos teóricos el objeto de estudio de la psicología, según Petrovsky es la forma superior de regulación de lo psíquico. En torno a esta categoría existen propuestas interesantes como la de Fernando González Rey , la personalidad estructurada por formaciones psicológicas primarias , síntesis reguladora y formaciones motivacionales complejas , donde los motivos tendencias orientadoras de la personalidad se encargan de regir el comportamiento y movilizar al sujeto en la búsqueda de si mismo.

Disímiles son las propuestas pero en lo que casi todas coinciden es que cuando existen anomalías en uno de los componentes de las propiedades de la personalidad, específicamente el carácter , el individuo manifiesta características desadaptativas que le provocan malestar a el y a los que lo rodean y estamos en presencia de un trastorno de la personalidad. Estos trastornos causan una incapacitación social significativa.

Por la importancia que reviste para la sociedad y para el individuo, visto desde un enfoque individual, la interpretación de estas conductas, la monografía tiene como premisa abordar el trastorno de personalidad paranoide, trastorno que resulta difícil de diagnosticar y detectar, pues los sujetos no toman conciencia del desorden, perciben su comportamiento como normal y proyectan hacia los demás sus problemas.

Desarrollo

1. Trastornos de personalidad.

CONCEPTO.

Patrones de comportamiento inadaptados, generalizados, persistentes y muy arraigados. La alteración se localiza en el rasgo de la personalidad, más que su estado. Los rasgos inadaptados pueden ser:

- comportamiento
- emocionales

- cognoscitivos

- perceptivos

- psicodinámicos

La necesidad de conocerlos mejor ha surgido por tres razones fundamentales:

- la constatación de que se trata de trastornos frecuentes en la comunidad, y se detectan en medios socioculturales distintos;
- el daño o perjuicio que suponen para el individuo que los padece, la familia y la sociedad en general,

- la evidencia de que son una variable importante para la evolución y el pronóstico de las enfermedades mentales, así como para el resultado del tratamiento.

Las concepciones de la personalidad se han desarrollado tradicionalmente a partir de tres disciplinas distintas: psicoanálisis, sociología y psicología conductista. A éstas hay que añadir el enfoque biológico. Uno de los puntos más discutidos al comparar los distintos modelos teóricos consiste en saber si deben ser considerados desde un punto de vista dimensional o bien categorial. Este problema se plantea debido a que muchos rasgos descritos se encuentran, en mayor o menor grado, en la mayoría de los individuos. Según el enfoque dimensional, que cuenta con más pruebas experimentales a su favor, los trastornos de la personalidad constituyen variantes cuantitativas extremas y desadaptativas dentro del amplio espectro de la personalidad normal. El enfoque categorial considera que son entidades psicopatológicas cualitativamente distintas, síndromes que pueden estar presentes o ausentes. Tal vez lo adecuado sea utilizar un enfoque u otro en función de los distintos trastornos.

La mayoría de definiciones coinciden en destacar tres puntos fundamentales:

- a. se inician precozmente, en la infancia, adolescencia o, como máximo, al principio de la edad adulta;
- b. persisten a lo largo del tiempo y los distintos ámbitos personales y sociales van siendo invadidos por patrones anormales de conducta, y

- c. generan un importante malestar al individuo y/o problemas de rendimiento laboral o social.

Asimismo es preciso distinguir si realmente se trata de un trastorno estable y duradero o si, por el contrario, es consecuencia de otros factores, como enfermedad mental, abuso de sustancias, enfermedad orgánica o simplemente la reacción a un acontecimiento estresante. También es necesario considerar las circunstancias ambientales que envuelven al individuo. Más

frecuentes entre las poblaciones urbanas y los grupos socioeconómicos más bajos. Asimismo se aprecia un ligero descenso en los grupos de edades más avanzadas. Los trastornos de la personalidad no muestran diferencias respecto al sexo; algunos trastornos específicos parecen ser más frecuentes en los hombres que en las mujeres, o al contrario. Los abordajes de tipo psicoanalítico son preferibles en pacientes ansiosos y/o inhibidos, mientras que las terapias cognitivo-conductuales se muestran más eficaces cuando se trata de fijar unos objetivos o de modificar hábitos desadaptativos o socialmente peligrosos.

