



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Escuchá este artículo  
en nuestro podcast



## Paranoide: Trastorno y Estilo de Personalidad

### Conceptualizaciones y posibles intervenciones desde la TCC

La caracterización tradicional de Trastorno Paranoide de la Personalidad ha consistido en un patrón de **desconfianza y suspicacia** ante las demás personas, quienes son vistas como poseedoras de motivos ocultos para dañar. Debido a ello, los individuos con este cuadro muestran preocupaciones injustificadas acerca de que los demás los utilizan, explotan y traicionan. Siempre sospechando de las intenciones ajenas, **sobreinterpretan** las palabras y acciones, extrayendo mensajes claramente alejados del sentido textual del discurso. Como consecuencia final, experimentan rencor y, especialmente, enojo hacia los otros, lo cual los convierte en sujetos solitarios y retraídos. Como nota de color, si están en pareja, suelen ser intensamente celosos.

Si bien la descripción anterior captura lo esencial de la personalidad paranoide, no deja de ser un arquetipo que, tal como lo describimos, aparece pocas veces. Justamente, el terreno de los Desórdenes de la Personalidad constituye uno de los más pantanosos en cuanto a las clasificaciones y tratamientos en la Psicología actual. La falta de especificidad y superposición de rasgos conduce a que la mayoría de las veces en que se efectúa un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad este caiga en la categoría de "no especificado" o se indique comorbilidad con otro u **otros** Desórdenes de la Personalidad. En fin, la pureza de clase es la excepción en este ámbito.



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Así las cosas, el paciente paranoide modelo también resulta una rareza. Tal vez para comprender este y otros síndromes de la personalidad, conviene tener presente sus rasgos cardinales como prototipo, pero desde allí pensar en grados y subtipos, sólo algunos de los cuales llegarán al consultorio.

Desde la perspectiva de grados, ya el mismo DSM tiene prevista una revisión de sus criterios oficiales categóricos, virando hacia un modelo dimensional. Este cambio está hoy presentado en un anexo donde también figuran 6 criterios de rasgos para algunos de los síndromes comunes; entre ellos NO se incluyó al Trastorno Paranoide.

*Una de las limitaciones de la descripción oficial de cuadro radica en que deja fuera un conjunto de individuos a los cuales podríamos denominar integrados o "camuflados".*

Se trata de personas que tienen varios de los atributos aunque en cantidades más moderadas o, mejor dicho, no en los extremos propios del trastorno per se. En este sentido, la literatura hace una distinción entre el "desorden" y el "estilo" de personalidad paranoide. Asimismo, se ha postulado un modelo de espectro que inicia con el estilo paranoide, sigue con el trastorno paranoide prototípico y finaliza con las formas más graves que manifiestan delirios e incluso síntomas psicóticos.

En fin, el campo de estudio de los Trastornos de Personalidad es verdaderamente complejo y hasta algo desordenado; particularmente, carecemos de grandes teorías de amplia generalizabilidad y alcance explicativo, como sí tenemos para los cuadros sintomatológicos.

En relación con los subtipos, la literatura señala la presencia de al menos tres formas:

- *Hay una clase caracterizada por el enojo.* Naturalmente, se trata de sujetos que se irritan o enfurecen a partir de sus interpretaciones sesgadas, aunque no siempre lo manifiesten abiertamente. Recordemos que, dada la vertiente



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

interpersonal de esta emoción, **la expresión cuenta tal vez más que la experiencia**. Así, algunos individuos paranoides literalmente viven enfadados, percibiendo injusticias y abusos por doquier. De ellos, sólo una parte se tornan francamente litigantes y reivindicativos, mientras que otros se convierten en atormentados por la rumia que revive una y otra vez los agravios y ofensas de los cuales se sienten víctimas, así como las maneras en que se vengarían de ellas aunque, en concreto, no hacen nada y siempre guardan las apariencias.

