

## **SEXUALIDAD EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LA HISTERIA.**

**Miguel Angel Gonzalez Torres<sup>1,2</sup>, Miguel Angel Salazar<sup>3</sup>, Aranzazu Fernandez Rivas<sup>4</sup> y Rodrigo Oraá<sup>2</sup>**

1 Departamento de Neurociencias Universidad del País Vasco

2 Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao

3 Centro de Salud Mental de Zalla (Vizcaya). Osakidetza / Servicio Vasco de Salud

4 Centro de Salud Mental de Portugalete (Vizcaya). Osakidetza / Servicio Vasco de Salud

### **INTRODUCCIÓN**

Siguiendo la clasificación DSM IV podemos considerar como concepto fundamental en el Trastorno de Personalidad (TP) la presencia de un “...patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su origen en la adolescencia o al principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.”

Es evidente que se trata de una patología que se expresa en la relación interpersonal ejerciendo una influencia poderosa en cualquiera de sus facetas. Si consideramos la relación sexual como una forma especial de la relación interpersonal humana, no podemos dudar que cualquier alteración en la personalidad del sujeto se va a reflejar inmediatamente en su modo de relacionarse sexualmente dando lugar a problemas en esa esfera que abarcan desde disfunciones sexuales a trastornos de identidad de género o simplemente situaciones de insatisfacción para uno u otro miembro de la pareja.

Cuando nos referimos a “situaciones de insatisfacción” obviamente estamos haciendo referencia a lo que podría considerarse una sexualidad satisfactoria. Pero, ¿en qué consiste esto?. Tratemos de señalar algunos aspectos fundamentales dentro de ese nivel satisfactorio de la sexualidad:

- En primer lugar debe existir un deseo intenso, frecuente y fluido de la persona de relacionarse sexualmente.
- En segundo lugar debe existir una expresión adecuada de ese deseo acompañada por un lado de un control de impulsos adecuado que permita un respeto a los derechos y deseos ajenos y por otro lado también se precisa un nivel de autoestima suficiente que genere en el sujeto una sensación de que tiene algo valioso que aportar en la esfera sexual.
- Paralelamente debe existir un interés por el otro. Un interés genuino que se ha de acompañar de una capacidad para posponer el placer propio y de una búsqueda del placer ajeno. También debe existir una capacidad para la entrega, para abandonarse en manos del otro y para aceptar una situación de dependencia, emocional cuando menos, frente al otro miembro de la pareja.
- Por último debe existir una capacidad y una disponibilidad para el vínculo emocional, para ligarse afectivamente al menos durante un tiempo.

Si reflexionamos sobre todos estos detalles que hemos señalado como importantes para una sexualidad satisfactoria, en seguida nos damos cuenta de que nos referimos a aspectos muy sutiles y muy complejos de la personalidad que difícilmente van a estar funcionando al nivel adecuado en pacientes que sufren un trastorno de personalidad.

También debemos señalar que cuando hablamos de “sexualidad satisfactoria” no nos referimos necesariamente a la sexualidad estadísticamente normal. En primer lugar se tienen pocos datos de la población “normal”. Por otra parte, creemos que esta sexualidad satisfactoria es más bien una situación tendente a lo ideal.

## **LA SEXUALIDAD EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

Si reflexionamos sobre si es posible que se de esta sexualidad satisfactoria en los trastornos de personalidad debemos fijarnos en las características fundamentales de los distintos trastornos de personalidad y ver si nos dan una pista sobre este aspecto.

1. TP Paranoide: Desconfianza y suspicacia.
2. TP Esquizoide: Desconexión de relaciones y restricción en la expresión emocional.
3. TP Esquizotípico: Malestar intenso en las relaciones, excentricidad...
4. TP Histriónico: Emotividad excesiva y demanda de atención.
5. TP Narcisista: Grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía...
6. TP Antisocial. Desprecio y violación derechos ajenos...
7. TP Límite. Inestabilidad en las relaciones, afectos e imagen...impulsividad...
8. TP Obsesivo-Compulsivo. Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control...
9. TP Evitativo. Inhibición social, hipersensibilidad a la evaluación negativa...
10. TP Dependiente. Excesiva necesidad de ser cuidado...

