

Artigos/Articles

Alteraciones de la personalidad

(Personality disturbances)

Armando Alonso Alvarez*

RESUMEN

El estudio de las alteraciones de la personalidad constituye un enfoque psicológico desarrollado dentro del marco de la Psicología histórico cultural. Su utilidad mayor está en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud. En el artículo se caracterizan las diferentes alteraciones de la personalidad, algunas de ellas encontradas por el autor, a partir de investigaciones con sujetos neuróticos.

Palabras clave: Personalidad; Alteraciones.

Sabemos considerablemente más (aunque fundamentalmente en el plano descriptivo, fenomenológico) sobre las desviaciones patológicas de la personalidad, que sobre aquello que desde el punto de vista psicológico conforma una personalidad normal.

Si bien existen enfoques que prefieren no hablar de normalidad o bien no la acepta (FREUD, 1971), existen disímiles concepciones de normalidad desde el punto de vista psicológico. Así, la normalidad se ha entendido como la ausencia de cualquier síntoma psicológico (KAPLAN & SADOCK, 1990), como un estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS, citado por BARRIENTOS & CASTRO-LÓPEZ, 1989), como adaptación al medio (SKINNER, 1971), etc.

Pero los criterios más difundidos son los criterios estadístico (MARTÍNEZ, 1997) y relativista (DORCUS & WILSON, 1993). El primero se basa en la comprensión estadística de lo normal, como “lo promedio”, sin embargo, las características psicológicas no se distribuyen atendiendo a la curva normal como las cualidades

• Texto recibido en agosto/2003 e aprovado para publicação em outubro/2003.

* Doctor en Ciencias Psicológicas. Jefe del Departamento Ejercicio de la Profesión Facultad de Psicología, Universidad de La Habana. e-mail: armandoa@psico.uh.cu.

físicas; el criterio de normalidad es relativo pues tiene que ver con el grupo con el cual se compara; además resulta un tanto arbitrario el punto a partir del cual un sujeto es o deja de ser normal. Por último, sin negar la importancia de la cuantificación, consideramos que lo psíquico es ante todo ideal, subjetivo y por tanto, primero hay que calificarlo.

El segundo criterio es la consideración relativa de lo normal o patológico atendiendo a un grupo social y cultural determinado. Este criterio considera normal aquel que posee las normas, valores y comportamiento que espera el grupo, es decir, que apunta también a “lo más común”. Sin dejar de considerar que este criterio puede ser útil, existen nuevos comportamientos y concepciones que se apartan de lo aceptado socialmente en un momento dado y resultan normales. Además el criterio de normalidad varía en dependencia del grupo e incluso de los países y culturas.

El concepto de normalidad debe basarse necesariamente en lo que es la personalidad. La consideración del término medio y la adaptación a un medio habitual, como base de la normalidad, nos aleja del problema de la personalidad, de su desarrollo. El concepto de normalidad se define a partir de criterios externos, ajenos a ella misma.

El enfoque humanista en Psicología resulta un intento de superación de estas posiciones. Por ejemplo, Allport (1971), selecciona una serie de cualidades de la personalidad que pueden ser llevadas al círculo de las normales, distingue una serie de mecanismos psicológicos que son propios de la personalidad normal, a los que llamó anabólicos, en contraposición a los catabólicos, que son los que caracterizan a la personalidad patológica, y que observamos en la Tabla 1.

Tabla 1: Mecanismos de la personalidad.

Mecanismos anabólicos	Mecanismos catabólicos
Posición activa en relación a la realidad, estudio y superación de la realidad.	Posición pasiva en relación a la realidad, huida de ella.
Accesibilidad de la experiencia a la conciencia, capacidad de ver los sucesos de la vida tal como son, sin recurrir a la defensa psicológica. Represión eficaz.	Represión eficaz con efecto consecutivo perturbador. Otros medios de defensa del yo.
Autoconocimiento con la presencia de humor.	Engaño a sí mismo.
Capacidad para la abstracción.	Pensamiento a nivel concreto.
Proceso constante de individualización.	Desintegración, disociación, enajenación.
Autonomía funcional de motivos, apropiada a la edad y la experiencia.	Fijación a un nivel infantil.
Resistencia a la frustración.	Impulsividad no controlada.

La dificultad fundamental del modelo de Allport es que las cualidades personales escogidas caracterizan sobre todo al hombre excepcional, maduro, y no al hombre común.