- *Existe un segundo subtipo retraído, más caracterizado por el miedo*. En estos casos, las sospechas de malas intenciones de los otros se traducen en la experiencia subjetiva de temor y la consecuente retirada del ambiente social. De este modo, al avizorar un conflicto, se sustraen, se dan por vencidos y no afrontan. Fenomenológicamente pueden asemejarse a la segunda variante del subtipo anterior, es decir, al enojado que rumia sin manifestar su ira, porque ninguno de los dos hace o dice nada. No obstante, **la experiencia subjetiva varía mucho**.
- *Tenemos finalmente un subtipo ansioso, similar al grupo anterior pero con la diferencia de que no se retira fácilmente del conflicto aunque tampoco lo resuelve*. Se trata de sujetos que permanecen en situaciones sociales en las cuales se sienten agraviados, mantienen sospechas permanentes acerca de las intenciones de los demás, pero aparte de enojarse pasan largas horas preocupados por los pormenores de las relaciones y hacen algunos intentos fútiles de resolución. Este grupo suele ser **mal etiquetado** como Ansiedad Generalizada. Aunque comparte con este último síndrome las preocupaciones patológicas, el origen de las mismas difiere.

Como ya insistimos, la claridad y precisión conceptual escasean en el terreno de los Trastornos de la Personalidad en general, así que tanto los matices del continuo como la distinción de subtipos han de ser tomados como orientativos y no como categorías validadas.



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Si hemos logrado nuestro objetivo, el lector tendrá ahora la idea de que existen algunas personas con **el** Trastorno Paranoide (configurado en un sentido más pleno de las descripciones tradicionales) pero también hay una paleta de variantes y matices que, sin conformar el cuadro completo, muestran algunos de sus rasgos cardinales y los mecanismos centrales. Estos sujetos pueden sostener vidas públicas relativamente funcionales, algunos son francamente muy exitosos en determinados trabajos y roles. De este modo, se encuentran bien integrados a la sociedad, camuflados como personas sin comportamientos desadaptativos severos.

*¿Por qué insistimos tanto con esta gente, con los que no lo parecen pero sí son paranoides? Porque típicamente son los que llegan al consultorio.*

En efecto, el sujeto con un estilo paranoide consulta más frecuentemente que el que padece un trastorno claro y definido. Por consecuencia, necesitamos detectarlo y saber cómo manejarlo.

## El Trastorno Paranoide en la Terapia Cognitivo Conductual

Si bien se estima que entre el 2 y el 4 % de la población padece de un síndrome paranoide, muy pocos de ellos acudirán a la ayuda psicológica; a su vez, cuando lo hacen, los motivos de consulta suelen o parecen ser ajenos al cuadro de personalidad. Así, por ejemplo, un paciente paranoide puede consultar porque está padeciendo crisis de pánico, en cuyo caso la conexión con los rasgos de personalidad disfuncionales resulta lejana. En otras ocasiones, acude a tratamiento por el estrés generado por relaciones interpersonales o a sentimientos de soledad, temas que sí se vinculan con el cuadro de base. De cualquier manera, el sujeto paranoide hecho paciente nunca sabrá ni reconocerá su condición diagnóstica principal, jamás al inicio, y sólo tal vez lo hará hacia el final de un proceso terapéutico exitoso. De más está decir que el terapeuta habrá de ser más que cauto en relación con el tema.



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

## Un mecanismo central del cuadro

Existe un patrón social recurrente crítico en el mantenimiento del Desorden Paranoide. Por un lado, estos individuos establecen relaciones interpersonales superficiales y utilitarias, signadas por alguna tarea en común obligatoria o que los beneficia; por ejemplo, trabajar o estudiar juntos. En general, no forman vínculos íntimos pues esto clásicamente detona alguna de sus vulnerabilidades. Cuando alguna relación se torna más personal, los problemas se desarrollan típicamente del siguiente modo:

Basado en sus sesgos autorreferenciales y de sospecha, el sujeto paranoide interpreta algún comportamiento ajeno como ofensivo, agresivo o, incluso, como traición. Esto lo lleva al enojo, el cual frecuentemente oculta, continuando con el vínculo de modo meramente instrumental, vale decir, por pura conveniencia personal. Pero los incidentes se repiten, pues la persona paranoide no cesa de sobreinterpretar malas intenciones y conductas de daño provenientes del otro, con lo cual va acumulando una lista de experiencias que, sesgos mediante, "demuestran" que el otro intenta deliberadamente perjudicarlo. Tras haberse contenido reiteradas veces, acaba explotando con una nómina de reproches, mayoritariamente injustificados y hasta absurdos para los oídos de su interlocutor. Los demás intentan defenderse, pero los argumentos se entienden como una nueva evidencia de las motivaciones malévolas y la traición. Casi ningún vínculo resiste tanta presión, razón por la cual, a la larga, el sujeto paranoide se halla cada vez más solo. Aquí viene bien recordar que las investigaciones acerca de los efectos de la soledad han remarcado que, como regla general, ella vuelve a la gente más autorreferencial y suspicaz. Así que imaginemos lo que podrá causar en alguien que ya de suyo posee estos rasgos en niveles elevados.