Alguno de estos trastornos, ¿creemos que va a acompañarse de una sexualidad satisfactoria? Un trastorno narcisista con su necesidad de admiración, su falta de empatía..., ¿va a ser capaz de posponer el placer propio y buscar el placer ajeno? Parece evidente que no. Lo mismo podríamos decir de otros trastornos como el trastorno límite con su inestabilidad en las relaciones, en los afectos, en la imagen, con su impulsividad... No digamos el trastorno de personalidad dependiente con esa excesiva necesidad de ser cuidado.

Es decir, podríamos resumir afirmando que las características básicas de los trastornos de personalidad afectan de modo inevitable y profundo a las relaciones sexuales dando lugar a problemas que van desde la insatisfacción para uno u otro miembro de la pareja hasta la patología franca en el ámbito sexual.

## **ESTUDIOS RECIENTES SOBRE LA SEXUALIDAD EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

Cuando intentamos buscar en la literatura datos sobre este tema, concretamente trabajos publicados sobre problemática sexual en trastornos de personalidad, encontramos que la literatura es francamente escasa. Podemos encontrar publicaciones más abundantes en dos ámbitos específicos: uno, el trauma o abuso sexual en la infancia bien como precedente o bien como predictor del trastorno de la personalidad en la vida adulta y otro, sobre la

prevalencia de trastornos de personalidad en delincuentes de naturaleza sexual. Son frecuentes estos últimos estudios en prisiones, cárceles y grupos de delincuentes de distintos tipos.

Siempre antes de descender al detalle de la disfunción sexual en estos pacientes debemos entender que las funciones sociales en general a cualquier nivel y no sólo al nivel sexual, es decir, la capacidad de relación interpersonal de estas personas está alterada en la mayoría de los trastornos de personalidad. Existen trabajos que señalan la presencia de estas disfunciones en el área de las relaciones íntimas entendiendo por tales la relación de afecto cercano más allá de la esfera únicamente sexual, las relaciones médico - paciente, las relaciones laborales y las relaciones con la sociedad en general. Sobre todos estos aspectos disponemos de trabajos recientes que podemos señalar.

Al hablar de delincuentes sexuales podemos destacar dos trabajos recientes: Blocher et al (2001), quienes señalan una prevalencia en su muestra de delincuentes sexuales de trastorno de personalidad antisocial de un 22%. Berger et al (1999), por su parte, hallaron un 27% de casos de trastorno de personalidad sádica, un 31% de casos de trastorno de personalidad límite y un 42% de casos de personalidad antisocial (estas cifras hay que considerarlas teniendo en cuenta que hay un solapamiento y una comorbilidad entre estos cuadros).

También hay algunos trabajos en fechas recientes especialmente interesantes estudiando un grupo de delincuentes particular que es el de los homicidas sexuales: Meloy et al, en el año 2000, publican un trabajo en el que dividen a los homicidas sexuales en dos grupos: uno, en el que hay un predominio de trastorno de personalidad, bien antisocial, bien narcisista; otro en el que lo que predomina son otros trastornos de personalidad con rasgos intensos evitativos y dependientes.

En un estudio de Myers et al (1997) describen un predominio de trastornos de personalidad en su muestra de jóvenes asesinos sexuales.

También encontramos algunos trabajos que nos hablan de la prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con conducta sexual compulsiva. Black et al, tanto en 1997 como en otro trabajo posterior en 2000 , encuentran una alta frecuencia de trastornos de personalidad en ese grupo.