Es por ello que preferimos seguir los criterios que sobre la personalidad normal ofrece la psicología histórico cultural (LEONTIEV, 1982; BRATUS & ZEIGARNIK, 1980).

La personalidad, representa el nivel superior y más complejo de la regulación psicológica y participa de manera activa en formas muy diversas de la regulación del comportamiento, las cuales van desde la forma en que se expresan los procesos cognitivos concretos mediante determinadas formas de motivación, hasta más complejos de autodeterminación del comportamiento.

En este sentido, nos parece adecuado el énfasis en diferentes mecanismos autorreguladores, que son formaciones integradoras que tienen un carácter funcional, dinámico, tales como el sistema de motivos, la proyección temporal, la autovaloración, la concepción del mundo, etc. Estas formaciones no constituyen orientaciones aisladas, sino que guardan una estrecha relación entre sí en el contexto de comprender la personalidad como una integridad, “rica” de complejas síntesis de contenidos y regularidades psicológicas, que están en la base del comportamiento activo y creador del sujeto sobre la realidad en que vive.

El autor ha planteado su definición de normalidad a partir de mecanismos autorreguladores. Concebimos como normal a aquella persona que tiene diversos motivos, predominando una orientación social en su personalidad, poseyendo sus motivos rectores un carácter regulador, eficiente y conciente, viviendo en un presente no conflictivo con planes futuros, que son construidos desde el presente; con un nivel de aspiración acorde a sus posibilidades reales. Posee una capacidad intelectual promedio con posibilidad de abstracción y concentración en los problemas.

Sólo después de tener una concepción de normalidad es que podemos hablar de desviaciones o alteraciones de la personalidad.

En la etapa actual de las investigaciones resulta muy difícil proponer una clasificación ya establecida de las alteraciones de la personalidad, a pesar de que en los últimos años, el cúmulo de investigaciones y trabajos teóricos ha crecido extraordinariamente. Nos detendremos en aquellas alteraciones cuyo análisis es posible hacer a partir de los conceptos teóricos más elaborados en la psicología materialista dialéctica.

Pero antes veamos que entiende Zeigarnik (1979) por alteraciones de la personalidad:

Hablamos de cambios en la personalidad cuando, por influencia de la enfermedad se estrechan en el paciente los intereses, disminuyen las necesidades, cuando se vuelve indiferente hacia aquello que antes lo inquietaba, cuando sus acciones pierden su finalidad, cuando sus actos se hacen ilógicos, cuando el hombre deja de regular su conducta y no está en condiciones de valorar adecuadamente sus posibilidades”.

Es válido hablar que las alteraciones de la personalidad aparecen como consecuencia de la enfermedad, en patologías como la esquizofrenia, el alcoholismo, etc.,

donde se produce una ruptura con la personalidad anterior, no siendo así en las enfermedades psicógenas como la neurosis, los trastornos de personalidad, etc., donde las alteraciones de la personalidad son consustanciales a la propia enfermedad y aparecen y se desarrollan desde edades tempranas (ALONSO, 1989; ALONSO & RODRÍGUEZ, 1995).

Cuando hablamos de alteraciones de la personalidad no estamos haciendo referencia a los distintos tipos de trastornos de la personalidad que aparecen registrados en los Manuales de Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV, 1995; CIE-10, 1994), sino a una forma de pensamiento psicológico, que concibe las desviaciones de las formaciones autorreguladoras de la personalidad que presentan los sujetos normales.

Partimos de una clasificación de las alteraciones de la personalidad brindada por Zeiganirk (1979), la cual fue ampliada a partir de las alteraciones encontradas por el autor al investigar en pacientes neuróticos.

ALTERACIÓN DE LA MEDIATIZACIÓN Y DE LA JERARQUÍA DE MOTIVOS

La complejidad de los motivos, su mediatización y construcción jerárquica comienza en la edad preescolar y continúa seguidamente en el curso de toda la vida: los motivos pierden su carácter directo, comienzan a mediatizarse, tiene lugar la subordinación de unos motivos a otros.

En toda la jerarquía motivacional existen motivos rectores y otros que pueden estar subordinados o no a los rectores. La jerarquía motivacional puede ser más o menos amplia y es relativamente estable y esto condiciona una estabilidad relativa de toda la personalidad.