Diagnóstico, signos y síntomas:

1. Antecedentes de dificultades de larga duración en diversas esferas de la vida.
2. Egosintónico.
3. Rigidez.
4. Ansiedad, como protección subyacente.
5. Falta de empatía con los demás.
6. Fijación en la etapa del desarrollo: inmadurez.
7. Dificultades en las relaciones interpersonales: amor y trabajo.

Epidemiología:

1. Prevalencia: 6-9%.
2. El trastorno del temperamento es un análogo precoz.
3. El trastorno de la personalidad comienza a manifestarse en la adolescencia tardía o al inicio de la juventud.
4. Afecta por igual a ambos sexos.
5. Antecedentes inespecíficos de trastornos psiquiátricos familiares.
6. Transmisión genética parcial de algunos trastornos de la personalidad.

Etiología:

- Multifactorial.
- Claros determinantes biológicos: genéticos, injuria perinatal, encefalitis, TCE).
- Alta tasa de concordancia entre gemelos monocigóticos.
- Dificultades individuales madurativas y problemas familiares (maltrato, incesto).

Pruebas psicológicas:

- Pruebas neuropsicológicas: etiología orgánica (EEG, TAC y mapeo electrofisiológico).
- Tests proyectivos: revelan preferencias por diversos patrones y estilos de personalidad.

Fisiopatología:

- Lóbulo frontal: Impulsividad, escasa capacidad de juicio, abulia.
- Lóbulo temporal: Rasgos de Klüver-Bucy, misticismo, posible violencia.

- Lóbulo parietal: Negación o rasgos eufóricos.

Evolución: Variable. Estable o empeora. Algunos mejoran

Clasificación de los trastornos de personalidad según la CIE-10 y el DSM-IV:

CLASIFICACIÓN.

CIE-10	DSM-IV
Trastorno paranoide de la personalidad	Trastorno paranoide de la personalidad.
Trastorno esquizoide de la personalidad.	
Trastorno disocial de la personalidad.	Trastorno antisocial de la personalidad. ■
Tipo impulsivo	Trastorno límite
Tipo límite (<i>borderline</i>) de la personalidad	Trastorno histriónico de la personalidad
Trastorno anancástico de la personalidad	Trastorno obsesivo-compulsivo
Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad.	Trastorno de la personalidad por evitación
Trastorno dependiente de la personalidad.	Trastorno de la personalidad por dependencia
Otros trastornos específicos de la personalidad.	Trastorno esquizotípico de la personalidad.
	Trastorno narcisista de la personalidad
	Trastornos de la personalidad no especificados.

Los trastornos de personalidad específicos se agrupan en tres grupos:

1. Grupo A EXENTRICO O RARO

- **Trastorno paranoide de personalidad.**

- Trastorno esquizoide de personalidad.

-Trastorno esquizotípico de personalidad.

2. Grupo B DRAMATICO-EMOTIVO

-Trastorno histriónico de personalidad.

-Trastorno narcisista de personalidad.

-Trastorno antisocial de la personalidad.

-Trastorno por inestabilidad emocional.

-Trastorno mixto de personalidad.

3. Grupo C ANSIOSO TEMEROSOS.

-Trastorno ansioso por evitación.

-Trastorno anancastico obsesivo.

-Trastorno dependiente de personalidad.

De forma general todos estos trastornos responden a las características generales mencionadas, aunque mantienen características que distinguen a unos de otros, de las cuales no hago referencia excepto del trastorno en cuestión (trastorno de personalidad paranoide).

2. Trastorno paranoide de la personalidad

El trastorno paranoide de la personalidad se define como una tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de las personas como deliberadamente malintencionadas, aunque no presentan síntomas psicóticos, como delirios o alucinaciones.