Estudiando otro grupo de pacientes, ya con conductas sexuales de riesgo podemos destacar el trabajo de Ellis et al de 1995, donde señalan que el trastorno de personalidad antisocial sería el principal predictor de conductas sexuales de riesgo en homosexuales varones y también en heterosexuales varones, en estos últimos junto al consumo de cocaína. Ha habido una gran atención sobre los factores predictores de conductas sexuales de riesgo por la relación de estas últimas con la infección por el VIH. Lavan et al 2002 también en un estudio sobre conductas sexuales de riesgo nos señala que en su muestra de adolescentes el número de parejas sexuales en el último año y a lo largo de la vida está relacionado con el nivel de síntomas del trastorno de personalidad, es decir, más rasgos alterados de personalidad, más promiscuidad sexual. Paris et al, en 1995, analizan la presencia conjunta de homosexualidad y trastornos de personalidad encontrando que la orientación homosexual se daba con mayor frecuencia en varones con trastorno límite de la personalidad que en varones con otro tipo de trastorno de personalidad. Esto encaja evidentemente con una de las características habituales de estos pacientes con trastorno límite de personalidad que consiste en su identidad sexual confusa y problemática.

Finalmente podemos destacar también un estudio del grupo de Hurlbert publicado en 1992 en el que exploran las características de la sexualidad de las mujeres con trastorno límite de la personalidad en comparación con mujeres sin trastorno de personalidad. Como datos fundamentales describen un 50% de historia de abuso sexual en la infancia frente a un 15% en las mujeres sin trastorno de personalidad; asimismo una mayor asertividad sexual en mujeres con trastorno límite, mayor actitud erotofílica, mayor estima sexual, mayor preocupación sexual, mayor depresión sexual y mayor insatisfacción sexual.

## **LA PROBLEMÁTICA SEXUAL QUE ACOMPAÑA A LA HISTERIA.**

Es un hecho llamativo que dediquemos atención a la histeria ya que este término ha desaparecido en las clasificaciones actuales. Sin embargo seguimos usandolo de forma amplia y con variados significados.

Si hacemos un rápido repaso a la concepción de la histeria en la historia de la medicina podemos decir que junto a la epilepsia es la enfermedad conocida más antigua, que aparece y desaparece en los textos de forma oscilante con mayor y menor presencia hasta el siglo XIX; a esta época podríamos denominarla Edad de Oro de la Histeria durante la cual los grandes teóricos de la psiquiatría de la época, fundamentalmente de origen francés, exploran esta patología dándonos historiales de una gran riqueza clínica y descriptiva. Nos referimos a Briquet, Liebault, Charcot, Freud y otros.

Sin embargo hoy hablamos de histeria aunque realmente no existe. ¿De qué hablamos cuando hablamos de histeria?. Puede tratarse en primer lugar de un insulto que aunque podamos pensar que sólo se utiliza en el habla popular no es así, ya que también es usado con este sentido por la población sanitaria y médica. Evidentemente al hablar de histeria también nos referimos a un trastorno de la personalidad en sentido estricto, el trastorno histriónico de la personalidad. Asimismo una enfermedad que incluye fenómenos de conversión, somatización, disociación...o bien nos referimos con este apelativo a alguien manipulador, seductor, que se agita o se desmaya, a alguien que no mueve o siente una parte de su cuerpo, una mujer que disfruta exhibiéndose... Este término tan utilizado en tan distintos contextos no se halla ni en la Clasificación DSM IV ni en la CIE 10.

Podemos reflexionar si todos estos significados tienen algo en común. Podemos decir que sí; en primer lugar están referidos mayoritariamente a la mujer. Encontramos en ellos un matiz de manipulación con obtención de un beneficio casi siempre inmaterial. El histérico va a perseguir despertar nuestra atención, nuestro cuidado, nuestro deseo, nuestro afecto... También el papel del cuerpo en esta patología es fundamental: el cuerpo se convierte en un órgano del lenguaje para estos pacientes, que expresan a través de sus dolencias, de su sintomatología física, de sus agitaciones o movimientos toda una serie de peticiones más o menos conscientes. También posee un matiz sexual: al hablar de "histérica" hablamos a veces de una mujer seductora que no desea consumar el deseo que despierta. Este tipo de pacientes genera en el otro una sensación ambivalente, de irritación, de impotencia, de deseo, de atracción, de rechazo... a veces todo ello simultáneamente. Desde luego la "escena histérica" influye en la distribución de poder en el grupo o en la pareja

y en la dependencia en la relación. A veces la aparición de la problemática histérica hace que se inviertan los papeles y la paciente histérica puede llegar a convertirse a través de esta escenificación en el miembro con el poder en la pareja dejándole al otro sometido a una situación de confusión y de impotencia ante lo que ocurre.