Las personas normales se caracterizan por presentar motivaciones que tienen una orientación social (hacia la familia, las relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, etc.). Existen motivaciones que tienen un carácter individual (comer, ver televisión, etc.) pero no tienen un carácter rector y aunque en un momento dado pueden entrar en conflicto con las de carácter social, generalmente se satisfacen las sociales en detrimento de las individuales. Por otro lado, en las personas normales no existen necesidades que alcanzan un carácter patológico.

Ejemplificaremos las alteraciones a partir de las investigaciones realizadas en sujetos neuróticos (ALONSO, 1989; DOMÍNGUEZ, 1994). La anomalía en la mediatización y estructura jerárquica de motivos no aparece en un momento dado, en la vida adulta, sino que es resultado de una educación defectuosa en un ambiente familiar inadecuado, que lleva desde etapas temprana a la formación de una personalidad alterada. Se expresa una necesidad patológica de afecto que tiene un carácter rec-

tor, y que exige ser gratificada de forma inmediata y de forma compulsiva. Esta necesidad autónoma de afecto no se vincula adecuadamente con otras motivaciones. Por tanto el carácter patológico de las necesidades viene dado por su carácter no conciente (a pesar de que el sujeto puede dar explicaciones, aunque fallidas de por qué actúa así), tiene una existencia autónoma, parasitaria y exige gratificación inmediata. La alteración de la jerarquía de motivos de estos enfermos se manifiesta de forma especialmente clara en el modo de satisfacción de la necesidad de afecto y en el modo de búsqueda de medios para su satisfacción, lo que se evidencia en sus actitudes y síntomas.

En el neurótico predominan las necesidades que tienen un carácter individual, destacándose las de afecto, comprensión, apoyo y seguridad, las cuales alcanzan una dimensión patológica. En el, a pesar de realizar actividades de tipo social, éstas no tienen un sentido personal, las motivaciones son extrínsecas. Lo social es concebido como algo impuesto y su cumplimiento exige de un costo y sufrimiento personal (ALONSO, 1989).

En toda enfermedad mental o desviación social existe esta alteración. Cada una de las patologías se caracteriza por el carácter de la necesidad rectora, por el carácter prácticamente absoluto o predominante de los motivos individuales.

Por tanto, esta alteración tiene dos formas de expresión:

- 1) predominio de motivos individuales en la jerarquía motivacional;
- 2) existencia de necesidades patológicas.

ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN FORMADORA DE SENTIDO PERSONAL

La patología de los motivos se puede enfocar desde otro aspecto más: el de la interrelación de sus funciones incentivadora y formadora de sentido. ¿Cómo se expresa estas funciones en las personas normales? Un motivo tiene un alto sentido personal cuando satisface necesidades importantes en el sujeto y consecuentemente conduce a la acción, es decir, tiene fuerza incentivadora. Las necesidades rectoras de la jerarquía motivacional son reguladoras, pero pueden existir también motivos no eficientes, no reguladores, que no estimulan a la acción. Precisamente esta confluencia de ambas funciones del motivo puede dar a la actividad del hombre un carácter conscientemente regulado. El debilitamiento y la alteración de estas funciones (la incentivadora y la formadora de sentido) conducen a alteraciones de la actividad. Esto se manifiesta en unos casos, en que la función formadora de sentido del motivo se debilita, el motivo se convierte en “conocido” solamente. Por ejemplo, un neurótico sabe que debe recrearse más pero no lo hace, o bien que debe ir a trabajar pero no lo realiza. En los neuróticos encontramos una estrechez de motivaciones, que ya se evidencia claramente en la juventud; existe una pobreza de motivaciones sociales, e incluso en comparación

con los sujetos normales también hay menos motivaciones individuales (diversión, contacto sexual, etc.). Están orientados básicamente por motivos de tipo individual o íntimo personal, siendo los rectores, la familia (pareja, hijos) y el sí mismo (la salud, el equilibrio psíquico) (ALONSO & RODRÍGUEZ, 1995).

Las necesidades rectoras del neurótico sí poseen fuerza reguladora, por lo que se expresa continuamente en su comportamiento, e incluso a través de los síntomas.