Las características de este trastorno son las siguientes: 1) sospechan, sin base suficiente, que los demás los están explotando, dañando o engañando; 2) están preocupados con dudas injustificadas sobre la lealtad y confianza de amigos o asociados; 3) son reacios a confiar en otros debido a un miedo injustificado a que la información sea utilizada maliciosamente en su contra; 4) creen ver significados ocultos degradantes o amenazantes en comentarios o acontecimientos benignos; 5) guardan resentimiento de manera persistente; es decir, no perdonan insultos o desaires; 6) perciben ataques hacia su carácter o reputación que no resultan aparentes a los demás y rápidamente reacciona con enfado o contraatacan; 7) sospechas recurrentes y sin justificación sobre la fidelidad de sus cónyuges o parejas sexuales.

Estas personas suelen culpar a los demás de los problemas en sus relaciones y no suelen ser conscientes de cómo ellos mismos contribuyen a crearlas. Por ejemplo, si continuamente acusa a su pareja de infidelidad, no es extraño que al final su pareja busque consuelo en otra persona, de modo que el paranoide ve confirmadas sus sospechas ("Ya sabía que no podía fiarme") Suelen estar siempre atentos y vigilantes porque piensan que cualquiera puede atacarles de un modo u otro en cualquier momento y necesitan defenderse de ellos. Perciben el mundo como una jungla de gente egoísta y sin escrúpulos en la que no se puede confiar. Por este motivo suelen ser bastante independientes, ya que la dependencia de los demás implica la posibilidad de que se aprovechen de ellos. También suelen tener conflictos con las figuras de autoridad.

Ante la conducta de los demás, sacan conclusiones rápidas y son reacios a considerar explicaciones alternativas. Por ejemplo, David pensaba, erróneamente, que sus compañeros de

trabajo le ocultaban información a propósito para perjudicar su trabajo, y no estaba dispuesto a considerar explicaciones alternativas, como el hecho de que sus compañeros estaban ocupados con su propio trabajo.

Tienden a reaccionar con gran intensidad ante pequeños acontecimientos, ya que los interpretan como graves amenazas. Por ejemplo, tras un comentario inofensivo o una broma creen ver un insulto grave o un desprecio hacia ellos y reaccionan enfadándose y contraatacando. Suelen ser incapaces de ver los aspectos humorísticos de las situaciones. En cierto modo es como si estuvieran constantemente en una situación de grave riesgo donde no hay lugar para bromas.

Son incapaces de relajarse en presencia de los demás, debido a que consideran que si bajan la guardia los otros aprovecharán la ocasión para hacerles daño o perjudicarles de algún modo.

Suelen ser personas hipersensibles que se sienten heridas con facilidad.

Desprecian a quienes ven como débiles, blandos, enfermizos o defectuosos y tienen problemas para mostrar intimidad y sentimientos de ternura. Son reservados, no muestran sus dudas, inseguridades o flaquezas ya que piensan que eso supone dar muestra de debilidad y que si los demás los ven como débiles atacarán.

Sospechan de la fidelidad de sus parejas y suelen tener celos patológicos.

Estas personas casi nunca realizan una terapia ya que no creen que su desconfianza sea un problema sino que consideran que refleja la realidad y que los demás son así realmente. Sin embargo, sí es posible que busquen ayuda psicológica por otros problemas, como dificultades en sus relaciones, problemas de pareja, tensión en el trabajo, problemas con sus compañeros, abuso de drogas.

Los criterios internacionales de diagnóstico acorde al DSM-IV, son los siguientes:

Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes puntos:

1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño
2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos o socios.
3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
4. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
5. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.
7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

Los sujetos que sufren este trastorno dan por supuesto que los demás van a aprovecharse de él, van a hacerle daño o engañarle, aunque no tengan ninguna prueba que apoye sus previsiones (criterio A1). Se preocupan por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de sus amigos, y sus actos son escrutados al detalle para buscar pruebas de intenciones hostiles en contra de ellos (criterio A2). Cuando algún amigo se muestra cordial o amable con el sujeto que sufre el trastorno paranoide de la personalidad, el mismo sujeto se muestra tan sorprendido, que no deposita en dicho amigo ninguna confianza. Ninguno de estos sujetos intima con los demás, ya que temen que la información pueda ser utilizada en su contra (criterio A3). En los hechos más inocentes “descubren” intenciones o significados ocultos que son amenazantes para él (criterio A4); por ejemplo, un sujeto que sufra este trastorno puede malinterpretar la confusión del empleado de una tienda con un intento deliberado de dar mal el cambio a su persona.