## **CLASIFICACIÓN DE LOS CUADROS HISTÉRICOS**

Puede ser interesante comentar la clasificación clásica de los cuadros histéricos recurriendo por ejemplo a la señalada por Coderch, la Clasificación Psicoanalítica Clásica (Cuadro 1). En el día de hoy esa clasificación se ha transformado en otra muy distinta, encontramos en la DSM IV la problemática histérica dispersa e incluida en diferentes diagnósticos, que podemos ver en el cuadro 2, tanto dentro de los trastornos de ansiedad, somatomorfos y disociativos, en diagnósticos tan distintos como el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de dolor, la amnesia disociativa o el trastorno de despersonalización en sentido estricto.

### **Clasificación psicoanalítica clásica (Coderch 82)**

- Histeria de Conversión
  - Síntomas paroxísticos: Crisis psicomotora histérica, Crisis lipotímica, ataque cataléptico.
  - Síntomas permanentes: Trastornos motores, Trastornos sensitivos y sensoriales
- Histeria de Disociación
  - D. Fragmentaria: despersonalización, amnesia histérica
  - D. Simultánea
  - D. Alternante: sonambulismo, fugas, personalidad múltiple
  - Estado disociativos de Trance
  - Disociación hipnótica
- Personalidad histérica

### **Cuadro 1**

**DSM-IV**

- Trastornos de Ansiedad
  - T de Estrés Postraumático
  - T de Estrés Agudo
- T. Somatomorfos
  - T de Somatización
  - T de Conversión
  - T de Dolor
  - Hipocondriasis
  - T Dismórfico Corporal
- T. Disociativos
  - Amnesia Disociativa
  - Fuga Disociativa
  - T D de Identidad
  - T de Despersonalización

**Cuadro 2****CONDICIONANTES SOCIO-CULTURALES DE LA HISTERIA**

No es este capítulo el lugar para hacer un análisis exhaustivo de las bases sociales, psicológicas y biológicas de la histeria. Sin embargo sí puede merecer la pena detenernos un momento en esos condicionantes sociales de la histeria a los que habitualmente se presta muy poca atención, sobre todo en los textos de psiquiatría. Emilce Dio de Bleichmar publicó en 1985 un ensayo titulado “el feminismo espontáneo de la histeria” en el que aborda expresamente este tema. La autora plantea que la construcción de la identidad femenina se establece a través de la identificación con la madre y la asunción de un rol social realmente devaluado que propone la pasividad, la dependencia y la sumisión. Paralelamente considera que esta panoplia de la clínica histérica sería una salida posible para la mujer en nuestra sociedad. Negándose a sí misma la sexualidad exige y muchas veces consigue ser reconocida. Por tanto, para esta autora la histeria sería una salida posible para la mujer en nuestro medio con el fin de manifestar su desacuerdo y ocupar una posición de cierto poder en su entorno.



## **ESTUDIOS RECIENTES SOBRE SEXUALIDAD EN LA HISTERIA**

También en el caso de las publicaciones en torno a las posibles disfunciones sexuales de los pacientes de fenomenología histérica encontramos literatura escasa. Sólo si nos referimos a estudios que han avalado los antecedentes de traumas sexuales en pacientes histéricos, podemos encontrar mayor abundancia, pero no en otros campos.