En otros casos, como en las psicosis, aparece una reducción, un estrechamiento del círculo de formaciones de sentido. Esto se expresa en que atribuye sentido a un círculo relativamente más pequeño que antes de la enfermedad. Como resultado, mucho de lo que tenía antes para el enfermo sentido personal (por ejemplo, estudio, trabajo, amistad, actitud hacia los padres, etc.), lo va perdiendo poco a poco. Como resultado, se pierde también la fuerza incentivadora del motivo.

Concluyendo, esta alteración se expresa en:

- 1) reducción de motivos en la esfera motivacional;
- 2) pérdida de la fuerza incentivadora en motivos que eran básicos.

ALTERACIÓN DEL AUTOCONTROL DE LA CONDUCTA

Las personas normales se caracterizan por actuar de forma reflexiva, tomando en cuenta las condiciones en que realiza su actividad, considerando la retroalimentación y modificando sus errores con vista al logro de sus objetivos. Una de las manifestaciones más vivas de la alteración de la personalidad es la alteración del autocontrol, de la criticidad de la conducta. La alteración de la criticidad de la conducta puede adquirir distintas formas y aparecer en la estructura de diferentes procesos: del pensamiento, de la percepción; puede expresarse en la valoración incorrecta de la propia personalidad, de sus acciones, puede manifestarse en forma de acriticidad hacia las propias vivencias psicopatológicas, o sea, no tener conciencia o crítica de la enfermedad que presenta.

Grau y Portero (1984) encontraron en sujetos ansiosos (neuróticos), insuficiente crítica ante las dificultades en el cumplimiento de las tareas, no correspondencia en la actuación con relación a la comprensión, impulsividad en el acometimiento de la tarea, torpeza, ineficiencia, gran cantidad de errores, etc.

Lo vemos en un paciente esquizofrénico, cuando cometiendo una multitud de errores señaladas por el psicólogo en el cumplimiento de la técnica Exclusión de Objetos, no intenta corregir el error. Cuando se le señala la equivocación, está de acuerdo, pero no modifica su respuesta. Se hace imposible provocar una disposición hacia el cumplimiento correcto de la tarea, hacia el producto de su trabajo.

Precisando, esta alteración se expresa por la falta de control y crítica sobre el comportamiento, las ideas y las propias vivencias.

ALTERACIÓN DE LA AUTOVALORACIÓN

Ya en la juventud o adultez temprana, la autovaloración adquiere una relativa autonomía, en relación a la valoración realizada por la familia, amigos, etc. De acuerdo a como un sujeto se valore a sí mismo, sus posibilidades de enfrentar un problema, sus actitudes hacia las distintas esferas de la vida, esto ejercerá una notable influencia en su comportamiento.

La autovaloración de una persona normal o no, puede valorarse de forma directa o indirecta. El criterio de normalidad está dado cuando la persona se plantea un nivel de aspiración y metas acorde a sus posibilidades reales, o bien, cuando se atribuye cualidades positivas bien argumentadas pero también cualidades o rasgos negativos en su personalidad. Un último criterio (indirecto) se obtiene a través de la solución de problemas cognitivos, cuando la persona eleva su nivel de aspiración e intenta resolver problemas más complejos cuando obtiene éxitos y baja su nivel de aspiración, resolviendo problemas menos complejos cuando obtiene fracasos.

Hablamos de alteración de la autovaloración cuando no existe correspondencia entre el nivel de aspiración y los logros o las posibilidades del sujeto para alcanzar los objetivos, o cuando no reacciona adecuadamente ante el éxito o el fracaso. También es posible determinarla a través de la imagen demasiado positiva o negativa que el sujeto se atribuya a sí mismo. Es posible encontrar diferentes alteraciones:

- a) Autovaloración exagerada e inadecuada (sobreevaluación): El sujeto se plantea un nivel de aspiración alto que mantiene a pesar de que no ha tenido los logros necesarios en su vida o no tiene las posibilidades para alcanzar dichas metas.

En técnicas cognitivas de solución de problemas, se puede considerar la elección inicial de problemas de máxima dificultad (nivel de pretensión alto), unido a una reacción inadecuada al fracaso ya que se mantiene resolviendo problemas de igual o superior dificultad al no resuelto. Cuando fracasa en la solución de los problemas muestra un afecto de inadecuación: inculpa a otros, se justifica, etc. También exhiben una valoración muy alta de sí mismo (ego inflado). La hemos encontrado en sujetos histéricos y paranoides.