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Tal como ya hemos mencionado, la literatura hace una distinción entre “estilo” y “desorden” paranoide. De esta manera, una cantidad menor de rasgos (o los mismos rasgos en alta pero no extrema intensidad) darían lugar a un “estilo de personalidad paranoide”; con individuos más funcionales socialmente, al menos hasta el momento en que se topan con los estresores específicos que detonan las vulnerabilidades del síndrome. Así las cosas, en situaciones cotidianas regulares, las personas con un estilo paranoide serían simplemente desconfiadas, suspicaces y más autorreferenciales. Socialmente no se encuentran aislados, pero sí seleccionan con cuidado sus vínculos; únicamente unos pocos pasan el filtro, y quienes lo hacen conforman un grupo de confianza condicional al cual siempre se mantiene bajo observación. Justamente, debido a las expectativas de lealtad desmedidas, resulta muy fácil que alguien cometa alguna acción por fuera de las reglas, y eso detona los patrones conductuales más propios del trastorno; entre ellos, reproches y enojo que, como ya hemos visto, dan el inicio a un ciclo que termina con la validación de los esquemas sesgados desde los que se partió. En otras ocasiones, tan sólo el estrés psicosocial gatilla los hábitos del cuadro en los sujetos que tienen el estilo paranoide. A partir de allí, el accionar interpersonal cotidiano desregulado acarrea consecuencias sociales que establecen el círculo vicioso de enojo, desconfianza y reproches.

## Caracterización por planos y sistemas

Los eventos disparadores que frecuentemente desencadenan los patrones disfuncionales propios del trastorno son las relaciones interpersonales cercanas, íntimas o los comentarios y preguntas que vayan en esa dirección. Así, el sujeto paranoide sostiene vínculos en apariencia muy normales y mundanos en sus ambientes sociales habituales. Lo esperable es que las relaciones humanas se tornen paulatinamente cada vez más personales; por ende, las conversaciones evolucionan desde lo puramente pragmático que nos une hacia asuntos populares y cliché (como el clima o la política), para finalmente convertirse en un poco más íntimas. En este



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

punto, justamente esto detona las vulnerabilidades del sujeto paranoide. Una pregunta o un comentario casual acerca de la familia, el gasto del dinero o la relación con la pareja se sobreinterpreta en términos de abusos y malas intenciones.

Una vez que los esquemas disfuncionales característicos del trastorno se ponen en funcionamiento, son como agujeros negros que tragan todo a su paso, desregulándose cada vez más con cada activación. Cualquier cosa que el otro dice o hace se percibe como evidencia de que está tratando de dañar; incluso un acto francamente amable como *"te invito a comer algo"* o *"te traje un café"* se leen como signos de que *"te quieres ganar mi confianza para que caiga en tus redes y así sea más fácil utilizarme y traicionarme"*.

Las teorizaciones desde la Terapias Cognitivas han caracterizado a estos pacientes de acuerdo con un conjunto de esquemas disfuncionales, los cuales bajo ciertas circunstancias se vuelven prepotentes y terminan por tomar control del sistema. Se los ha llamado **modos cognitivos**, enfatizando el rol central que adoptan, subordinando a todo el procesamiento de información.

Bajo la operación del modo paranoide, la persona somete a escrutinio cada interacción personal, pesquisando indicios que se contabilizan como pruebas confirmatorias de sus preconcepciones. Incluso si los datos que procesa son objetivos, suelen conducir a conclusiones falsas pues únicamente conforman un recorte del panorama completo, precisamente **el que confirma las creencias previas**, el resto se descarta. Ciertamente, los sesgos cognitivos impactan ya en las etapas tempranas del procesamiento, aún desde el momento en que se presta atención y se selecciona la información. Cuando se hallan bajo estrés, el pensamiento puede convertirse en conspirativo y hasta delirante, circunstancias en las cuales resulta verdaderamente imposible llevar con ellos cualquier tipo de discusión racional.