Estos sujetos, normalmente, suelen guardar rencores y son incapaces de olvidar los insultos o desprecios que sufrieron, o que creyeron sufrir, una vez en el pasado (criterio A5). Cuando ellos piensan que han sido ofendidos, contraatacan con ira ante aquello que les ha ofendido (criterio A6). Los sujetos que poseen este trastorno suelen ser también patológicamente celosos sospechando de su pareja, aún sin tener causa justificada (criterio A7); por ello intentan mantener un control total sobre las personas con las que tienen una relación íntima para evitar así ser traicionados.

No se debe diagnosticar este trastorno a personas que lo sufran exclusivamente durante el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno de ánimo con síntomas psicóticos, o bien si es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna enfermedad (criterio B).

2.1 Origen del trastorno

No es mucho lo que se sabe sobre el origen de este trastorno, debido a que no suelen buscar ayuda y, por tanto, no es fácil encontrar grupos a los que estudiar, pero las distintas teorías explicativas nos pueden dar una idea sobre las diversas formas como puede generarse este trastorno

1. Los malos tratos en la infancia y la falta de un amor coherente por parte de los padres pueden generar una desconfianza básica que se acabe extendiendo a todas las personas en general. Así, el paranoide habría aprendido en su infancia que el mundo está lleno de gente malintencionada (como sus padres) que pueden hacerle daño, y su comportamiento es un modo de prevenir el ataque o daño. Se mantiene alerta para identificar los signos de peligro y actuar con rapidez. Muchas personas con este trastorno dicen haber crecido en hogares de este tipo, pero no es fácil saber si lo que dicen es un reflejo de la realidad o es sólo su percepción de dicha realidad.

2 El número de familiares con algún tipo de enfermedad psicótica es más frecuente entre los familiares de estas personas que entre el resto de la población, de modo que puede haber algún tipo de predisposición genética. Por ejemplo, estas personas podrían heredar una tendencia a interpretar los acontecimientos y acciones de los demás como más amenazadora de lo que es en realidad. Es decir, podrían estar predispuestos a tener un estilo de pensamiento paranoide.

3. Los niños despreciado o humillados por otros niños, y cuyos padres les han enseñado que ellos son especiales y diferentes, pueden llegar a la conclusión de que los demás están celosos y desean hacerles daño por envidia.

2.2 Esquemas de pensamiento.

De un modo u otro, estas personas han desarrollado un esquema de pensamiento que se basa en los siguientes supuestos:

- Las personas son malas y tramposas

- Atacan si les das la oportunidad

- Para protegerse hay que mantenerse alerta

Estos supuesto los llevan a esperar constantemente engaños, traiciones y que los hieran, de modo que consideran necesario estar alerta. Este estilo de pensamiento los lleva a prestar más atención a aquellos aspectos que confirmen sus hipótesis mientras que no tienen en cuenta aquellos que las contradigan. Por ejemplo, Carlos creía que su jefe lo despreciaba y estaba esperando el más mínimo error para despedirlo. Cada vez que su jefe hacía algún comentario negativo sobre su trabajo, lo consideraba una prueba a favor de su hipótesis, mientras que no tenía en cuenta las veces en que su jefe hacía comentarios positivos sobre su trabajo. En vez de eso, tendía a pensar: "Está intentando que me confíe y baje la guardia para atacar después". De este modo, ellos mismo logran confirmar sus falsas hipótesis y su trastorno se perpetúa. Por otro lado, la gente nunca es totalmente buena o mala. Si el paranoide se fija exclusivamente en las malas acciones de los demás, es fácil que siga pensando igual durante toda su vida. Por tanto, están en guardia y a la defensiva, saltan por cualquier cosa y son beligerantes, de modo que no suelen caer bien a los demás y provocan en ellos hostilidad y rechazo (el tipo de conducta que preveían), lo cual, a su vez, contribuye también a perpetuar su trastorno.