Centrándonos en la literatura disponible de los últimos años nos encontramos autores como Lavan y colaboradores que en este mismo año, 2002, encuentran conductas de riesgo mayores en su muestra de adolescentes si estos presentan rasgos antisociales, histriónicos, dependientes o paranoides. También sobre conductas de riesgo, Putnam et al (1996) nos dicen que en una muestra de adolescentes con trastorno disociativo las mujeres presentaban mayor frecuencia de actuaciones sexuales problemáticas que los hombres. También aborda la literatura el tema de la conducta sexual compulsiva y su relación con la histeria: Black y colaboradores publicaban en 1997 un trabajo en el que señalaban la frecuencia del trastorno histriónico de la personalidad en una muestra de pacientes con conducta sexual compulsiva. También Williams et al, en 1995, abordaban la problemática de la ruptura de límites terapeuta-paciente señalando que existe un mayor riesgo de contacto sexual entre paciente y terapeuta cuando se trata a pacientes con trastorno histriónico o límite de personalidad.

Finalmente Hurlbert y colaboradores (1992) estudian el fenómeno del “Narcisismo sexual” considerándolo característico de los trastornos de personalidad límite e histriónico. También este grupo con Apt de primer autor en el año 1994 comparan mujeres con trastorno histriónico de la personalidad frente a mujeres sin trastorno de la personalidad encontrando en las primeras una menor asertividad sexual, una menor autoestima general, un menor deseo sexual, una mayor actitud erotofóbica, una mayor insatisfacción marital, una mayor preocupación sexual, disfunción orgásmica más frecuente, relaciones extramaritales más frecuentes y de forma un tanto sorprendente una mayor y mejor autoestima sexual.

## **LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD DE LAS PERSONALIDADES DRAMÁTICAS E IMPULSIVAS**

Para terminar puede ser interesante reflexionar sobre un aspecto que comparten muchos de los pacientes que podemos denominar histéricos y los pacientes con trastornos de personalidad, sobre todo los llamados del grupo B, las personalidades dramáticas e impulsivas: trastorno de personalidad antisocial, histriónico, límite y narcisista. En todos estos casos se plantea una estructura de personalidad que se caracteriza por tres aspectos fundamentales tal como fueron descritos por Otto Kernberg y colaboradores en 1989 y se han ampliado en trabajos posteriores. En primer lugar la presencia de mecanismos defensivos primitivos: idealización primitiva, negación, proyección y sobre todo la escisión. En segundo lugar la presencia de difusión de identidad, caracterizada por una incapacidad para dar una visión balanceada y rica de las personas importantes de su entorno, de su vida e incluso de sí mismo. Finalmente la tercera característica es la presencia de un buen contacto con la realidad salvo situaciones críticas y transitorias en las que el paciente puede perder este contacto con la realidad de forma leve.

De estas tres características la más fundamental es el uso frecuente e intenso de la escisión, “splitting” en la terminología norteamericana. Esta escisión es un mecanismo defensivo que se utiliza con enorme frecuencia en los primeros años de la vida y se va abandonando poco a poco según vamos madurando en nuestra personalidad. El niño en sus primeros años no es capaz de mantener una percepción integrada de los objetos reuniendo aspectos positivos y negativos de estos. Considerará a las figuras que se relacionan con él completamente malas en un momento dado porque frustran sus necesidades o completamente buenas porque las satisfacen. A lo largo de los años el niño va aprendiendo que ese objeto, en este momento maravilloso, también tiene aspectos negativos y frustrantes y viceversa siendo así capaz de construir una visión realista del otro y también de sí mismo. En los pacientes de esta órbita de los trastornos de personalidad del grupo B se mantiene en buena parte esta visión infantil del mundo y del propio sujeto. Les resulta muy difícil realizar esta integración de aspectos positivos y negativos y siguen viendo a los demás

como en el mundo de la infancia: hoy completamente buenos, mañana completamente malos. Ante esos personajes tan unilaterales el paciente despliega una reacción emocional acorde con la positividad o negatividad del otro y de una extrema intensidad.

Es importante también tener en cuenta a la hora de entender las relaciones interpersonales y desde luego las relaciones sexuales de estos pacientes que la más mínima frustración es capaz de generar una inversión en esta visión unilateral y extrema del otro. Pequeñas frustraciones de la vida diaria pueden hacer que esa visión de la pareja, por ejemplo como alguien maravilloso y dotado de todo tipo de virtudes, se transforme en una visión absolutamente devaluada y descalificadora viéndole entonces como un ser negativo, empobrecido y hostil al que hay que agredir y ante el que no cabe ninguna actitud positiva.