- b) Autovaloración disminuida e inadecuada (subvaloración): El sujeto se plantea un nivel de aspiración pobre, pocas metas, pues cree no tener las posibilidades para alcanzarlas, o bien no es capaz de reconocer los éxitos alcanzados en la vida. En tareas cognoscitivas, reacciona inadecuadamente ante el éxito, manteniendo un nivel de aspiración similar o más bajo. Ante el fracaso, reacciona inculpándose, con colorido emocional deprimido. Es frecuentes en depresiones de diferentes tipos.
- c) Autovaloración inestable: Se puede observar cuando hay una fluctuación de

la autovaloración en el tiempo o cuando en un momento dado el sujeto se subvalora en algún sentido y se sobrevalora en otro. Se ve en sujetos con trastornos de personalidad descompensados, en neuróticos y en trastornos bipolares.

- d) Incapacidad para la autovaloración: Puede ser evidenciado de forma directa, cuando el sujeto refiere que no sabe cómo es, que nunca ha pensado sobre ello. Esta alteración puede encontrarse en afecciones orgánicas cerebrales, algunas formas clínicas de esquizofrenia, en el retraso mental.

ALTERACION DE LA PERSPECTIVA TEMPORAL

La forma en que se proyecta la personalidad en el tiempo constituye otro de sus mecanismos autorreguladores. En los sujetos normales la proyección hacia un presente no conflictivo a partir del cual se proyecta y construye su futuro resulta sumamente frecuente.

Esta alteración fue planteada por el autor a partir de sus investigaciones (ALONSO, 1989). En toda enfermedad mental siempre se altera la dimensión temporal. Por ejemplo, los pacientes neuróticos están proyectados al pasado conflictivo con repercusión en el presente, siendo pobre la proyección al futuro, lo cual se hace evidente por la ausencia o vaguedad de los planes trazados para el futuro.

Otros casos, como las reacciones situacionales, de estrés agudo, viven centrados en un presente angustiioso con limitada o nula proyección al futuro (GARCÍA, 1998). Los pacientes psicóticos viven proyectados generalmente hacia el presente inmediato con una carga de conflictos y dificultades con el medio.

PERCEPCIÓN CONFLICTIVA DE LA REALIDAD

El conflicto es propio de la vida, lo cual no significa que las personas normales vivan preocupadas por los mismos. Estas generalmente los enfrentan de forma directa y apoyada por la existencia de mecanismos autorreguladores adecuados (sistema amplio de motivos, autovaloración adecuada, planes futuros, etc.), que obstaculizan la generalización del malestar a las distintas áreas de actuación del sujeto y la desestabilización personal. Los conflictos tienen un carácter presente, son menos “internalizados”, y no tienen un carácter intrapsíquico insuperable, por lo que las vivencias (ansiedad, depresión) que provoca son temporales y no son patológicas.

En los trastornos neuróticos se expresa como una incapacidad para el enfrentamiento de los conflictos, donde el sujeto vive estos intensamente, creándole estados

de tensión, infelicidad, depresión, etc. El sujeto tiende frecuentemente a evadir el conflicto, si lo enfrenta directamente no utiliza vías adecuadas para la solución, no posee por otro lado, mecanismos autorreguladores en su personalidad que ayude de forma compensatoria a minimizar su influencia. Al no tener mecanismos personales adecuados, utiliza con mucha frecuencia mecanismos de defensa (disociación, conversión, desplazamiento, etc.), que si bien resuelven a corto plazo el enfrentamiento con la situación conflictiva, no la resuelve. Existe, por otro lado, la creación de conflictos a partir de la personalidad patológica. Aparecen conflictos internos o intrapsíquicos, entre la necesidad de afecto y el rechazo a las personas, entre el deseo y el deber, entre las necesidades a resolver y la pobre autodeterminación personal para satisfacerlas, entre la imagen real y la imagen ideal etc. Encontramos con frecuencia conflictos “exter-nos”, (divergencia de opiniones, normas, etc., con otras personas) (ALONSO, 1995).

Si bien esta alteración ha sido planteada por el autor a partir de la experiencia con sujetos neuróticos, ha sido confirmada en diferentes trastornos (ALONSO & SANDOVAL, 1997; GARCÍA, 1998). En otras patologías, el conflicto constituye también una piedra angular, aunque varían los tipos de conflictos, las vías personales de enfrentamiento, así como el momento de aparición y su papel en el desarrollo de la enfermedad.