Por otro lado, estas personas suelen dudar de su capacidad para advertir el peligro y para manejar las situaciones dañinas de un modo adecuado. Es decir, piensan que, dada su incapacidad para controlar las conductas o acontecimientos adversos, las consecuencias de dichos acontecimientos pueden ser catastróficas. Es decir, exageran enormemente el daño que los demás pueden llegar a hacerles. Aún así, no se ven completamente ineficaces (pues de ser así desarrollarían otro trastorno, como el dependiente), sino que piensan que si se mantienen siempre vigilantes, podrán detectar los indicios y protegerse.

Por tanto, su patrón de pensamiento podría esquematizarse de este modo: "Las personas son malas y es muy probable que me ataquen o intenten perjudicarme. Si lo hicieran, no me creo capaz de manejar esa situación adecuadamente y, por tanto, podrían tener consecuencias terribles, de modo que tengo que estar siempre alerta, no fiarme de nadie y mantener las distancias". Este esquema de pensamiento es el que guía su conducta.

2.3-La terapia:

A pesar de que la terapia es sumamente difícil, aquí expongo una propuesta interesante de terapia cognitiva de este trastorno que se centra en el estilo paranoide de pensamiento y su modificación. Se suele abordar el caso desde la intensa vigilancia y defensividad del paranoide, de ahí deriva su creencia de que debe defenderse para preservar su seguridad. Si es posible aumentar el sentimiento de capacidad personal para afrontar sus problemas, la defensividad podría disminuir.

El primer paso, y a veces muy extenso e intenso, de la terapia cognitiva con estos sujetos es establecer con ellos una relación de trabajo cooperativo. Es importante que el terapeuta acepte abiertamente la desconfianza que presenta el paciente, sin presionarle para que confíe en él de manera inmediata. El terapeuta comunica al paciente directamente que no tiene por qué confiar en él, y que quizás sea mejor tomarse un tiempo para que el paciente vea si sus palabras y acciones son coherentes.

En esa misma línea es deseable que el terapeuta trabaje las interpretaciones erróneas del paciente hacia sus acciones, pero si se da el caso, que reconozca abiertamente los errores que haya podido el mismo cometer.

Los primeros pasos de la terapia son de tipo más conductual (suelen ser reacios a comunicar sus pensamientos automáticos en la fase inicial) y abordando los problemas menos sensibles o secundarios, usando analogías (p.e lo que alguna gente hace para abordarlos) y pidiendo el parecer del paciente.

Las siguientes áreas de intervención se dirigen a aumentar la capacidad del paciente en el manejo de problemas; siempre pidiendo su parecer/uso de analogías; y en ese sentido se ubican las intervenciones de entrenamiento asertivo, inoculación al estrés, etc.

Los últimos pasos se dedican a abordar la concepción, a menudo dicotómica, del paciente de la confianza en otros ("O confío totalmente, o no confío nada"). El objetivo es que el paciente diferencie entre las personas en que se puede confiar en general, las personas en quien se puede confiar en alguna medida o aspecto, y aquellos que no le merecen ninguna confianza. Para ello el terapeuta utiliza la "técnica del continuo" frente a la "polarización", y le enseña al paciente a como usarla. Un problema adicional es que estos sujetos a menudo se casan con personas que también suelen ser paranoides, y que quizás haya que integrar en el tratamiento.

2.3 SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Los sujetos con este trastorno de la personalidad, suelen ser personas con las que generalmente es difícil llevarse bien o tener una buena relación personal, debido a la suspicacia y hostilidad que demuestran a menudo; y esta naturaleza del sujeto suspicaz puede provocar en los demás una respuesta hostil, confirmándose así las expectativas iniciales del sujeto.

Debido a que los sujetos con trastorno paranoide de la personalidad no confían en los demás, tienen la necesidad de ser autosuficientes y autónomos, además de necesitar tener un alto grado de control sobre los que le rodean. Son capaces, además, de culpar a los demás de sus propios errores; pueden ser litigantes y verse a menudo envueltos en numerosos pleitos legales.