## **ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DE LA CONDUCTA SEXUAL DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

A continuación reflejamos diferentes características de la vida sexual de una muestra de pacientes psiquiátricos hospitalizados en la Unidad de Corta Estancia del Hospital de Basurto. Los datos proceden de un estudio más amplio (M. Salazar, Investigador Principal), aún en marcha, en el que se recogen datos sobre el estatus serológico frente al VIH de una muestra numerosa de pacientes (N = 500) hospitalizados en Psiquiatría y además se obtenía información sobre conductas de riesgo para el VIH, centrada en vida sexual y uso de sustancias.

Hemos seleccionado de la muestra total aquellos pacientes que tenían como primer o segundo diagnóstico al alta un Trastorno de Personalidad. En estos pacientes señalaremos aquellos datos demográficos, clínicos y de conducta sexual que consideramos más relevantes, comparando los resultados de hombres y mujeres. Queremos también establecer una comparación entre pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad y otro grupo de

pacientes que pudiera estar a priori más cercano a la población general: aquellos con Trastornos de Ansiedad o Trastornos Adaptativos.

En la Tabla 1 podemos ver algunos datos demográficos de la muestra de pacientes con Trastornos de Personalidad (TP). Solo la edad muestra diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres. A destacar el alto porcentaje de solteros y de parados en ambos grupos.

Sexo	N	Edad X (d.s) *	Estudios (% No Universitarios)	Nivel Laboral (% Parados)	Estado Civil (% Solteros)	Convivencia (% Con Padres)
Varones	43	39,1 (11,5)	69,8	53,5	62,8	39,5
Mujeres	31	33,1 (10,1)	71,0	61,3	64,5	41,9

\* p = 0,023

**Tabla 1. Algunas variables demográficas de la Muestra**

En la Tabla 2 podemos observar la existencia de una cierta cronicidad en la muestra, con más de la mitad de hombres y mujeres con 7 o más años de evolución de la enfermedad, un alto porcentaje de múltiples ingresos previos y un frecuente cumplimiento irregular del tratamiento, que afecta significativamente más a las mujeres.

Sexo	Evolución previa enfermedad (% > 7 años)	N Ingresos psiquiátricos previos (% > 5)	Nivel cumplimiento tratamiento (% irregular) *
Varones	58,1	20,9	30,2
Mujeres	54,8	29	45,2

\* p = 0,10

**Tabla 2. Algunas variables clínicas de la Muestra**

En las Tablas 3 y 4 registramos algunas variables sobre conducta sexual. Vemos un mayor porcentaje de sujetos sin experiencia sexual entre las mujeres y una mayor frecuencia de orientación homo o bisexual entre los hombres. Así mismo, es relativamente elevado el porcentaje de hombres y

mujeres con TP de la muestra que han tenido una pareja con ADVP (adicción a drogas vía parenteral) o con seropositivos frente al VIH.

Sexo	Actividad Sexual (% Nunca)	Orientación sexual (% Homo o bisexuales)
Varones	9,3	9,3
Mujeres	22,6	6,5

**Tabla 3. Variables de Conducta Sexual de la Muestra I**

Sexo	Antecedentes de Pareja con ADVP( % Sí)	Antecedentes de Pareja con VIH ( % Sí)
Varones	20,5	15,4
Mujeres	20,8	16,7

**Tabla 4. Variables de Conducta Sexual de la Muestra II**

En la tabla 5 reflejamos tres variables sobre la conducta sexual de la muestra, incluyendo sólo aquellos sujetos que se definían como heterosexuales. Más de un 60% en ambos sexos habían tenido la última relación hace menos de 6 meses. Uno de cada 4 hombres y una de cada 8 mujeres de la muestra había tenido 4 o más parejas distintas en el año previo. Respecto al uso de preservativo, el uso es bajo en ambos sexos, sobre todo en mujeres, entre las que más del 60% dice no haberlo usado nunca.