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Debido a todo lo anterior, la emoción dominante es el enojo, aunque no exclusivamente. Ya hemos mencionado que algunos sujetos viran hacia una pauta más ansiosa, pero incluso el subtipo "irascible" va derivando en estados afectivos secundarios, particularmente, celos y resentimiento o envidia. No hay que olvidar que el sujeto paranoide permanece atento a las acciones de los demás, de quienes percibe tratos injustos y abusivos. Desde una tal óptica, fácilmente se arriba a la conclusión de que los logros ajenos son una suerte de botín obtenido a partir de las manipulaciones y traiciones.

La consecuencia social es la más obvia. Llevan vidas solitarias, con pocos amigos, con los cuales mantienen vínculos utilitarios. Ellos, los que padecen este cuadro, tampoco suelen ser recíprocos en sus vínculos, pues decodifican las buenas acciones de los demás como intentos de ganarse la confianza para un posterior engaño. A la larga, la gente también se les aleja pues pocas personas gustan de compartir tiempo con alguien frío, distante y que no retorna un gesto amable.

Frente al panorama descrito, surge la pregunta de qué hace un psicólogo con casos como el descrito. ¿Tiene la psicología herramientas para abordar un tal diagnóstico? Concretamente...

*¿qué hace un terapeuta cognitivo conductual frente a un paciente que padece un Trastorno Paranoide de la Personalidad?*

## Tratamiento de los patrones paranoides

En relación con el manejo de los problemas psicológicos, conviene tener presente que...

*El hecho de que un problema no tenga cura o solución definitiva no significa que no existan tratamientos, los cuales controlan la sintomatología y, sobre todo, **mejoran la calidad de vida.***



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Esto sucede en varios ámbitos relacionados con la salud, no únicamente con la Psicología.

El objetivo general de una terapia cognitivo conductual con el paciente paranoide podría resumirse en **disminuir la probabilidad de activación de los esquemas disfuncionales ante las aproximaciones personales o íntimas de los otros.**

Naturalmente, esto conlleva el aprender a desarrollar confianza, para lo cual se precisan nuevos hábitos tanto en el plano del pensamiento como en el conductual.

Desde la perspectiva del funcionamiento cognitivo, procuramos que la persona incorpore habilidades en diferentes etapas del procesamiento. Así, habremos de buscar ejercicios que favorezcan la apreciación de un escenario social completo, en lugar de centrarse sólo en las señales que confirman las presunciones desadaptativas.

En cuanto a la etapa de la asignación de significados, la Discusión Cognitiva posee un rol fundamental, aunque con algunas importantes adecuaciones a las cuales nos referimos más abajo.

El plano comportamental se trabaja con entrenamiento en habilidades sociales y comunicacionales y entrenamiento asertivo, entre otros.

Ahora bien, no estamos diciendo nada nuevo; de hecho, los procedimientos que mencionamos se utilizan también en los trastornos sintomatológicos. ¿Qué tendría de especial el manejo de un Trastorno de la Personalidad, particularmente este, el Paranoide?

*La respuesta radica en sutilezas de la forma en cómo se llevan los procedimientos; lo cual, a su vez, nos conduce al terreno pantanoso de la relación terapéutica.*



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Dado que una de las metas cardinales consiste en generar confianza, el terapeuta puede caer en la tentación de comportarse más amablemente que lo habitual, mostrarse servicial y gentil. **Ello sería un error** pues, en pocas palabras, el individuo paranoide muy probablemente interpretará esos gestos como intentos de ganar rápidamente la confianza para un posterior embuste. Así las cosas, el psicólogo debería mostrarse más bien algo frío y distante, no sólo al inicio, sino todo lo que dure el tratamiento. Parece raro pero, en efecto, es lo que hasta ahora más se ha mostrado que funciona con la persona que padece alguna forma de Trastorno Paranoide.

El terapeuta debería tomar desde el mismo comienzo una actitud de solución de problemas, pragmática y cuasi utilitaria. Concretamente, el paciente llega o se conecta a la sesión virtual, se lo saluda cordialmente pero de modo conciso y algo seco. A continuación, inmediatamente se le preguntan por los temas de la terapia, las tareas y los asuntos en curso. En otras palabras, transmitimos el mensaje de que *"te saludo como una formalidad social, después nos ponemos a trabajar en los asuntos que tenemos que resolver juntos y listo"*.