ALTERACIÓN EN LA REGULACIÓN CONSCIENTE DEL COMPORTAMIENTO

Se denomina también prevalencia de la motivación inconsciente.

El equilibrio de la personalidad sana consiste, tanto en el predominio y poder integrador de la conciencia, como en su armonía y correspondencia con las determinaciones psíquicas inconscientes. El sujeto puede explicar cuáles son sus objetivos y por que actúa de determinada manera.

La línea divisoria entre lo consciente y lo inconsciente es inestable, cambiante, dinámica, y existe una interacción dialéctica que incluye la mutua inhibición, es decir, antagonismos entre la vida consciente e inconsciente, sobre todo en los trastornos neuróticos; y relaciones de cooperación y subordinación de lo inconsciente a lo consciente, que son la base de diversas formas de comportamientos adaptativos normales.

En los trastornos neuróticos existe una pobre autodeterminación consciente, dada por la reducción y jerarquía inferior de las tendencias orientadoras, conscientes, dentro de la esfera motivacional. La motivación inconsciente juega un importante papel en la determinación de la conducta y la sintomatología.

Estas tres últimas alteraciones planteadas por el autor complementan la clasificación brindada por Zeigarnik (1979), Bratus y Zeigarnik (1980), quienes las aplicaron en sujetos con afecciones orgánicas del cerebro, alcohólicos y esquizofrénicos, y

han sido consideradas por primera vez por el autor en sujetos neuróticos y otras patologías de origen psicógeno.

Todas las alteraciones de los mecanismos de autorregulación de la personalidad han sido encontradas en sujetos neuróticos, habiéndose considerado el desarrollo de estas alteraciones en el transcurso de la historia vital (ALONSO, 1989), lo cual ha sido corroborado en las investigaciones de Portero (1996), Guerra (2001) y Rodríguez (2001).

Hemos planteado tres grados de desorganización de la personalidad neurótica considerando el grado en que se encuentran las alteraciones mencionadas así como también tres grados de expresión de cada una de las alteraciones (DOMÍNGUEZ, 1994; ALONSO & RODRÍGUEZ, 1995).

Los trastornos neuróticos implican dos aspectos íntimamente relacionados; (a) la presencia de alteraciones en la personalidad, (b) la presencia de síntomas. Las alteraciones de la personalidad han incidido en la presentación de síntomas, a su vez, éstos agravan aún más dichas alteraciones, estableciéndose una relación circular, que favorece el curso crónico de los trastornos neuróticos.

Todos los trastornos mentales se caracterizan por la presencia de alteraciones de la personalidad, siendo su contenido y expresión diferente de acuerdo a la patología. Hemos constatado la ausencia de las mismas en sujetos normales (MUSTELIER, 1988; ALONSO, 1989).

Este enfoque de gran utilidad en el trabajo clínico psicológico representa un modelo propiamente psicológico, ya que caracteriza las alteraciones desde un punto de vista psicológico, posibilitando brindar una psicoterapia encaminada a modificar las mismas. (BRATUS, ROZOVSKI & TPSAKIN, 1988; DOMÍNGUEZ, 1994; RODRÍGUEZ, 1999)

Este modelo se ha aplicado también en la clínica no psiquiátrica en sujetos con enfermedades diversas como cáncer, insuficiencia renal crónica, obesos, etc., donde la aparición y desarrollo de las enfermedades modifica el componente personal.

Concluyendo, hemos presentando un enfoque novedoso, que aplica los conceptos, métodos y lenguaje propios de la Psicología General y de la Personalidad al estudio de fenómenos clínicos pero su utilidad rebasa los marcos de la clínica psiquiátrica. Constituye una forma de trabajo que define las funciones del psicólogo en el equipo interdisciplinario.

ABSTRACT

The study of personality disturbances represents a psychological approach developed by Historical and Cultural Psychology. Its major utility is in Clinical and Health Psychology. In this paper different personality disturbances are characterized, some of them encountered by the author in neurotic people.

Key words: Personality; Self-regulating mechanisms; Disturbances.