Estos sujetos pueden mostrar fantasías de grandiosidad, escasamente disimuladas, por lo que tienden a desarrollar estereotipos negativos de los otros y en especial de aquellos grupos de población distintos del suyo.

Los sujetos que sufren este trastorno también pueden experimentar episodios psicóticos muy breves, sobre todo en respuesta a una situación de estrés. En determinados casos el paranoide de la personalidad aparece como un antecedente premórbido de un trastorno delirante o de una esquizofrenia. Es frecuente el abuso de alcohol y/o otras sustancias.

Los trastornos de personalidad que con más frecuencia se presentan conjuntamente con el paranoide de la personalidad parecen ser el esquizotípico, el esquizoide, el narcisista, el trastorno por evitación y el límite.

Hay que tener en cuenta la importancia de que algunos comportamientos en determinados contextos socioculturales o circunstanciales en la vida, pueden ser calificados erróneamente como paranoides. Así, por ejemplo, los inmigrantes, los refugiados políticos o simplemente los sujetos con antecedentes étnicos diferentes pueden mostrarse recelosos o defensivos debido al desconocimiento o a la percepción de desprecio o indiferencia por parte de la sociedad mayoritaria. Así estos comportamientos pueden generar ira contenida y desconfianza, que pueden malinterpretarse como un trastorno paranoide de la personalidad.

Este trastorno puede manifestarse por primera vez en infancia y adolescencia a través de actitudes solitarias, ansiedad social, hipersensibilidad, rendimiento bajo escolar, pensamiento y lenguaje peculiares además de fantasías idiosincrásicas.

En la población clínica, este trastorno es, normalmente, más diagnosticado en hombres. Se señala que la prevalencia del trastorno de personalidad es del 10-30% en los hospitales psiquiátricos; del 2-10% en los pacientes psiquiátricos ambulatorios y del 0.5-2.5% en la población general (según datos del DSM-IV-TR).

Parecen existir datos que confirman que la prevalencia del trastorno paranoide de personalidad es mayor en los que tienen familiares con esquizofrenia crónica, especialmente de tipo persecutorio.

2.4 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.

La evolución y pronóstico de este trastorno es básicamente igual a la del resto de los trastornos de personalidad, evoluciona de forma tórpida con resistencia a la terapia. Sin embargo en la cuarta década de la vida hay cierta tendencia a la atenuación de los patrones inadaptativos. Debe considerarse el estado habitual del individuo dado por sus características básicas y el estado de crisis que se manifiesta ante cosas de mayor o menor significación. Lo antes mencionado determina el pronóstico, que a pesar de no ser tan desfavorable en comparación con otras entidades puede resultar difícil por la rapidez de sus características.

2.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El trastorno paranoide de la personalidad debe diferenciarse del trastorno delirante, tipo persecutorio, la esquizofrenia, tipo paranoide y del trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, ya que todos estos trastornos presentan un periodo de síntomas psicóticos persistentes. Para diagnosticar el trastorno de la personalidad debe haberse manifestado antes de la iniciación de los síntomas psicóticos, además de persistir cuando los síntomas psicóticos remitan.

El trastorno paranoide de personalidad debe diferenciarse de la paranoia, teniendo en consideración que presentan síntomas comunes, pero es posible su diferenciación por la estructuración, el carácter crónico, y la descomposición de la paranoia que suele darse sin salto brusco.

El trastorno paranoide de la personalidad ha de distinguirse del cambio de personalidad debido a enfermedad médica, ya que en la enfermedad médica los síntomas son consecuencia directa de una enfermedad del sistema nervioso. Al igual que debe haber diferenciación de los síntomas que son producidos por el consumo crónico de determinadas sustancias. Por último se ha de distinguir el trastorno de la personalidad de los rasgos paranoides asociados a la aparición de minusvalías físicas, sobre todo las derivadas de las deficiencias auditivas.