Sexo	Tiempo desde última relación (% < 6 meses)	Uso preservativo (% nunca ha usado) *	N parejas distintas en año previo (% > 4)
Varones	64,1	36,8	26,3
Mujeres	62,5	62,5	12,5

\* p = 0,08

**Tabla 5. Variables de Conducta Sexual de la Muestra (Heterosexuales)**

No recogemos aquí los datos específicos de los sujetos homosexuales de la muestra por el pequeño tamaño de este grupo que hace muy arriesgado extrapolar cualquiera de los resultados.

En las siguientes Tablas reflejamos algunos aspectos relevantes de la comparación efectuada entre los pacientes con TP y aquellos que a priori pudieran presentar una mayor cercanía respecto a la población general: los pacientes con Trastornos de Ansiedad o Trastornos Adaptativos.

En la Tabla 6 vemos variables demográficas, con diferencias significativas en edad (TP más jóvenes), estado civil y convivencia.

Grupo Diagnóstico	N	Edad X (d.s) *	Sexo (% Varones)	Estudios (% No Universitarios)	Nivel Laboral (% Parados)	Estado Civil (% Solteros)**	Convivencia (% Con Padres)***
T Personalidad	73	36,5 (11,3)	58,9	71,2	57,5	63,0	41,1
T Ansiedad / T Adaptativ.	50	44,5 (14,4)	54,0	72,0	42,0	36,0	22,0

\* p= 0,001

\*\* p= 0,014

\*\*\* p=0,014

**Tabla 6. Comparación T personalidad vs. T Ansiedad / T Adaptativo. Variables Demográficas**

En la Tabla 7 podemos ver que no hay diferencias significativas en las variables clínicas seleccionadas, aunque los valores obtenidos muestran una separación en el sentido esperable a priori: TP con más ingresos previos y peor cumplimiento.

Grupo Diagnóstico	Evolución previa enfermedad (% > 7 años)	N Ingresos psiquiátricos previos (% > 5)	Nivel cumplimiento tratamiento (% irregular)
T Personalidad	56,2	24,7	37,0
T Ansiedad / T Adaptativos	50,0	16,0	26,0

**Tabla 7. Comparación T personalidad vs. T Ansiedad / T Adaptativo. variables clínicas de la Muestra**

En la Tabla 8 no observamos diferencias entre TP y T de Ansiedad / T Adaptativos en cuanto a niveles de experiencia sexual previa y a orientación homosexual o bisexual. Este último datos es en principio sorprendente pues una de las características comunes a un grupo numeroso de TP (límites) es la presencia de identidad sexual confusa.

Grupo Diagnóstico	Actividad Sexual (% Nunca)	Orientación sexual (% Homo o bisexuales)
T Personalidad	13,7	9,5
T Ansiedad / T Adaptativos	6,0	8,5

**Tabla 8. Comparación T personalidad vs. T Ansiedad / T Adaptativo Variables de Conducta Sexual de la Muestra I**

En la Tabla 9, podemos observar diferencias en el historial de parejas previas con ADVP o VIH. En el primer caso la diferencia alcanza significación estadística.

Grupo Diagnóstico	Antecedentes de Pareja con ADVP( % Sí)*	Antecedentes de Pareja con VIH ( % Sí)
T Personalidad	20,6	15,9
T Ansiedad / T Adaptativos	6,4	6,4

\* p= 0,022

**Tabla 9. Comparación T personalidad vs. T Ansiedad / T Adaptativo**  
**Variables de Conducta Sexual de la Muestra II**

En la Tabla 10 vemos datos de conducta sexual entre los que se definen como heterosexuales en ambos grupos de pacientes. Destaca un dato a primera vista llamativo: el porcentaje de sujetos que no han utilizado nunca preservativo es significativamente mayor entre los pacientes con T de Ansiedad o T Adaptativos, alcanzando la elevada cifra del 66,7.