Referencias

- ALONSO, A. **Papel del desarrollo anómalo de la personalidad en el origen de la neurosis y de sus diversas formas clínicas.** Tesis de Doctor en Ciencias Psicológicas, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, 1989.
- ALONSO, A. Caracterización de los conflictos en la neurosis. **Rev. Vertentes**, Funrei, Brasil, n. 6, jul-dic. 1995, p. 73-81.
- ALONSO, A.; RODRIGUEZ, R. Diagnóstico y tratamiento de la neurosis a partir de un enfoque personalógico. **Rev. Cubana de Psicología**, v. 12, n. 3, 1995, p. 171-185.
- ALONSO, A.; SANDOVAL, J. Estudio clínico psicológico de un grupo de pacientes alcohólicos. **Rev. Cubana de Psicología**, v. 14, n. 1, 1997, p. 83-94.
- ALLPORT, G. **La personalidad. Su configuración y desarrollo.** Cuba: Revolucionaria, 1971.
- BARRIENTOS, G.; CASTRO-LÓPEZ, H. **Tendencias actuales en Psiquiatría. Experiencia Cubana.** La Habana: Científico Técnica, 1989.
- BRATUS, B. S.; ZEIGARNIK, B. V. **Esbozos de Psicología del desarrollo anómalo de la personalidad.** Rusia: Universidad de Moscú, 1980. (Texto en ruso).
- BRATUS, B. S.; ROZOVSKI, I.; TPSAKIN, V. **Aspectos psicológicos del estudio y corrección de las anomalías de la personalidad.** Rusia: Universidad de Moscú, 1988. (Texto en ruso).
- CIE-10. **Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.** España: Meditor, 1994.
- DOMÍNGUEZ, G. **Caracterización de las alteraciones de la personalidad en un grupo de pacientes neuróticos, antes y después de un tratamiento psicoterapéutico.** Trabajo de Diploma, Fac. Psicología, Univ. Habana, 1994.
- DORCUS, R.; WILSON, G. El campo de la Psicología Clínica. En: ALONSO, A. **Selección de Lecturas de Diagnóstico Clínico.** Ecuador: Univ. Guayaquil, 1993.
- DSM-IV. **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** España: Masson, 1995.
- FREUD, S. **Obras escogidas.** Cuba: Instituto Cubano del Libro, 1971.

GARCÍA, M. A. **Estudio de la personalidad en pacientes con trastorno situacional transitorio. Comparación con resultados obtenidos en neuróticos y normales.** Trabajo de Diploma, Fac. Psicología, Univ. Habana, 1998. Tutor: A. Alonso.

GRAU, J.; PORTERO, D. El estudio de las alteraciones en sujetos ansiosos: algunos resultados preliminares y perspectivas de su investigación. **Boletín de Psicología**, Hospital Psiquiátrico de La Habana, No. Extraordinario, 1984, p. 71-91.

GUERRA, V. **Particularidades psicológicas de la ansiedad clínica en escolares de 8 a 10 años.** Tesis de Doctor en Ciencias Psicológicas, Santa Clara, Cuba, 2001. Tutor: L. F. Herrera.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. **Pocket Handbook of Clinical Psychiatric.** Baltimore: Williams and Wilkins, 1990.

LEONTIEV, A. N. **Actividad, conciencia, personalidad.** Cuba: Pueblo y Educación, Cuba, 1982.

PORTERO, D. **Las contradicciones internas de la personalidad en la determinación de los estados patológicos y no patológicos de ansiedad.** Tesis de Doctor en Ciencias Psicológicas, Santa Clara, Cuba, 1996. Tutor: J. Grau.

RODRIGUEZ, R. **Contribución al estudio de los factores asociados a la génesis de los trastornos ansioso depresivos en adolescentes.** Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Talcahuano, Chile, 2001.

RODRÍGUEZ, L. **Sistema de intervención psicológica para influir en la autorregulación del sujeto con ansiedad patológica.** Tesis de Doctor en Ciencias Psicológicas, Santa Clara, Cuba, 1999. Tutor: A. Pérez Yera.

MARTÍNEZ, C. **Estadística y Muestreo.** Colombia: ECOE, 1997.

MUSTELIER, M. **Estudio comparativo del desarrollo de la personalidad entre sujetos sanos y neuróticos.** Trabajo de Diploma, Fac. Psicología, Univ. Habana, 1988.

SKINNER, B.F. **Beyond of Freedom and Dignity.** New York, 1971.

ZEIGARNIK, B. V. **Introducción a la Patopsicología.** La Habana: Científico Técnica, 1979.