Es muy importante diferenciar el trastorno paranoide de la personalidad de otros trastornos de la personalidad, ya que pueden tener algunas características en común. Si un individuo tiene trastorno paranoide de la personalidad, además de síntomas característicos de otros trastornos de la personalidad, deben diagnosticarse todos. El trastorno paranoide y el trastorno esquizotípico de personalidad, cumplen algunos criterios comunes, como por ejemplo los rasgos de suspicacia; sin embargo, para diagnosticar el trastorno esquizotípico de la personalidad deben cumplirse además otros criterios, como son el pensamiento mágico, experiencias perceptivas poco habituales y rarezas del pensamiento y el lenguaje. Otro trastorno que comparte también algunas características con el trastorno de la personalidad, es el trastorno esquizoide de la personalidad, pero la diferencia es que en este último no hay una ideación paranoide importante.

Aunque en el trastorno paranoide hay algún tipo de comportamiento antisocial, éste no suele estar motivado por el deseo de aprovecharse de los demás, algo que lo diferencia del trastorno antisocial de la personalidad.

Sólo se debe diagnosticar este trastorno cuando los rasgos que muestre el sujeto sean inflexibles, desadaptativos y provoquen deterioro funcional significativo, a la vez que un malestar subjetivo.

Por último, hay que saber que los criterios por los que se rige el DSM-IV-TR y la CIE-10 son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno.

Conclusiones

Los trastornos de personalidad incapacitan al hombre para socializarse, para vivir en armonía consigo mismo y con los demás, a pesar de las diferentes propuestas y del conocimiento que alcanza la psiquiatría y la psicopatología en este campo aun no es suficiente, no quiere decir esto que sea insuficiente, solo que el camino hacia lograr que estas personas se adapten a la sociedad, que se atenúen sus causas y los efectos de los trastornos, que las terapias sean cada vez más efectivas y los logros del todo convincente, están en una etapa de desarrollo.

Pienso que la labor debe ir encaminada a la prevención, si bien es cierto que el ser humano nace con determinadas estructuras biológicas y que estas precondicionan al desarrollo o no de lo patológico, no es la única causa. Es la sociedad la que se encarga de que sujetos con una tendencia desde lo biológico hacia lo patológico no desarrollen enfermedades o por el contrario que las desarrollen, la sociedad puede convertirse en un agente que perturbe el desarrollo psicológico, social, biológico y espiritual del ser humano.

La familia como eslabón primario debe ser generadora de relaciones afectivas estables y positivas que a su vez aunque lo temperamental sea un predisponente, lo social, la estimulación, se eriga como educadora del carácter disminuyendo los riesgos de enfermar.

Si una persona se maleduca, en un hogar disfuncional, donde todo el tiempo recibe maltratos, puede influir esto en un desarrollo anómalo de la personalidad, el niño puede sentirse amenazado, poco querido, las carencias afectivas, el abuso psicológico, el rechazo por parte primero de los padres y luego por parte de coetáneos, maestros etc., pueden provocar que la persona, deforme su visión de la realidad y perciba el mundo como amenazante y hostil no como un espacio de desarrollo personal desencadenando un carácter insano y un posible trastorno paranoide de personalidad.

Siguiendo a Vigotsky: LAS FUNCIONES PSIQUICAS SUPERIORES SE DESARROLLAN MEDIATIZADAS POR LO HISTORICO Y LO CULTURAL. Es la sociedad la encargada de la prevención de estos trastornos y debe ser a través del desarrollo social que se logre un desarrollo individual más sano, generador de bienestar personal y calidad de vida.

Bibliografía:

-Castillo, Y (2003). Trastorno paranoide de personalidad.

-Castro, H; López, G (1992). Semiología y clínica de las alteraciones de la personalidad. Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación.

<http://biblioteca.consultapsic.com/dsm/dsmpran.htm>

<http://www.consulta-psicologica.com/diccionario.asp?iddiccionario47>.

http://www.biopsicologia.net/fichas/page_8125.html.

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Cognitiva/delirantes.htm>.

<http://www.eutimia.com/trmentales/trpersonalidad/paranoide.htm>.

http://www.cepvi.com/articulos/personalidad_paranoide.htm.