Grupo Diagnóstico	Tiempo desde última relación (% < 6 meses)	Uso preservativo (% nunca ha usado) *	N parejas distintas en año previo (% > 4)
T Personalidad	63,5	46,8	21,0
T Ansiedad / T Adaptativos	55,3	66,7	4,4

\* p = 0,058

**Tabla 10. Comparación T personalidad vs. T Ansiedad / T Adaptativo**  
**Variables de Conducta Sexual de la Muestra (Heterosexuales)**

Los datos recogidos tienen varias limitaciones, algunas de ellas muy evidentes. Por un lado el tamaño muestral es pequeño (73 y 50 individuos respectivamente). Por otro se trata de pacientes hospitalizados en una unidad de psiquiátrica de corta estancia. Queda a la interpretación del lector hasta qué punto estos pacientes son representativos de la población general de Trastornos de Personalidad o de Trastornos de Ansiedad o Adaptativos. Muy posiblemente la intensidad de los síntomas y otras variables como la presencia de intentos de autolisis diferencie a nuestros sujetos del grupo general del que proceden. Debemos también advertir que en las tablas están reflejadas sólo algunas categorías de las variables estudiadas y los análisis estadísticos se han realizado sobre el conjunto de todas las categorías. De ahí que las diferencias significativas encontradas pudieran variar (en ambos sentidos) si agrupáramos las categorías de modo diferente. Remitimos al lector al trabajo de Salazar y cols (pendiente de publicación) para un análisis estadístico exhaustivo del conjunto total de datos.

Creemos que aún contando con las limitaciones expuestas, los datos reflejados suponen una aportación interesante sobre diferentes aspectos de la

vida sexual de dos colectivos de pacientes. Si son escasos los datos sobre esta parte fundamental de la vida en la población general, en el conjunto de los pacientes psiquiátricos la ausencia de información es la norma. Sólo una exploración abierta y minuciosa de estas variables va a permitirnos desechar supuestos basados en prejuicios y acercarnos a una realidad poco conocida y a veces sorprendente.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

Apt C, Hurlbert DF. The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *J Sex Marital Ther*, 1994; 20: 125-33.

Berger P et al. Sadistic personality disorder in sex offenders: Relationship to antisocial personality disorder and sexual sadism. *Journal of Personality Disorders*, 1999; 13: 175-186.

Black DW et al. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry*, 1997; 154: 243-249.

Black DW. The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. *Cns Spectrums*, 2000; 5: 26-72.

Blocher D et al. Symptoms from the spectrum of attention deficit / hiperactivity disorder (ADHD) in sexual delinquents. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 2001; 69: 453-459.

CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Génève: Meditor, 1992.

Coderch. *Psiquiatría Dinámica*. Barcelona: Herder, 1982.

Dio Bleichmar, E. *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S. A. 1991.

DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.

Ellis D, Collis I, King M. Personality disorder and sexual risk taking among homosexually active and heterosexually active men attending a genito-urinary medicine clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 1995; 39: 901-910.



Hurlbert DF, Apt C, White LC. An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1992; 18: 231-242.

Hurlbert et al. Sexual narcissism: a validation study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1994; 20: 24-34.

Kernberg O F et al. *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basic Books, 1989.

Lavan H, Johnson JG. The association between axis I and II psychiatric symptoms and high-risk sexual behavior during adolescence. *J Personal Disord*, 2002; 16: 73-94.

Meloy JR. The nature and dynamics of sexual homicide: An integrative review. *Aggression and Violent Behavior*, 2000; 5: 1-22.

Myers WC, Blashfield R. Psychopathology and personality in juvenile sexual homicide offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry & The Law*, 1997; 25: 497-508.

Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Psychological factors associated with homosexuality in males with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 1995; 9: 56-61.

Putnam FW, Hornstein N, Peterson G. Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. Gender and age effects *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1996; 5: 351-360.

Williams MH. How useful are clinical reports concerning the consequences of therapist-patient sex? *Am J Psychother*, 1995; 49: 237-243.