En relación a la aplicación de técnicas como la Discusión Cognitiva, resulta importante no desviarse del "descubrimiento guiado". La aplicación de este procedimiento lleva a que fácilmente el terapeuta ofrezca evidencias alternativas al punto de vista del sujeto en consulta, incluso disienta abiertamente con él y, dependiendo el caso, hasta lo confronte. Algo así podría ser efectivo en problemas como la Fobia Social o la Depresión, mas no con el paciente paranoide.

Contrariamente, con estos pacientes el psicólogo debe limitarse a formular preguntas, proponer experimentos conductuales y ayudarlo a extraer las conclusiones de las evidencias. Como máximo debe guiar hacia qué aspectos de las situaciones sociales prestar atención, pero siempre cuidándose de no parecer que se toma partido. En este sentido, el trabajo con estos pacientes involucra un énfasis en la



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

discusión del pensamiento sobre la base de su utilidad, aparte de las otras tradicionales áreas de discusión como la validez, la decatastrofización y revalorización de recursos.

*Una de las metas primordiales es lograr desarticular el mecanismo central descrito más arriba, a través del cual la persona reprocha y toma los argumentos de los demás como una evidencia de sus creencias disfuncionales previas.*

Para ello, habremos de plantear experimentos conductuales en los cuales se proponga al paciente comunicar sus peticiones y malestares de modo más asertivo y concreto, para que seguidamente se limite a escuchar y registrar lo que el otro dice. Naturalmente, tal intervención requiere el moldeamiento de las conductas asertivas y otras habilidades comunicacionales, como también algún grado de clarificación y desafío previo de los esquemas cognitivos. Siempre en Terapia Cognitivo Conductual los procedimientos se amalgaman de modo idiosincrásico en virtud de las necesidades del caso clínico.

Sea como fuere que se opere con esta estrategia, a lo largo de varias experiencias el propósito consistirá en observar que una actitud menos beligerante conduce a resultados más favorables, lo cual el terapeuta sólo se limita a señalar, otra vez, sin tomar partido ni menos aún hacer afirmaciones tales como: “¿viste que yo te dije?”. Esperamos que a largo plazo se produzca y fortalezca un nuevo patrón conductual, guiado por consecuencias sociales diferentes a la ruptura de relaciones sociales.

En síntesis, el rol de la relación terapéutica en la dirección de este tipo de tratamientos **es crítico**. Esquemáticamente, se recomienda:

- Adoptar una postura de “guiar con preguntas”, no cuestionar ni confrontar directamente.



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

- Formular experimentos conductuales socialmente orientados, que favorezcan el surgimiento de datos que apoyen la idea de que un comportamiento asertivo acarrea mejores consecuencias sociales. A largo plazo, propiciar la idea de que *“la forma en que los otros responden, depende en gran medida de cómo yo les hablo”*.
- Mantener todo el tiempo una “actitud de solución de problemas”, pragmáticamente enfocada a los temas de interés consensuados.
- No mostrarse gentil ni afectuoso.
- Cuando el consultante narra situaciones conflictivas, escuchar atentamente, devolver un feedback encauzado utilitariamente.

Debido a sus características de personalidad, el paciente paranoide NO suele ser grato ni amable con nosotros. Dependiendo del subtipo y el momento, puede fingir una actitud cordial debido a que nos considera útiles, o ponerse abiertamente hostil. Sea cual fuere el caso, **nosotros somos el psicólogo**. Resulta muy fácil caer en valoraciones personales negativas hacia pacientes que muestran rasgos como los descritos. Eso constituiría un error que limita nuestra capacidad de ayuda.

*No olvidemos que una parte importante de nuestras posibilidades para intervenir eficazmente radica en no sobre-involucrarse, y esto vale tanto para cuando un paciente nos cae bien como para cuando nos cae mal.*

Tal vez en nuestras vidas personales no lo elegiríamos como amigo, pero si nos hallamos en nuestro rol de psicólogos debemos procurar suspender nuestros juicios negativos y ayudarlo con los recursos de los que disponemos desde la Psicología. Puede ser difícil pero, al menos, es nuestro deber hacer el intento como terapeutas.